

Delrapport 2023

Södertälje Sjukhus AB

Södertälje Sjukhus AB

Delrapport 2023
Södertälje Sjukhus AB

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 26 oktober överlämna rapporten till styrelsen för Södertälje Sjukhus AB för yttrande senast 2024-02-03. I yttrandet önskar vi särskilt att styrelsen utvecklar hur en strategi för ekonomi i balans på längre sikt kan säkerställas.

Annika Sandström
ordförande
Elektronisk underskrift

Anna Peterson
samordnande administratör
Elektronisk underskrift

Sammanfattning

I denna rapport ges en lägesrapport utifrån de granskningar som genomförts hittills under året inkl. en översiktlig granskning av styrelsens delårsrapport. Rapporten är en delrapportering inför den slutliga avrapporteringen och bedömningen i årsrapporten för 2023.

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Ett svårbedömt läge med ett krig i Ukraina och en kraftigt ökad inflation bidrar till en osäkerhet i de ekonomiska prognoserna för 2023.

Bolagets prognostiserade resultat uppgår till -63 mnkr, vilket är 68 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till den prognostiserade omsättningen är 3,6 procent. Avvikelser i förhållande till budget har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i delårsrapporten.

I styrelsens delårsrapport framkommer inget som innebär risk för att verksamheten inte kommer att kunna genomföras enligt fullmäktiges uppdrag och mål.

Revisionen bedömer i likhet med styrelsen att prognosen för det ekonomiska resultatet är osäker. De delar av det verksamhetsmässiga resultatet där prognos ska lämnas bedöms i allt väsentligt som rimliga.

Intern styrning och kontroll

Styrelsen har vidtagit åtgärder för att få en ekonomi i balans. Revisionen konstaterar att styrelsens åtgärdsprogram uppgår till strax över 90 mnkr, men att de effektiviseringsåtgärder som beslutats under året inte varit tillräckliga för att nå resultatkravet.

Vid hittills genomförda granskningar har avvikelser noterats när det gäller slutenvårdens vattenförsörjning. Dessa bedöms dock inte vara av sådan karaktär att de påverkar bedömningen av styrelsens interna styrning och kontroll.

Räkenskaper

I granskningen har det inte kommit fram några omständigheter som ger anledning att anse att styrelsens delårsrapport inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med god redovisningssed och regionens interna anvisningar.

Innehållsförteckning

1. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat – prognos per 2023-08-31	4
1.1. Ekonomi	4
1.2. Verksamhet	5
2. Intern styrning och kontroll.....	5
2.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning	6
2.2. Granskning av intern kontroll 2023	11
2.3. Slutenvårdens vattenförsörjning	14
2.4. Granskningar utan väsentliga iakttagelser.....	16
3. Räkenskaper.....	17
3.1. Delårsrapport 2023-08-31	17
4. Yttrande över Årsrapport 2022	17
Bilaga 1	Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare års lämnade rekommendationer till styrelsen
Bilaga 2	Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare år lämnade rekommendationer till ledningen
Bilaga 3	Yttrande över årsrapport 2022

1. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat – prognos per 2023-08-31

1.1. Ekonomi

Styrelsens prognostiserade resultat uppgår till -63 mnkr. Detta är 68 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 3,6 procent av omsättningen.

Prognosen för året när det gäller verksamhetens intäkter är att dessa kommer vara 96 mnkr högre än budgeterat. Prognosen för sålda primärtjänster avviker mot budget med 80 mnkr. Det beror till stor del på tillskottet avseende förstärkning till akutsjukhusen som fullmäktige beslutat om. Beslutet togs i samband med avstämningen av regionens budget för 2023, se avsnitt 2.1. Avvikelsen beror också på att sjukhuset under juli månad justerat inflationsuppräknningen för pensionsförpliktelser, efter direktiv från regionledningskontoret. Sjukhuset har även fått ersättning från regionen när det gäller åtgärder kopplat till god ekonomisk hushållning vilket är förklaringen till att prognosen för övriga intäkter avviker med 11 mnkr jämfört med budget. Prognosen för försäljning övriga tjänster och erhållna bidrag avviker mot budget med 2 respektive 3 mnkr.

Prognosen för året när det gäller verksamhetens kostnader är att dessa kommer vara 187 mnkr högre än budgeterat. Prognostiserade personalkostnader avviker mot budget med 164 mnkr. Det beror bland annat på ökade bemanningskostnader, bland annat kopplat till att sjukhuset hyrt in mer personal än budgeterat, och ökade pensionskostnader. Prognosen för köpta verksamhetsanknutna tjänster avviker mot budget med 20 mnkr. Det beror på att sjukhuset har haft högre kostnader när det gäller laborietjänster och att sjukhuset under våren hyrt externa bemannade operationssalar för att minska köerna inom operationsverksamheten. Prognosen när det gäller läkemedel är att kostnaderna för dessa avviker med 1 mnkr jämfört med budget. Också prognosen för materialkostnader samt övriga kostnader avviker mot budget med 3 respektive 1 mnkr.

Utöver detta avviker även prognosen positivt för finansnettot med 18 mnkr jämfört med budget eftersom sjukhuset erhåller ränteintäkter på likvida medel.

Periodens investeringar uppgår till 12,8 mnkr. För helåret 2023 är prognosen 37,4 mnkr, vilket överstiger budget med 7,4 mnkr. Avvikelsen mellan prognos och budget beror på att vissa ersättningsinvesteringar som skulle ha gjorts 2022 inte kunde genomföras på grund av försenade leveranser. Detta är sedan tidigare kommunicerat med regionledningskontoret.¹

Styrelsen har vidtagit åtgärder för att uppnå en ekonomi i balans. Det åtgärdsprogram som har beslutats av styrelsen den 2023-05-25 uppgår till 92,4 mnkr. I samband med delårsbokslutet uppgår de realiserade åtgärdseffekterna till 27,7 mnkr. Styrelsen prognostiserar i delårsrapporten att åtgärdsprogrammet inte kommer att realiseras i sin helhet och detta ingår i prognosen för ekonomiskt resultat. Se avsnitt 2.1.

¹ I sjukhusets månadsrapport för oktober 2022.

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

I delårsrapporten uppger sjukhuset att sjukhuset ser stora utmaningar och att läget är svårvärderat, vilket ger en osäker prognos. Detta är kopplat till flera olika faktorer, såsom inflationseffekten, produktionskapaciteten kopplat till bemanningssituationen samt vilka effekter åtgärdsprogrammet får. Sjukhuset ser även stora utmaningar med att uppnå vissa målnivåer kopplade till den målrelaterade ersättningen inom sjukhusavtalet, vilket kan leda till minskade intäkter.

Revisionen bedömer i likhet med styrelsen att prognosen för det ekonomiska resultatet är osäker.

1.2. Verksamhet

I delårsrapporten är det enligt anvisningarna endast några få indikatorer som prognostiserad måluppfyllelse ska redovisas för. Av de 7 indikatorer, av totalt 35 indikatorer, där måluppfyllelse ska redovisas till delåret är prognosen att målet kommer nås för 6 av indikatorerna. När det gäller den indikatorn som enligt prognosen inte kommer att uppnås, *andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist*, beror den prognostiserade bristande måluppfyllelsen på den minskade inhyrningen av personal i regionen samt att det under sommarperioden skedde en reducering av elektiv (planerad) verksamhet på grund av personalens semesterperiod.

När det gäller vårdproduktion är sjukhusets prognos att öppenvårdsbesöken kommer vara färre än budgeterat och att slutenvårdsbesöken kommer att vara i nivå med budget. Förklaringen till att prognosen för öppenvården är lägre än budgeterat är en lägre elektiv produktion dels i början av året på grund av pandemin, dels beroende på regionens beslut att minska den inhyrda personalen.

Både korttids- och långtidssjukfrånvaron har sjunkit jämfört med föregående år. Det är bland annat kopplat till den höga frånvaron i början av föregående år på grund av pandemin.

I styrelsens delårsrapport framkommer inget som innebär risk för att verksamheten inte kommer att kunna genomföras enligt fullmäktiges uppdrag och mål under året. Måluppfyllelsen har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i styrelsens delårsrapport. Revisionen bedömer styrelsens prognos för det verksamhetsmässiga resultatet i allt väsentligt som rimlig.

2. Intern styrning och kontroll

Granskningen av den interna styrningen och kontrollen har genomförts av revisionskontoret och auktoriserad revisor.

2.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning

2.1.1. Sjukhusets planering och uppföljning

Sjukhuset är indelat i tio verksamhetsområden och är uppbyggt enligt en matris. Fyra processororienterade verksamhetsområden² har ansvar för patientflöden och uppdrag kopplat till detta. Övriga sex resursorienterade verksamhetsområden³ tillhandahåller resurser i form av personal och övrigt som är nödvändigt för vårdens utförande. Det finns även en gemensam administration till stöd för verksamheten.

Verksamhetsområdena leds av verksamhetsområdeschefer, som också ingår i sjukhusets ledningsgrupp.

Planering

Controllerenheten har en årsplanering för 2023 och av den framgår vilken månad olika arbetsmoment kommer att genomföras samt vilka konkreta aktiviteter det handlar om. Planeringen utgår från rapportering till styrelsen. Av planeringen framgår vem som ska genomföra aktiviteten och när den ska ske samt om den är återkommande (ex. månadsvis).

Planeringen inför nästa år startar i september då ledningsgrupp och vd gör en strategi-planering som resulterar i olika förslag till verksamheten. Förslagen tas upp på möten som vd och ekonomidirektör håller med respektive verksamhetsområdeschef. Vid dessa tillfällen kan verksamhetsområdena komma med återkoppling på förslagen. Beslut fattas sedan av vd. När förslagen är förankrade går de in i det interna budgetarbetet, så att verksamhetsområdescheferna känner till sin egen budget och sitt uppdrag för nästkommande år. Det sker i september eller oktober. Parallellt med att budgeten för sjukhuset tas fram sker ett internt budgetarbete inom respektive verksamhetsområde.

Verksamhetscheferna har budget- och produktionsansvar inom respektive verksamhetsområde. I budgetansvaret ingår samtliga kostnader. Fördelningen av resurser sker utifrån föregående års budget med hänsyn tagen till förändringar i verksamheten avseende produktion kopplad till sjukhusavtalet, eventuella omfördelningar inom sjukhuset och andra verksamhetsförändringar (exempelvis när sjukhuset gick över till att använda regionens Serviceförvaltning för it-tjänster). Det sker också en uppräknings för lönerrevision och andra kostnader som räknas upp årligen.

Uppföljning

Ekonomiavdelningen har en intern process för när uppföljning av verksamheten ska ske. Under året är det kontrollerenheten på ekonomiavdelningen som löpande följer det ekonomiska läget. Under året följer kontrollerenheten upp sjukhusets prognos för innevarande år tre gånger.

Verksamheten följs upp i månadsuppföljningsmöten mellan vd, ekonomidirektör och verksamhetsområdeschef. Till dessa möten tar controllrar fram uppgifter om ekonomi

² Processororienterade verksamhetsområden: Kvinnor-Barn, Kirurgi-Ortopedi-Urologi, Internmedicin, Geriatrik.

³ Resursorienterade verksamhetsområden: Vård, Akut, Anestesi, Röntgen, Paramedicin, Vårdnära administration och service.

och produktion. Vid avvikelser ska uppgifterna analyseras och det ska finnas information om vad avvikelserna beror på samt om de är tillfälliga eller långsiktiga. Sjukhuset mäter en mängd olika indikatorer när det gäller verksamheten. Det handlar bland annat om relationen inhyrd personal av total bemanning, väntetidsmått, produktionsmått, kostnadsytterfall⁴ med mera. Investeringar följs upp genom investeringsprocessen.

Uppföljningen av ekonomin bygger på uppgifter hämtas från ekonomisystemet (Raindance), där sjukhuset arbetar både med sin budget och med utfallet. Sjukhusets produktion och vissa uppgifter gällande personalen följs upp i ett särskilt system (Tableu) där det går att göra rapporter. Den uppföljning som ska levereras till regionen sker genom att sjukhuset lägger in uppgifter i Cognos Controller⁵ och därifrån läses uppgifterna in i Stratsys (Stödet⁶).

De olika verksamheterna inom sjukhuset följer också olika nyckeltal över tid som rör den egna verksamheten. Verksamhetsområde Akut följer indikatorer bland annat för tillgänglighet. Verksamhetsområde Vård följer bland annat kliniska timmar, dvs. personalens närvarotid inklusive inhyrd personal i relation till vård dygn hos patienterna.

Sjukhusets åtgärdsprogram

Både inför 2020 och 2022 hade sjukhuset negativa prognoser och åtgärdsprogram togs fram. Enligt sjukhuset har endast delar av de tidigare programmen gått att genomföra, bland annat på grund av pandemin. Sjukhuset har inte gjort några mätningar av hur stor del av åtgärderna som realiserades.

Det aktuella åtgärdsprogrammet, som styrelsen beslutade om i maj, innehåller fyra övergripande åtgärder. De handlar om att:

- öka intäkter för sjukhusavtalet (13 mnkr),
- öka utomlänns-utrikes-och asylintäkter samt externa projektmedel (23 mnkr),
- minska inhyrd personal (31 mnkr) samt
- genomföra övriga kostnadssänkande åtgärder (25,4 mnkr).

Dessa åtgärder har brutits ned i 14 aktiviteter, som är nedbrutna på verksamhetsområdesnivå och sjukhusövergripande nivå. Exempel på åtgärder på sjukhusnivå är att minska sjukfrånvaron och att minska köp av vårdtjänster inom labb-verksamheten.

Åtgärdsprogrammet innehåller en åtgärd som direkt berör personalkostnader och det är åtgärden som handlar om att minska kostnaden för inhyrd personal. Åtgärden om att minska inhyrd personal togs inte fram av sjukhuset utan var enligt intervjuade ett krav från regionen i budgeten för 2023. Sjukhusen har enligt vad revisionen erfar nåtts av informella signaler om att uppsägningar av vårdpersonal inte är önskvärda trots att

⁴ Ett kostnadsytterfall är ett extremt dyrt vårdtillfälle.

⁵ Cognos Controller är ett koncernrapporteringssystem för Region Stockholm och används för att underlätta koncernrapportering och för att upprätta koncernbokslut.

⁶ Stödet är det it-system som samtliga verksamheter inom Region Stockholm använder för att på ett enhetligt och effektivt sätt leda, styra, planera och följa upp sina verksamheter. Stödets struktur och funktioner ska följa av Region Stockholms modell för integrerad ledning och styrning (ILS) och tydliggör styrning mot uppsatta mål samt innehåller funktion för såväl planering som rapportering på nämnds-/bolagsnivå.

personalkostnader är sjukhusets största kostnad. Det finns dock inga beslut i regionen att minskning av personal inte får ske.

Sjukhuset upplever att det är komplicerat med de dubbla styrsignalerna från regionledningen, där krav ställs på att resultatkravet nås samtidigt som inhyrningen av personal ska minska. Eftersom det råder rekryteringssvårigheter generellt i sjukvården riskerar begränsningen i inhyrning enligt sjukhuset att minska vårdproduktionen eftersom det är svårt att rekrytera egen personal.

Det är vd som har det övergripande ansvaret för att åtgärdsprogrammet genomförs på sjukhuset. När programmet skulle tas fram gjorde sjukhusledningen analyser av vilka områden som var möjliga att förändra, utan att försämra vårdkvaliteten. De nedbrutna besparingsåtgärderna på övergripande nivå fördelades från sjukhusledningen till verksamheterna, på ett sätt som enligt sjukhuset ska göra dem möjliga att nå. Verksamheterna skulle därefter återkomma med konkreta åtgärder. Sjukhuset har en riktlinje för hur åtgärder ska tas fram. De får inte leda till att verksamheten blir patientosäker, produktionen minskar och inte heller till försämringar inom ett annat verksamhetsområde.

Respektive verksamhetschef har ansvar för budget och åtgärds paket för verksamhetsområdet, precis som i den ordinarie ekonomistyrningen. I vissa fall har sjukhuset bedömt att det krävs en särskild satsning för att kunna nå målet med åtgärden. Detta gäller exempelvis målet om minskad inhyrning där det största verksamhetsområdet, Vård, fått extra medel för att kunna rekrytera egen personal i stället för att hyra in personal. Även om ingen utökning av personalen ännu skett är sjukhusets prognos att detta kommer att leda till besparingar framöver eftersom verksamhetsområdet är det som förväntas kunna minska sina kostnader mest genom minskad inhyrning.

Ekonomidirektör och controller följer upp åtgärdsprogrammet. Det sker genom en Excelmall som tagits fram gemensamt av Södertälje sjukhus, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset. I mallen finns åtgärderna, budget och utfall. Uppgifterna till utfallet består av ekonomi- och produktionsdata som hämtas ur ekonomisystemet Raindance. Till varje månadsuppföljningsmöte med verksamheterna följer vd och ekonomidirektör tillsammans med controller upp åtgärderna och utfallet diskuteras med verksamhetens ledning.

Styrelserna för de tre sjukhusen har gett ett uppdrag till de administrativa staberna på respektive sjukhus att ta fram förslag på hur sjukhusen gemensamt kan resursoptimera för att minska de administrativa kostnaderna. Sjukhusövergripande möten har ägt rum och sjukhusövergripande arbetsgrupper har arbetat med olika frågor. Risk- och nytto-kalkyler har tagits fram för olika områden. Flera av åtgärderna beräknas ha effekt 2024 eller 2025.

I regionens budgetavstämningsärende (RS 2022–0638) 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. Arbetet pågår inom ramen för uppdraget.

2.1.2. Styrelsens hantering av avvikelser

På styrelsemötet i november 2022 beslutade styrelsen om yttrande på regionens remitterade budgetförslag⁷. Det framgår i yttrandet att den föreslagna budgeten skulle innebära stora utmaningar för sjukhuset under de kommande åren. Styrelsen såg en risk för att en del av personalstyrkan skulle behöva reduceras för att uppnå budgetens resultatkrav på plus 5 mnkr och en ekonomi i balans 2023. Då sjukhusets uppdrag till största delen är akut fanns enligt yttrandet också risken att de ekonomiska förutsättningarna skulle leda till allvarliga konsekvenser för det akuta omhändertagandet av patienterna inom regionen. Styrelsen gjorde bedömningen att även den elektiva (planerade) vården skulle komma att drabbas hårt med risk för ökade väntetider.

På styrelsemötet i december 2022 föredrog ekonomidirektören förutsättningarna i budget för 2023 som innebar ett gap på 68 mnkr mellan kostnader och intäkter. På styrelsemötet i januari föredrogs verksamhetsplanen för 2023. I verksamhetsplanen framgår behov av att genomföra resultatförbättrande åtgärder under 2023 på ca 100 mnkr för att kunna nå resultatkravet på 5 mnkr. Samtidigt behövde budgeterade produktionsmål uppnås, annars skulle det förväntade underskottet bli ännu större. Styrelsen gjorde bedömningen att detta inte var möjligt och konkreta åtgärder i form av ett färdigt program fanns ännu inte på plats.

Sjukhuset hade dock börjat vidta åtgärder för att förbättra ekonomin. Ett anställningsstopp för samtliga yrkesgrupper förutom sjuksköterskor och barnmorskor infördes. Översyn skulle göras av möjligheterna till ökade vårdvalsintäkter samt kostnaderna för administrativa tjänster och funktioner, laboratorietjänster och läkemedel. Innan styrelsemötet i januari ägde rum blev det klart att regionledningen skulle lägga fram ett förslag till reviderad budget för regionen och att den skulle innehålla ett resurstillskott till akutsjukhusen. Styrelsen beslutade att en reviderad verksamhetsplan skulle tas fram utifrån de nya förutsättningarna som aviserats.

På styrelsemötet i februari och mars presenterade ekonomidirektören planerade åtgärder för att hantera det prognostiserade gapet på strax under 100 mnkr. Styrelsen fattade inte något beslut om åtgärderna. I styrelseprotokollen från mötena framgår inte vilka åtgärder det handlade om men enligt vd var det åtgärder på central nivå på sjukhuset. Innan konkreta åtgärder togs fram för verksamheterna ville ledningen veta hur stor del av resurstillskottet som sjukhuset skulle få så att åtgärderna skulle vara tillräckliga för att nå en ekonomi i balans.

I budgetavstämningsärendet (RS 2022–0638) i mars beslutade fullmäktige att tillföra akutsjukhusen ytterligare två miljarder kronor innevarande år.⁸ Södertälje sjukhus andel av tillskottet uppgår till cirka 87 mnkr.⁹ I budgetavstämningsärendet uppmanades också Södertälje sjukhus att i samband med sin tertialrapport redovisa planerade åtgärder för att säkerställa att resultatkravet under planperioden 2023-2025 nås. Motiveringen till beslutet var att sådana åtgärder saknades i verksamhetsplanen.

⁷ STS 2022-0271, daterat 2022-11-15.

⁸ § 24. Avstämning av Budget 2023 för Region Stockholm, RS 2022-0638, 2023-03-20.

⁹ Protokoll avseende årlig justering 2023 för Karolinska Universitetssjukhuset, HSN 2019-1825, 2023-05-04.

På styrelsemötet i mars fick vd i uppdrag att vid nästa styrelsemöte redovisa en kvalitetssäkrad och detaljerad åtgärdsplan för ekonomi i balans 2023 med analys av om grundbemanningen på sjukhuset ökat under pandemiåren. Vd återrapporterade på styrelsemötet i april. Åtgärdsprogrammet ingick som en del i tertialrapporteringen och styrelsen fattade beslut om denna på styrelsemötet i maj. Programmet summerade till 92,4 mnkr.

I tertialrapporten konstaterade styrelsen att sjukhusets ekonomiska situation successivt försämrats under perioden januari till april 2023 främst kopplad till höga bemanningskostnader. Sjukhuset prognostiserade ett negativt resultat för 2023 bland annat beroende på inflationseffekter och minskade intäkter på grund av reduceringen i regionen av inhyrd personal. Styrelsen ansåg det ytterst angeläget att kraftfulla åtgärder vidtas för att begränsa underskottet och för att säkra att den åtgärdsplan för ekonomi i balans som togs fram vid årets början ger avsedd effekt. Vd fick i uppdrag att ta fram en plan med ytterligare åtgärder med inriktning på ekonomisk balans.

På styrelsemötet i juni föredrog ekonomidirektören status när det gäller åtgärdsprogrammet för ekonomi i balans och att åtgärderna höll på att implementeras i verksamheterna.

Styrelsen uppger i delårsrapporten per augusti att styrelsen ser stora utmaningar kopplat till ekonomin. Prognosen visar på ett negativt resultat för helåret på -63 mnkr, vilket är 68 mnkr lägre än resultatkravet. Styrelsen skriver att prognosen är osäker beroende på flera olika faktorer, se avsnitt 1.1. I samband med delårsrapporten var utfallet av åtgärdsprogrammet 27,7 mnkr. Den prognostiserade helårseffekten är 47 mnkr.

Sjukhuset har i tertial- och delårsrapporterna angett att resultatkravet inte kommer att nås, men styrelsen har inte i enlighet med regionens modell för integrerad ledning och styrning¹⁰ lämnat någon formell framställan med anledning av sin ekonomiska situation till regionstyrelsen.

2.1.3. Bedömning

Revisionen bedömer att det på sjukhuset finns ett strukturerat sätt att arbeta med planering och uppföljning av ekonomi. Ansvaret är fördelat på ett sätt som stämmer överens med regionens styrdokument. Vd har ett övergripande ansvar och verksamhetsområdescheferna har ansvar för sin egen budget och produktion.

Revisionen konstaterar att de effektiviseringsåtgärder som beslutats under året inte har varit tillräckliga för att nå resultatkravet. Södertälje sjukhus prognos per september för helåret är -63 mnkr, vilket är 68 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav.

Sjukhuset har tagit fram ett åtgärdsprogram för att uppnå en ekonomi i balans. Styrelsen har återkommande efterfrågat att sjukhusledningen ska återkomma med ytterligare åtgärder för att resultatkravet ska nås 2023. Sjukhusledningen har vidtagit åtgärder, men bedömer att de kommer ha begränsade effekter under innevarande år. Revisionen bedömer att prognosen framöver är osäker.

¹⁰ RS 2022-0123, RS 2020-0740.

Revisionen konstaterar att det finns faktorer utanför sjukhusets rådighet som påverkar det ekonomiska läget. Det handlar framför allt om en hög inflation. Därutöver har den restriktiva inhyrning en viss negativ effekt på intäkterna. Revisionen har vidare noterat det informella önskemål som den styrande koalitionen uppges ha framfört om att det inte ska göras några minskningar av vårdpersonal.

2.2. Granskning av intern kontroll 2023

Revisionen granskade 2013 samt 2018 Södertälje sjukhus interna kontroll. Granskningarna visade att det i huvudsak fanns tillräckliga förutsättningar för en god intern styrning och kontroll. Eftersom det gått ett antal år sedan den interna styrningen och kontrollen granskades har revisionen valt att åter granska sjukhusets interna kontroll. Revisionens granskning har tagit sin utgångspunkt i COSO-modellen¹¹ och regionens riktlinjer för intern kontroll¹², som är baserad på COSO. Texten nedan inleds med sjukhusets riskanalys och plan för intern kontroll 2023 och är därefter indelad i COSO-modellens olika övergripande risker.

2.2.1. Riskanalys och plan för intern kontroll 2023

Enligt regionens riktlinje för intern kontroll ska nämnder och bolag årligen göra en riskbedömning, i samband med verksamhetsplaneringen. Det finns fyra riskkategorier som ska användas i bedömningen: strategiska risker, operativa risker, finansiella risker samt regelefterlevnadsrisker.

Sjukhuset har genomfört en riskbedömning och den är dokumenterad i plan för intern kontroll i Stratsys (Stödet). Plan för intern kontroll fastställdes av styrelsen på styrelsemötet i januari. I plan för intern kontroll använder sig sjukhuset av de fyra riskkategorierna som framgår av riktlinjen för intern kontroll. De risker som sjukhuset har identifierat är också kopplade till det verksamhetsspecifika mål från fullmäktiges budget som riskerna tillhör. Exempelvis återfinns risken *Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagningen understiger målet 50 procent* under det verksamhetsmässiga målet En hälso- och sjukvård av god kvalitet.

Av bilagan som hör till planen framgår hur sjukhuset planerar att hantera riskerna och vem eller vilken funktion som är riskägare. Av regionens riktlinjer för intern kontroll framgår att eftersom riskägarskapet följer med verksamhetsansvaret i respektive nämnd och bolag, ansvarar förvaltningschefen eller vd ytterst för fördelningen av risker inom sin verksamhet. Av årets plan framgår att vd är riskägare för samtliga risker vilket enligt sjukhuset beror på att det är vd som har det yttersta ansvaret för sjukhusets verksamhet och därmed även riskerna.

Enligt riktlinjen för intern kontroll ska nämnder och bolag för varje risk göra en bedömning av hur sannolik risken är och vilka konsekvenser den kan få. Sjukhuset har bedömt riskerna och den risk som fick högst riskvärde (mycket hög risk) är att inte uppnå resultatkrav + 5 mnkr.

¹¹ COSO är en förkortning för The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. Det är en samarbetsorganisation som tagit fram ett ramverk för vad ett system för intern kontroll bör innehålla.

¹² RS 2022-0326

2.2.2. Kontroller och åtgärder

Av riktlinjen för intern kontroll framgår att nämnder och bolag, utifrån riskanalysen, ska identifiera och implementera kontroller och åtgärder för att hantera riskerna. Generellt ska alla risker med värderingen medelhög eller högre hanteras, dvs. kontroller och åtgärder ska utformas för dessa.

Av bilagan till plan för intern kontroll 2023 framgår hur sjukhuset planerar att hantera de högst värderade riskerna. I planen är majoriteten av kontrollerna markerade som gröna, vilket enligt anvisningarna från regionledningskontoret betyder att kontrollerna är genomförda utan avvikelse. Enligt sjukhuset beror bedömningen, och därmed färgsättningen, på att majoriteten av risker är sådana som återkommer år från år. Det innebär att ett arbete för att kontrollera risken redan startat när året startar. En ny risk som läggs till kan enligt sjukhuset inte vara grön från början.

Av regionens riktlinje för intern kontroll framgår att kontrollansvariga och åtgärdsansvariga ska utses för samtliga kontroller och åtgärder. Av sjukhusets plan för intern kontroll framgår inte vilka funktioner som är risksamordnare och kontrollansvarig. Enligt sjukhuset finns denna information i Stödet och det är oklart varför den inte automatiskt överförs till planen.

Inom verksamheter som sjukhuset bedömer som riskfyllda när det gäller intern kontroll finns en rad olika kontroller. Sådana kontroller kan till exempel gälla risken för att sjukhuset inte ska nå årets resultatkrav. För att försöka minska risken görs kontroller av ekonomi och verksamhet genom månadsrapporteringen till regionen, månadsuppföljningsmöten mellan vd, ekonomidirektör och berörd verksamhetschef, samt genom uppföljning och planering av produktionen. Ett annat exempel är inom inköp där beställningen läggs av verksamheten och hanteras av inköpare. På så sätt är två olika personer inblandade i varje inköp. I de administrativa systemen finns inbyggda kontroller, till exempel i fakturahanteringssystemet där varje faktura behöver hanteras av två personer innan betalning sker.

2.2.3. Styr- och kontrollmiljö

I regionens riktlinje för intern kontroll står att ansvaret för den interna kontrollen ska vara tydligt och dokumenterat. Det framgår av instruktionen för vd på Södertälje sjukhus att vd är ansvarig för att det finns en passande internkontrollfunktion samt att löpande informera styrelsen om väsentliga brister i kontrollmiljö och kontroller. Av styrelsens arbetsordning framgår att styrelsen i sitt arbete ska utgå från övergripande regelverk som regionens styrdokument, direktiv samt mål och strategier. I detta ingår exempelvis regionens riktlinjer för intern kontroll men också Policy för integrerad ledning och styrning¹³ som även den behandlar intern kontroll.

Av regionens riktlinjer för intern kontroll framgår att chefer och medarbetare ska ha kännedom om styrande dokument som finns beslutade i form av policyer, riktlinjer med mera. På intranätet finns information om sjukhusets beslutsbestämmelser, där det framgår vem (vilken befattning) som har rätt att fatta beslut inom sjukhuset. Dessa bestämmelser revideras årligen.

¹³ RS 2020-0740

Sjukhuset har ingen internrevision eftersom bedömningen är att sjukhuset är för litet för en sådan funktion.

2.2.4. Information och kommunikation

Enligt regionens riktlinjer för intern kontroll ska nämnder och bolag säkerställa att information och kommunikation fungerar väl mellan olika nivåer i organisationen, det är en förutsättning för god intern kommunikation. De funktioner som arbetar med riskhantering, intern kontroll, regelefterlevnad och internrevision inom nämnder och bolag ska ha full tillgång till den information som krävs för god intern kontroll.

Styrelsen får regelbundet information om intern kontroll på styrelsemötena.

Under 2022 genomförde sjukhuset ett arbete för att säkerställa att alla styrdokument är kända i verksamheten och att sjukhusets beslutsbestämmelser i alla delar utgår från de senaste beslutade policyer och riktlinjer inom regionen. Genomgången resulterade i att vissa av sjukhusets dokument uppdaterades för att säkerställa följsamhet till regionala styrdokument. Därefter uppdaterades informationen på intranätet så att de senaste versionerna ligger där.

De anställda får främst information via intranätet, där det bland annat finns information om olika rutiner. Dels vårdrutiner, som finns fördelat på sjukhusövergripande rutiner dels rutiner för de olika verksamhetsområdena. Det finns även separat information om avvikelshantering samt andra viktiga områden som exempelvis katastrofmedicinsk beredskap. Informationen på intranätet uppdateras när det finns behov på grund av att förändringar skett. På intranätet finns även information om att det går att göra en anonym anmäla där anställda kan anmäla oegentligheter och missförhållanden på sjukhuset. Om det gäller missförhållanden i arbetsmiljön framgår att dessa ska anmälas i HändelseVis¹⁴. På samma sida som det går att göra en anonym anmälan finns också en länk till regionens visselblåstjänst. Sjukhuset har ett regelverk¹⁵ om interna utredningar vid misstanke om oegentligheter. Av regelverket framgår bland annat vad oegentligheter är och hur en anmälan ska hanteras.

Patienter och medborgare kan få information om sjukhuset via sjukhusets egen hemsida men också via 1177.se där det finns en informationssida om sjukhuset.

2.2.5. Övervakning och uppföljning

Av regionens riktlinjer för intern kontroll framgår att varje nämnd eller bolag ska, med hänsyn till sitt ansvar, kontinuerligt följa upp sin verksamhet och utvärdera riskbedömningarna som görs samt vidta åtgärder för att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig och effektiv och att verksamheten bedrivs på ett tillfredsställande sätt. Rapporteringen inom nämndens förvaltning eller bolag och till nämnden eller styrelsen ska vara kontinuerlig, transparent och spårbar över tid och det ska finnas lämpliga forum för rapportering, uppföljning och övervakning.

¹⁴ HändelseVis är ett avvikelshanteringssystem för arbetsmiljöavvikelser.

¹⁵ Interna utredningar- Regelverk vid misstanke om oegentligheter. IDnr-version 1523-8.

Styrelsen får information på varje styrelsemöte om hur ekonomi och verksamhet utvecklar sig. Styrelsen har också valt ut 6 KPI:er¹⁶ som följs löpande. Styrelsen får information på ordinarie styrelsemöten om hur KPI:erna utvecklar sig. Genom de tjänstemannabehandlade tertial – och delårsrapporterna samt verksamhetsberättelsen får styrelsen fördjupad information om hur arbetet med intern kontroll fortskrider eftersom plan för intern kontroll följs upp i enlighet med regionens anvisningar. I samband med att styrelsen behandlar verksamhetsberättelsen får de också ta del av årsuppföljningen av plan för intern kontroll.

Enligt riktlinjen för intern kontroll ska nämnder och bolags riskbedömning som görs i plan för intern kontroll uppdateras löpande under året vid behov. I samband med tertial- samt delårsuppföljningen gjordes en genomgång av planen och riskbedömningen med respektive risksamordnare och kontrollansvarig. Vissa risker prioriterades då upp och andra ned. En sådan genomgång gjordes även inför årsbokslutet, då plan för intern kontroll för 2022 uppdaterades och en genomgång gjordes för att stämma av hur arbetet har bedrivits.

2.2.6. Bedömning

Granskningen visar att ansvaret för den interna kontrollen är tydligt och dokumenterat genom instruktion för vd samt styrelsens arbetsordning och så är även hanteringen av risker och utförandet av kontroller. Granskningen visar 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. Planen innehåller riskbedömningar och det framgår också hur de högst värderade riskerna ska omhändertas av sjukhuset. Sjukhuset har vidare under 2022 genomfört ett arbete för att säkerställa att sjukhusets styrdokument är kända i verksamheten och att sjukhusets beslutsbestämmelser utgår från de senast beslutade policyer och riktlinjer inom regionen.

Utifrån den granskning som genomförts bedömer revisionen att arbetet med intern kontroll i allt väsentligt är tillräckligt och i överensstämmelse med gällande riktlinjer inom regionen.

2.3. Slutenvårdens vattenförsörjning

Tillgången till rent vatten är en av de viktigaste förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvård. Avbrott i vattenförsörjningen eller otjänligt vatten riskerar att skapa allvarliga störningar för vården. Revisionen har därför granskat om arbetet med att säkerställa slutenvårdens tillgång till vatten sker så att det finns förmåga att förebygga, motstå och hantera störningar. Granskningen av de centrala förvaltningarna redovisas i revisionens rapport *Slutenvårdens vattenförsörjning*¹⁷. Av sekretesskäl redovisas inte iakttagelser och bedömningar för enskilda vårdgivare, utan resultatet av granskningen återrapporteras på en generell nivå.

Region Stockholm är, enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap*¹⁸, skyldig att säkerställa att vattenförsörjningen är tryggad

¹⁶ KPI står för Key Performance Indicator och är nyckeltal som kan användas för jämförelser.

¹⁷ Projektrapport 1/2023, Slutenvårdens vattenförsörjning (RK 2023-0033)

¹⁸ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22)

vid regionens vårdinrättningar, även i bristsituationer. Det är dock kommunerna som ansvarar för vattenförsörjningen i samhället genom *lagen om allmänna vattentjänster*¹⁹. Kommunerna tolkar dessutom lagen olika, vilket innebär att sjukvården prioriteras olika vid störningar i vattenleveransen beroende på i vilken kommun sjukhuset befinner sig. Region Stockholm ansvarar för vatten från tomtgräns till verksamheterna genom Locum AB.

Enligt fullmäktiges verksamhetspecifika mål ska samtliga nämnder och bolag ha förmåga att hantera extraordinära händelser²⁰, vilket för vårdgivarna innebär att minimera de negativa konsekvenserna för vården vid en störning. Vattenförsörjningen kan drabbas av olika typer av störningar vilket, baserat på omständigheterna, kräver olika former av åtgärder för att upprätthålla vården.

Vid kontaminerat vatten ser beredskapen olika ut beroende på vilken typ av kontaminering som inträffat. Förutsättningarna att hantera kontaminerat vatten skiljer sig mellan de olika vårdgivarna. T.ex. ger tillgång till storkök bättre förutsättningar för att koka vatten och viss typ av verksamhet med behov av särskild rening har installerade system för rening redan vid ordinarie drift.

Om vattentrycket sjunker i huvudledningen har majoriteten av sjukhusen egna tryckstegringspumpar för att hela fastigheten ska kunna försörjas med vatten. Sjukhus utan tryckstegringspumpar är beroende av att kommunen levererar vattnet med ett visst tryck för att även de övre våningsplanerna ska ha vattenförsörjning. Idag tas inte hänsyn till detta vid placering av verksamhet i fastigheterna. Det innebär att vattenkrävande verksamheter som t.ex. sterilcentral kan vara placerad högt upp i fastigheterna oaktat om tryckstegringspump är installerad eller ej.

En helt utebliven vattenleverans orsakar snabbt stora problem i slutenvården. För verksamheter som saknar en egen vattenkälla kan situationen under dagtid bli kritisk redan efter en timme. Blir avbrottet långvarigt krävs evakuering av patienter. Försvinner vattnet i ett större område resulterar det sannolikt även i ett ökat inflöde av patienter till slutenvården bl.a. till följd av att den kommunala omsorgen och vårdcentralerna inte längre kan fullfölja sina uppdrag.

I normalläget förbrukar akutsjukhusen cirka 650 liter vatten per dygn och vårdplats och geriatrisk slutenvård cirka 250 liter vatten per dygn och vårdplats. Vid framtagandet av nödvattenplan har vårdgivarna uppskattat ett nödvattenbehov om 50-170 liter vatten per dygn och vårdplats. Det saknas kunskap om vad vattnet, vid ordinarie drift, används till och är därför oklart hur stor påverkan blir på sjukvården eller tekniska funktioner om verksamheterna behöver övergå till nödvatten.

Region Stockholms nämnder och bolag ska enligt *Riktlinje Krisberedskapsplan och Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Region Stockholm*²¹ genomföra risk- och sårbarhetsanalyser samt arbeta förebyggande med kontinuitetshantering för att hantera identifierade risker. Samtliga vårdgivare har lämnat in risk- och sårbarhetsanalyser till regionledningskontoret i enlighet med riktlinjen. Samtliga vårdgivare har

¹⁹ Lag (2006:412) om allmänna vattentjänster

²⁰ Budget 2023 för Region Stockholm (RS 2022-0123)

²¹ Riktlinje: Krisberedskapsplan och Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Region Stockholm (RS 2019-1092)

också, vid tillfället för granskningen, lyft störningar i vattenleveransen i sina respektive risk- och sårbarhetsanalyser.

Trots att det finns stora likheter mellan de risker som vårdgivarna utsätts för kopplat till vattenförsörjningen, och de åtgärder som behövs för att begränsa konsekvenserna av en störning, sker samverkan eller koordinering mellan vårdgivare endast i begränsad utsträckning. Varje vårdgivare förväntas identifiera och värdera risker på egen hand. Material som tagits fram av en vårdgivare delas inte med de övriga. Det gäller även kontinuitetsplanering där evakuering av patienter till andra vårdgivare kan vara en åtgärd.

Utöver risk- och sårbarhetsarbete pågår ett kontinuerligt arbete med att, i olika omfattning, genomföra lokala övningar. Eftersom störningar i vattenleveransen kan uppstå med stor variation i allvarlighetsgrad, betonar de granskade vårdgivarna vikten av att öva på beredskapsorganisationens beslutsförmåga samt tydlig ansvarsfördelning mellan vårdgivaren och Locum. Övningarna har t.ex. resulterat i kontinuerligt uppdaterade kontaktlistor, planering för logistiken kring nödvatten, vilka volymer det är möjligt att hantera och behovet av lokalt dricksvattenlager.

2.3.1. **Bedömning**

Revisionen bedömer 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 konstaterar revisionen att samverkan mellan vårdgivare endast sker 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 bedömer därför revisionen att arbetet med vattenförsörjningen behöver stärkas på ett par punkter för att förbättra sjukvårdssystemets förmåga att förebygga, motstå och hantera störningar.

Rekommendationer

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

2.4. **Granskningar utan väsentliga iakttagelser**

Auktoriserad revisor har granskat ledningsnära kostnader och representation, inköp, hållbarhetsrapportering samt löner utan väsentliga iakttagelser.

3. Räkenskaper

Granskningen av räkenskaperna har genomförts av auktoriserad revisor.

3.1. Delårsrapport 2023-08-31

Granskningen av den finansiella rapporteringen har utförts av den auktoriserade revisorn i enlighet med International Standard on Review Engagements ISRE 2410 Översiktlig granskning av finansiell delårsinformation.

I granskningen har det inte kommit fram några omständigheter som ger anledning att anse att delårsrapporten inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet god redovisnings- sed och de regioninterna anvisningarna.

4. Yttrande över Årsrapport 2022

Styrelsen har 2023-06-21 lämnat yttrande över revisionens årsrapport för 2022. Styrelsen har inte i sitt yttrande framhållit synpunkter som avviker från revisionens synpunkter i rapporten.

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 – Delår 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 2022 Ny rekommendation från årsrapport 2022.

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
36871 Från rapport 2019/10 Projekt rapport	Styrelsen bör säkerställa att KOLL får fler användare för att kunna ge ett samlat underlag i kompetensförsörjningsarbetet både lokalt och för hela regionen.	●	ÅR 2022 Under året har sjukhuset påbörjat visst arbete för att säkerställa att KOLL får fler användare. Rekommendationen bedöms därför vara delvis åtgärdad.

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – Delår 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 2022 Ny rekommendation från årsrapport 2022.
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 2022 Ny rekommendation från årsrapport 2022.
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 2022 Ny rekommendation från årsrapport 2022.

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 2022 Ny rekommendation från årsrapport 2022.

Regionrevisorerna

Säkerhet

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.	–	
107470 Från rapport 2023/01 Projektrapport	Ledningen för Södertälje sjukhus bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.	–	

Regionrevisorerna
Revisorsgrupp II

Yttrande över regionrevisorernas Årsrapport för år 2022

Styrelsen för Södertälje Sjukhus AB har beretts möjlighet att yttra sig över Regionrevisorernas årsrapport för 2022.

Styrelsen konstaterar att revisorerna har bedömt att bolaget fullmäktiges mål om en ekonomi i balans inte uppnåtts fullt ut men revisionen bedömer att det ekonomiska resultatet är tillfredsställande då avvikelsen är marginell och att det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts samt att bolagets räkenskaper är rättvisande. Revisorerna har även bedömt den interna styrningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, vara tillräcklig.

Sjukhusets verksamheter har även under 2022 påverkats av pandemin. Periodvis har i stort sett all elektiv vård behövt pausas till förmån för akut och imperativvård, vilket medfört ökade köer till både nybesök och behandling. Sjukhuset inledde året i stabsläge vilket varade fram till slutet av februari. Sjukhuset återgick därefter till normalläge för att återigen gå upp i stabsläge i december på grund av ett snabbt ökande antal patienter med covid-19 som vårdades på sjukhuset.

Revisionen har under året granskat sjukhusets arbete med tillgänglighet och köer, bisysslor, säkerheten i nätverk och informationssystem samt följt upp sjukhusets arbete med kompetensförsörjning. Granskningarna har lett till nedan rekommendationer till sjukhusets ledning och sjukhuset har under redan påbörjat arbete med dessa:

- *Ledningen för Södertälje sjukhus bör säkerställa att samtliga anställda anmäler i Heroma om de har bisyssla eller inte, enligt gällande riktlinjer och anvisningar.*

Sjukhusets rutin är att anmälan görs i vårt lön- och personalsystem Heroma. Chef får signal om en anmälan och bedömer om den är tillåten eller ej utifrån aktuella tillämpningsanvisningar.

- *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.*

Sjukhuset kommer att fortsätta att arbeta med det uppdrag som finns inom informationssäkerhet. I steg ett att uppfylla de indikatorer som regionen har tagit fram för 2023. En del i det arbetet pågår med att identifiera verksamhetskritiska

Styrelsen

Infoklass
K1R2T1

system och att utföra bedömningar i Compliance-portalen. En kompletterande del är att bygga en organisation för informationssäkerhet.

- *Ledningen för Södertälje sjukhus bör utforma en organisation för informationssäkerhet med tydlig ansvarsfördelning för att säkerställa kontinuitet och minska personberoende.*

För närvarande pågår rekrytering av informationssäkerhetssamordnare och den medarbetaren kommer att få uppdraget att tillsammans med ledningen utforma en organisation med start under hösten 2023.

- *Ledningen för Södertälje sjukhus bör säkerställa att kontinuitetsplaner övas regelbundet. Vid övningarna bör dokumenten avseende innehåll, nivå och användbarhet utvärderas.*

Kontinuitetsövning har hållits av säkersavdelningen på sjukhuset den 1 juni.

- *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.*

Styrelsen och bolagsledningen är väl medvetna om de rekommendationer som revisorerna har givit och kommer under 2023 att aktivt arbeta vidare med dem med målet att de ska vara åtgärdade innan årsskiftet.

På styrelsens uppdrag

Anna Gerber Ekblom
Verkställande direktör