

Delrapport 2023

Södersjukhuset AB

Södersjukhuset AB

**Delrapport 2023
Södersjukhuset AB**

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 26 oktober överlämna rapporten till styrelsen för Södersjukhuset 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 inklusive 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 -165 mnkr, vilket är 186 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till den prognostiserade omsättningen är 2,6 procent. Avvikelser i förhållande till budget har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i delårsrapporten.

Styrelsen anger i sin delrapport att inflation och reducering av inhyrd personal har haft inverkan på styrelsens möjligheter att uppnå fullmäktiges beslutade mål och indikatorer. För de indikatorer som enligt regionledningskontorets anvisningar ska följas upp, bedömer styrelsen att fyra kommer att uppnås och tre kommer inte att uppnås. Samtliga indikatorer som inte kommer att uppnås hör till *vård i rätt tid*.

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

Revisionen bedömer styrelsens prognos för det ekonomiska och de delar av det verksamhetsmässiga resultatet som ska prognostiseras i styrelsens delårsrapport i allt väsentligt som rimlig. För delar av det verksamhetsmässiga resultatet där styrelsen inte är ålagd att lämna prognoser kan resultatet inte bedömas.

Intern styrning och kontroll

Styrelsen har planerat för åtgärder för att få en ekonomi i balans och öka måluppfyllelsen. Styrelsen har planerat för ett åtgärdsprogram motsvarande 156,5 mnkr och har realiserat 95 mnkr. Vidtagna åtgärder bedöms i huvudsak som inte tillräckliga.

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.....	6
2.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning.....	6
2.2. Slutenvårdens vattenförsörjning	10
2.3. Ledningsnära kostnader och representation.....	13
2.4. Löner.....	13
2.5. Granskningar utan väsentliga iakttagelser.....	13
3. Räkenskaper.....	14
3.1. Delårsrapport 2023-08-31	14
4. Yttrande över Årsrapport 2022	14
Bilaga 1	Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare års lämnade rekommendationer till styrelsen
Bilaga 2	Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare års lämnade rekommendationer till ledningen
Bilaga 3	Yttrande över årsrapport 2022

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

1.1. Ekonomi

Styrelsen prognostiserade resultat, uppgår till - 165 mnkr. Detta är 186 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 2,6 procent av omsättningen.

Intäkter

De prognosticerade intäkterna överstiger budget med 490 mnkr.

Den största anledningen till denna avvikelse är högre intäkter för sålda primärtjänster som prognosticeras bli 396 mnkr högre än budget. Den positiva avvikelsen i intäkterna beror även på det extra permanenta tillskott som har tilldelats akutsjukhusen (se avsnitt 2.1.2).

Avvikelsen i intäktsprognosen beror också på att erhållna bidrag förväntas bli 39 mnkr högre än budget beroende på forsknings- och projektmedel (som exempel kan nämnas ett ökat ersättningsbidrag för utbildningsinsatser till sjuksköterskor under utbildning). Vidare prognosticeras försäljningen av övriga tjänster bli 35 mnkr högre än budget vilket förklaras av uthyrning av lokaler, vårdplatser och försäljning av anhörigmåltider.

Kostnader

Verksamhetens kostnader prognosticeras överstiga budgeten med 812 mnkr.

Personalkostnaderna prognosticeras bli 732 mnkr högre än budgeterat och ökar jämfört med föregående år. Pensionskostnaderna inklusive löneskatt beräknas bli cirka 31 mnkr högre än budget beroende på att inflationen påverkar uppräknningen av pensionsförpliktelserna. Även lönerevisionen är högre än budgeterat vilket innebär en ökad kostnad med cirka 26 mnkr.

Kostnader för köpta verksamhetsknutna tjänster prognosticeras bli 42 mnkr högre än budget vilket beror på kostnadsökning för laboratorieanalyser. Läkemedelskostnaderna beräknas bli 43 mnkr högre än budgeterat och hänförs till rekvisitionsläkemedel. Det är inom verksamheterna intermedicin och specialistvård som de största avvikelserna finns på grund av dyrare behandlingar. Vidare prognosticeras sjukhuset att materialkostnaderna blir 29 mnkr högre än budget vilket beror på prisökningar kopplat till inflationen.

Investeringar

Periodens investeringar uppgår till 97,8 mnkr. Erhållna investeringsbidrag ligger på cirka 3,2 mnkr. För helåret 2023 är prognosen 164,5 mnkr, vilket understiger budget med 133,5 mnkr. Avvikelsen mot budget på 74 mnkr beror på förseningar i några projekt (MR 3T, Ryggnavigation och PCI-labb). Sjukhuset behöver därför flytta över 86,25 mnkr av investeringsbudgeten som avser dessa projekt från 2023 till 2024 och 2025.

Prognossäkerhet

I samband med delårsrapporten per augusti har styrelsens prognos för det justerade resultatet för året förbättrats något (- 165 mnkr) jämfört med den prognos som lämnades i tertialrapporten per april (-180 mnkr).

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

Styrelsen har vidtagit åtgärder för att uppnå en ekonomi i balans. Åtgärdsprogrammet uppgick i tertialrapporten i april 2023 till 150 mnkr. I samband med delårsrapporten uppgår de realiserade åtgärdseffekterna till 95,3 mnkr. Styrelsen prognostiserar i delårsrapporten att åtgärdsprogrammet inte kommer att kunna realiseras i sin helhet under 2023 vilket ingår i prognosen för ekonomiskt resultat. Se avsnitt 2.1.

Revisionen bedömer styrelsens prognos för det ekonomiska resultatet i allt väsentligt som rimlig.

1.2. Verksamhet

Fullmäktiges mål, indikatorer och uppdrag

I delårsrapporten kommenteras samtliga beslutade mål och indikatorer som ska följas upp vid delåret. De verksamhetsmässiga indikatorer som beslutats av fullmäktige och som ska följas upp berör målet om en hälso- och sjukvård av god kvalitet samt att kärnverksamheten ska prioriteras. Det handlar om sju indikatorer varav fyra prognosticeras att uppfyllas¹ och tre som inte kommer att uppfyllas. Nedan kommenteras de indikatorer som prognosticeras att inte uppfyllas.

Målvärdet för indikatorerna *vård i rätt tid*; andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagningen och medianväntetid till första läkarbedömning på akutmottagning prognosticeras att inte uppnås. Detta trots att antalet akuta öppenvårdsbesök och akuta slutenvårdstillfällen prognosticeras att bli lägre än budgeterat.

För att förkorta vistelsetiden på akutmottagningen har en ny riktlinje tagits fram för inskrivningsprocessen, dessutom genomförs dagliga, och vid behov extra vårdplatsmöten. Riktlinjerna ska leda till förbättrade flöden från akuten till vårdavdelningarna, tydligare ansvar vid övergång från akuten samt till jämnare belastning mellan akutmottagning och vårdavdelningar. Vuxenakuten har haft fokus på patientgruppen som är näst mest kritiskt sjuka där medianväntetiden till läkare har minskat med 23 procent. Patientgruppen som är allra mest kritiskt sjuka har en väntetid på 0 minuter. Ett interprofessionellt team med olika specialister kommer att coacha för effektivare teamarbete så att även patienter med lägre prioritet får kortare väntetid till läkare.

Den tredje indikatorn inom *vård i rätt tid*; andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist, som också prognosticeras att inte uppnå målvärdet beror på kraftig reducering av inhyrd personal. Sjukhusets väntetider har påverkats av arbetet med att reducera inhyrd personal då den elektiva (planerade) verksamheten varit neddragen för att klara av det akuta uppdraget. Sjukhuset har fokus på att återställa antalet

¹ De indikatorer som prognosticeras att vid årsskiftet uppnå fullmäktiges målvärde är; andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist, antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle, förekomsten av vårdrelaterade infektioner och administrativa kostnader ska minska.

vårdplatser för att hantera en normal operationsverksamhet med efterföljande slutenvård. Målsättningen är en fullt återställd verksamhet i början av oktober.

Vårdproduktion

Styrelsen prognosticerar 14 065 (2,5 procent) fler öppenvårdsbesök än vad som budgeterats. I öppenvården prognosticeras de elektiva besöken att öka med 20 550 fler besök medan de akuta minskar med 6 485 besök. Antalet slutenvårdstillfällen prognosticeras bli 3 281 (6,5 procent) färre än vad som budgeterats. De akuta slutenvårdstillfällena står för 44 procent av den totala avvikelserna mot budget och de planerade står för den resterande avvikelserna.

Sjukhuset har varit starkt påverkat av kapacitetsbristen inom operation samt det begränsade antalet öppna vårdplatser. Ett arbete pågår med att återställa kapacitet för operation och vårdplatser i nivå med budget. Planen är att under hösten minska köer inom den elektiva (planerade) vården som uppstått under våren. Sjukhuset prognostiserar att måluppfyllelsen i DRG-poäng² kommer att nå sjukhusavtalets målvolymer med 96,7 procent.

Revisionen bedömer att måluppfyllelsen i huvudsak har analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i styrelsens delårsrapport. Det finns risk att målet *en hälso- och sjukvård av god kvalitet* inte kommer att uppnås i slutet av året, därmed bedömer revisionen att sjukhuset behöver fortsätta att vidta åtgärder för att komma upp till beslutade tillgänglighetsnivåerna i både den akuta och den planerade verksamheten.

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

Södersjukhuset är indelat i tio medicinska verksamhetsområden, sex staber och en forskningsenhet. För att säkerställa en horisontell ledning och styrning i frågor som berör flera verksamhetsområden eller stödfunktioner är sjukhusets linjeorganisation kompletterad med en tvärgående struktur för ledning och styrning.

Ledningsmodellen omfattar åtta kommittéer och tre beredningsforum. Kommittéerna har definierade uppdrag och ansvarsområden med huvuduppgift att säkerställa

² Sjukhuset 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.

horisontell samordning mellan vårdverksamheter och stödfunktioner. Kommittéerna har även ansvar för olika underställda utskott med mer specificerade uppdrag³.

Verksamhetsområdena har ett helhetsansvar. Enligt beslutsordning för Södersjukhuset har alla chefer personal- och ekonomiansvar inom fastställd budgetram. Verksamhetsområdeschef har det yttersta ansvaret för alla ekonomiska beslut⁴.

Planering

Syftet med Södersjukhusets planeringsprocess är att säkerställa en gemensam förståelse av vilka förutsättningar som finns och det aktuella läget som sjukhuset befinner sig i. Därefter skapas en årlig verksamhetsplan utifrån avtal och uppdrag⁵. Verksamhetsplanen kommuniceras till sjukhusets alla chefer och medarbetare. Därefter kan arbetet med de lokala aktivitetsplanerna startas med lokala måttal och indikatorer.

Styrelsen följer en årsplanering som innehåller punkter för vad som ska tas upp per månad. Stående punkter vid styrelsemöten är vd-information, KPI-uppföljning, månadsrapport och vd-beslut enligt delegation.

Uppföljning

Samtliga verksamhetsområden deltar på uppföljningsmöten som hålls varje tertiäl. På övriga månadsuppföljningsmöten deltar också alla verksamhetsområden men de verksamheter med stora negativa avvikelser mot budget vad gäller ekonomi och produktion träffas även i juni. Under 2023 är sammanlagt tio möten inplanerade med verksamhetsområdena, tre tertiälmöten och sju månadsuppföljningsmöten. Förutom verksamhetsområdescheferna deltar vd, chefläkare, ekonomidirektör, controllers och HR (inklusive HR direktör). Varje år har Södersjukhuset tre möten (februari, maj och oktober) som är längre än månadsuppföljningsmötena. Agenda finns planerad inför varje möte⁶ enligt årshjulet.

Rapporteringen till styrelsen vad gäller ekonomin sker regelbundet och är en stående punkt på styrelsens möten. Styrelsen har valt ut sex prioriterade nyckeltal (KPI) som är riktade mot ekonomi och produktion. Det är; oplanerad återinläggning inom 30 dagar, väntetid nybesök och behandling, beläggning på akuten, andel patienter med inläggningsbeslut som lämnar akuten inom 60 minuter, ekonomi i balans och andel inhyrd personal av totala personalkostnaden som följs upp i form av tidsdiagram på styrelsemötena.

Effektiviseringsarbete inom programmet Ekonomi i balans har löpande delgetts styrelsen. Uppföljning över genomförda åtgärder görs på verksamhetsområdesnivå per

³ SÖS verksamhetsplan 2023

⁴ Beslutsordning 2023 SÖS

⁵ SÖS Planeringsprocess, beslutad 2022-10-31

⁶ Årshjul uppföljning MU/UT 2023 SÖS

månad⁷. Som systemstöd används Mercur som levererar olika rapporter. Verksamhetsområdena får regelbundet stöd från controllers.

Sjukhusets åtgärdsprogram

Sjukhusledningen beslutade vid årsskiftet 2021/2022 att starta ett övergripande program för att genomföra kostnadssänkningar i syfte att nå budget 2022. Programmets innehåll och omfattning utarbetades inför och under 2022 medan vissa delar kom från 2019 år besparingsprogram.

Som framgår i avsnitt 2.1.2, är det aktuella åtgärdsprogrammet indelat i sex olika delar och uppgår totalt till 150 mnkr. Ekonomidirektör och controller följer upp åtgärdsprogrammet. Det sker genom en Excelmall som togs fram gemensamt av Södertälje, Danderyd och Södersjukhuset. I mallen ingår åtgärderna, budget och utfall. Uppgifterna till utfallet består av ekonomi- och produktionsdata som hämtas från uppföljningssystemet Stödet (Mercur) som i sin tur hämtar data från bland annat Raindance. Till varje månadsuppföljningsmöte med verksamheterna följer vd och ekonomidirektör tillsammans med controller upp åtgärderna och utfallet diskuteras med verksamhetens ledning.

Gemensamt uppdrag

Styrelsen för de tre sjukhusen med gemensam styrelse har gett ett uppdrag till respektive bolags vd att ta fram förslag på hur sjukhusen gemensamt kan resursoptimera för att minska de administrativa kostnaderna. Hittills har olika sjukhusövergripande möten genomförts och därefter har sjukhusövergripande arbetsgrupper arbetat med olika frågor. Risk- och nyttokalkyler har tagits fram för olika områden. Några av åtgärderna beräknas ha effekt redan under 2023 men flera beräknas ha effekt först 2024 eller 2025.

2.1.2. Styrelsen hantering av avvikelser

Styrelsen konstaterade att det ekonomiska gapet mellan sjukhusets intäkter och kostnader bedömdes bli drygt 450 mnkr givet de förutsättningar som gavs i förslaget till Budget 2023.⁸ Styrelsen konstaterade att avgörande för att komma till rätta med kostnadsutvecklingen är minskad personalomsättning och sjukfrånvaro. Bedömningen var att det inte kommer att räcka med att minska bemanningen med olika lösningar för att klara resultatkravet år 2023 utan det kommer även att krävas personalneddragningar.

Verksamhetsplan och budget för 2023 behandlades på styrelsemötet i januari. Styrelsen konstaterade att budget 2023 inte innebar en resursförstärkning utan ett ekonomiskt gap år 2023 på ca 450 mnkr. Sjukhuset har under flera år haft en negativ resultatutveckling vilket de uppger beror på en låg uppräknings av sjukhusavtalet jämfört med prisökning av löner och omkostnader.

⁷ Åtgärder plan och uppföljning Södersjukhuset

⁸ Yttrande på remiss - förslag till Budget 2023 för Region Stockholm, mm. RS 2022-0123, Södersjukhuset, SÖS 2022-1648

Inför år 2020 tog sjukhuset fram ett åtgärdsprogram (ca 300 mnkr) som fick avbrytas när pandemin utbröt i början av 2020. Under pandemin minskade möjligheterna att minska bemanningskostnaderna⁹. Södersjukhuset vidtog i stället akuta åtgärder för att lösa bemanningssituationer såsom inhyrning av personal, övertid och extrapass med ökade kostnader som följd. Sedan våren 2022 har dock sjukhuset arbetat med olika strukturåtgärder i syfte att hitta områden att effektivisera. Målet har varit att utföra sjukhusets uppdrag och produktionsvolymerna med lägre kostnader.

Innan styrelsemötet i januari 2023 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.

På styrelsemötet i februari konstaterades att det kommande tillskottet skulle bidra positivt till sjukhusets ekonomi men att ett underskott ändå kvarstod. Styrelsen uppdrog till vd att till nästa styrelsemöte återkomma med en plan på hur underskottet skulle hanteras¹⁰.

I budgetavstämningsärendet (RS 2022-0638) i mars beslutade fullmäktige att tillföra akutsjukhusen ytterligare två miljarder kronor innevarande år¹¹. Södersjukhusets andel av tillskottet uppgår till cirka 384 mnkr.

Även på mars- och aprilmötet uppdrog styrelsen till vd och ekonomidirektör att till nästa styrelsemöte återkomma med åtgärdsplan för att nå budget i balans 2023.

I tertialrapporten för april prognostiserade sjukhuset ett underskott för 2023 på ca - 180 mnkr vilket innebär en negativ avvikelse mot resultatkravet på 201 mnkr. Orsaken till underskottet anses vara ökad inflation som har gett effekter på sjukhusets kostnader samt minskade intäkter som en följd av kraftigt minskad inhyrning av personal.

Ett åtgärdsprogram ingick som en del i tertialrapporteringen som summerade till 150 mnkr. Åtgärderna är indelade i sex olika delar enligt nedan

- Personal (23,3 mnkr)
- Laboratorietjänster (3,5 mnkr)
- Läkemedel (4 mnkr)
- Material (8 mnkr)
- Inhyrd personal (95,7 mnkr)
- Övrigt (15,3 mnkr)

Åtgärdsprogrammet innebär bland annat att sjukfrånvaron ska minska och att arbetsprocesser ska effektiviseras. De har startat flera översyner av till exempel avtal, läkemedelsförråd och typ av material som används. Den inhyrda vårdpersonalen ska minska kraftigt och sjukhuset kommer endast hyra in personal vid särskilda behov. Under övrigt är åtgärderna främst inriktade på att minska användningen av konsulter.

På styrelsemötet i maj beslutade styrelsen att återigen ge vd i uppdrag att ta fram en plan med inriktning på ekonomisk balans. Styrelsen konstaterade vidare att sjukhusets ekonomiska situation successivt försämrats under perioden januari-april 2023 och

⁹ Verksamhetsplan 2023 RS 2022-0638

¹⁰ Styrelseprotokoll SÖS 2023-0003-2

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

sjukhuset prognostiserade ett negativt resultat för år 2023. Styrelsen betonade att de inte kan acceptera ett kraftigt ökat underskott och anser det ytterst angeläget att kraftfulla åtgärder vidtas för att begränsa underskottet. Vidare framhöll styrelsen att ytterligare kostnadsbegränsande åtgärder behövs tas fram¹².

I delårsrapporten är sjukhusets prognos ett underskott för 2023 på ca -165 mnkr vilket innebär en negativ avvikelse mot resultatkravet på 186 mnkr. Underskottet förklaras av minskade intäkter bland annat på grund av neddragen elektiv (planerad) verksamhet, ökade pensionskostnader, inflationseffekt på löner och omkostnader samt erhållna ränteintäkter. Sjukhuset klarar således inte att redovisa ett ekonomiskt resultat i nivå med resultatkravet på 21 mnkr.

Sjukhuset har inte enligt riktlinje för Integrerad ledning och styrning¹³ lämnat en formell framställan om sin ekonomiska situation till regionstyrelsen, utöver de rapporter (månadsrapporter, tertial- och delårsrapporter samt budgetunderlag) som sjukhuset är skyldiga att lämna till regionen.

Bedömning

Revisionen konstaterar att de effektiviseringsåtgärder som beslutats under året enligt prognosen för resultatet inte har varit tillräckliga för att kunna nå resultatkravet. I delårsrapporten är styrelsens prognos ett underskott för 2023 på ca -165 mnkr vilket innebär en negativ avvikelse mot resultatkravet på 186 mnkr och bedömningen är att det inte kommer att räcka för en ekonomi i balans år 2023.

Styrelsen har återkommande efterfrågat att sjukhusledningen ska återkomma med ytterligare åtgärder för att resultatkravet ska nås 2023. Sjukhusledningen har vidtagit åtgärder men bedömningen är att de kommer ha begränsade effekter under innevarande år.

Revisionen bedömer att det på sjukhuset finns ett strukturerat sätt att arbeta med planering och uppföljning av ekonomi. Vd har ett övergripande ansvar och verksamhetscheferna har ett tydligt ansvar för sin egen budget och produktion.

2.2. Slutenvårdens vattenförsörjning

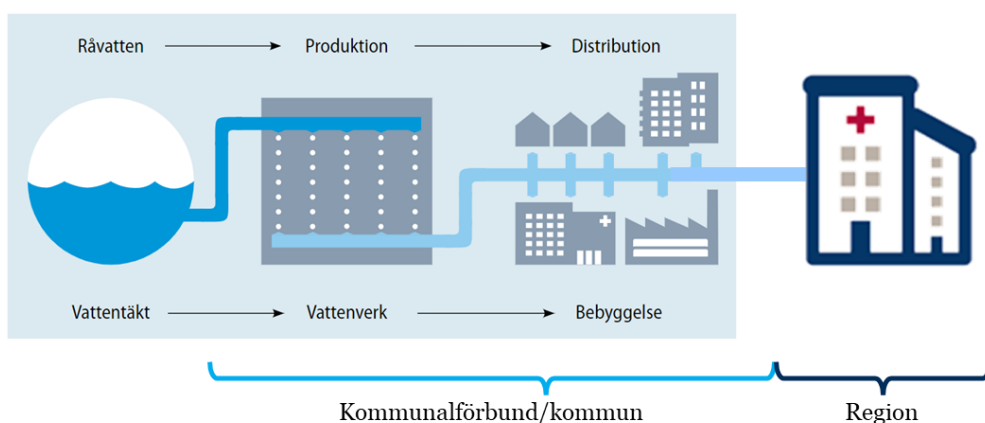
Tillgången till rent vatten är en av de viktigaste förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvård. Avbrott i vattenförsörjningen eller otjänligt vatten riskerar att skapa allvarliga störningar för vården. Revisionen har därför granskat om arbetet med att säkerställa slutenvårdens tillgång till vatten sker så att det finns förmåga att förebygga, motstå och hantera störningar. Granskningen av de centrala förvaltningarna redovisas i revisionens rapport *Slutenvårdens vattenförsörjning*¹⁴. Av sekretesskäl redovisas inte iakttagelser och bedömningar för enskilda vårdgivare, utan resultatet av granskningen återrapporeras på en generell nivå.

¹² Styrelseprotokoll SÖS 2023-0003-5

¹³ Integrerad ledning och styrning av Region Stockholm (ILS), RS 2022-0123, RS 2020-0740, sid 12

¹⁴ Projektrapport 1/2023, Slutenvårdens vattenförsörjning (RK 2023-0033)

Region Stockholm är, enligt *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap*¹⁵, skyldig att säkerställa att vattenförsörjningen är tryggad vid regionens vårdinrättningar, även i bristsituationer. Det är dock kommunerna som ansvarar för vattenförsörjningen i samhället genom *lagen om allmänna vattentjänster*¹⁶. 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 verksamhetsspecifika mål ska samtliga nämnder och bolag ha förmåga att hantera extraordinära händelser¹⁷, 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.

Typ av störning (exempel)	Omständigheter (exempel)	Åtgärd (exempel)
Kontaminerat vatten	<ul style="list-style-type: none"> • Tid på dygnet • Uppskattad varaktighet • Beläggning 	Koppla in reservvatten
Tryckförändring		Koka vatten för dryck
Utebliven vattenleverans		Evakuera

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 bättra 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

¹⁵ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22)

¹⁶ Lag (2006:412) om allmänna vattentjänster

¹⁷ Budget 2023 för Region Stockholm (RS 2022-0123)

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*¹⁸ 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 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.

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.

¹⁸ Riktlinje: Krisberedskapsplan och Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan för Region Stockholm (RS 2019-1092)

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

2.3. Ledningsnära kostnader och representation

Auktoriserad revisor har granskat bolagets rutiner för ledningsnära kostnader och representation. Fokus har varit att representationsfakturer är korrekta. Ett stickprov på 15 fakturer valdes ut, tre av dessa saknade deltagarlistor. Det berodde på att det handlade om en disputation med drop in samt ett nätverksmöte där det inte var nödvändigt med deltagarlista. För den återstående fakturan erhöles en lista i efterhand. Samtliga fakturer var attesterade av behörig attestant. På grund av att det saknades deltagarlistor för alla fakturer var det inte möjligt att bedöma om attestanten har varit oberoende gentemot kostnaden som de attesterat. Den interna kontrollen bör stärkas för att säkerställa att attestanter är oberoende till kostnaden de attesterar.

Rekommendation:

- Ledningen bör säkerställa att deltagarlistor bifogas till alla representationsfakturer.

2.4. Löner

Auktoriserad revisor har granskat bolagets lönerutin genom att kontrollera signering av utanordningslista. Utanordningslista ska upprättas månatligen per kostnadsställe och signeras i lönesystemet av chef. Statistik har inhämtats över andelen chefer som signerat utanordningslistorna för två utvalda månader. Utfallet visar en signeringsefterlevnad på 73 till 75 procent. Bedömningen är att bolaget bör se till att kontrollmomentet införs av att signering av utanordningslistor genomförs av alla chefer.

Rekommendation

- Ledningen bör se till att signering av utanordningslistor för löner genomförs av alla chefer.

2.5. Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Auktoriserad revisor har granskat skatter och avgifter 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, saktighet 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

Södersjukhuset AB

Avtalsstyrning och uppföljning

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

Verksamhetsstyrning

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

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – Delår 2023

Södersjukhuset AB

Hållbarhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97482 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att koordineringen av barnrättsarbetet genomsyrar hela sjukhuset.	–	
97483 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör upprätta en sjukhusövergripande riktlinje som utgår från barnkonventionen och täcker hela barnrättsperspektivet.	–	

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
37171 Från rapport 2019 Årsrapport	(ERSÄTTER TIDIGARE REKOMMENDATION MED IDNR 29998) Sjukhusledningen bör med viss periodicitet utföra och dokumentera den upptäckande kontrollen som säkerställer att en person inte lägger in en inköpsorder i Clockwork, attesterar den och leveransmottar densamma.	●	ÅR 2022 Den auktoriserade revisorn konstaterar att den förhindrade kontrollen i Clockwork är enu ej implementerad. Sjukhuset bör införa rutiner i inköpssystemet Clockwork som förhindrar möjligheten för en person att både lägga in en inköpsorder, attestera och leveransmottar densamma. Rekommendationen är delvis åtgärdad.
77275 Från rapport	Ledningen bör säkerställa att uppföljning och återkoppling av det systematiska arbetsmiljöarbetet sker på ett tillräckligt sätt i alla delar av organisationen genom att avvikelser	●	ÅR 2022 Sjukhuset anger att arbetsmiljö är en stående punkt på APT

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2021 Årsrapport	och handlingsplaner baserade på dessa presenteras i lämpliga medarbetarforum.		och i samverkansgruppen. Handlingsplaner upprättas vid behov. Verksamhetsområdescheferna följer upp chefernas arbetsmiljöarbete. Av arbetsmiljöårshjulet att avvikelser specifikt ska tas upp i samverkansgrupper och på APT i januari och september. Revisionen konstaterar att rutinerna finns på plats, men följsamheten till dem behöver undersökas vidare. Rekommendationen är delvis åtgärdad.
97488 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att avtal mellan Södersjukhuset och alla externa finansierare finns vid externt finansierade projekt.	–	
97489 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör upprätta riktlinjer för vad som ska ingå i ett avtal mellan Södersjukhuset AB och externa finansierare med utgångspunkt i Region Stockholms anvisningsdokument.	–	
97490 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör definiera vid vilket belopp som ett projekt ska föregås av en projektplan och ta fram en enhetlig mall för projektplan.	–	
97491 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör upprätta rutiner för att möjliggöra en standardiserad hantering av externt finansierade projekt som täcker projektets initieringsfas, projektfas och avslutningsfas.	–	

IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97484 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör införa obligatoriska vidareutbildningar för medarbetarna om informationssäkerhet. (Rekommendationen härstammar både från granskningen av	–	

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
	systematiskt informationssäkerhetsarbete och granskningen av säkerhet i nätverk och informationssystem.)		
97485 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör i implementeringen av ADIS genomföra utbildning i systemet för alla anställda, för att säkerställa att det är känt i alla verksamheter hur och var avvikelser gällande informationssäkerhet ska rapporteras.	–	
97486 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att samtliga ärenden i ADIS innehåller all obligatorisk information samt att ärenden alltid avslutas i ADIS när de är färdighanterade.	–	
97487 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör prioritera färdigställandet av processer så att NIS-incidenter rapporteras inom rätt tidsintervall och att funktionen Single Point Of Contact (SPOC) förankras i hela verksamheten som den korrekta vägen för att anmäla incidenter.	–	

Oegentligheter

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97478 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att riskbedömningar görs i syfte att identifiera risker med avseende på bisysslor och vidta adekvata åtgärder om sådana risker identifieras.	–	
97479 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att samtliga bisysslor anmäls i Heroma enligt gällande riktlinjer och anvisningar.	–	
97480 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör införa kontroller för att säkerställa att samtliga bisysslor är bedömda i personalsystemet Heroma enligt regelverkets anvisningar.	–	

Regionrevisorerna

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97477 Från rapport 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att kompetensförsörjningsplaner tas fram på minst verksamhetsområdesnivå för att säkerställa följsamheten till sjukhusets egen kompetensförsörjningsprocess.	–	

Säkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
107475 Från rapport 2023/01 Projektrapport	Sjukhusledningen bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.	–	
107476 Från rapport 2023/01 Projektrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att kunskapen ökar kring hur konsekvenserna av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet.	–	



SÖDERSJUKHUSET

Regionrevisorerna
Revisorsgrupp II
Box 222 30
104 22 STOCKHOLM

2023-06-30

Regionrevisorernas Årsrapport 2022

Styrelsen för Södersjukhuset AB har fått Regionrevisorernas Årsrapport 2022 och givits möjlighet att yttra sig.

Styrelsen noterar att Regionrevisorerna sammantaget bedömer att styrelsen i allt väsentligt har skött verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt i huvudsak tillfredsställande sätt. Regionrevisorerna bedömer att styrelsens interna styrning och kontroll har varit tillräcklig.

Coronapandemin har haft en påverkan på sjukhusets ekonomi även under 2022. Resultat före bokslutsdispositioner och skatt, justerat för covidrelaterade poster samt ökade sociala kostnader för semester- och löneskuld till följd av högre pensionskostnader 2023, uppgår till -201 mnkr vilket är lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar 3,3 procent av omsättningen. Revisorernas bedömning är att det ekonomiska resultatet inte är helt tillfredsställande.

Revisorerna noterar att coronapandemin har haft en fortsatt påverkan på styrelsens möjlighet att uppnå verksamhetsmässiga mål och uppdrag. Styrelsen uppfyller 8 av 11 av fullmäktiges mål. Revisionen bedömer att styrelsen behöver fortsätta att vidta åtgärder för en förbättrad tillgänglighet i den akuta verksamheten. Sjukhusets möjlighet att producera i enlighet med sjukhusavtalet har påverkats negativt av pandemin. Revisionen bedömer, med undantag för de områden som inte kan bedömas på grund av coronapandemin, att de verksamhetsmässiga målen i huvudsak har uppnåtts. Revisorernas bedömning är att det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet är i huvudsak tillfredsställande.

Revisionen har under året granskat det systematiska informationssäkerhetsarbetet, säkerhet i nätverk och informationssystem, bisysslor, styrningen av kompetensförsörjning, intern kontroll i externt finansierade projekt samt följsamheten till barnkonventionen. Granskningen visar att det finns förbättringspotential i samtliga ovan nämnda områden och att ledningen behöver vidta åtgärder. Revisionen har lämnat rekommendationer till bolagsledningen i samtliga ovan nämnda granskningar.

Revisionen rekommenderar sjukhusledningen att

- säkerställa att kompetensförsörjningsplaner tas fram på minst verksamhetsområdesnivå för att säkerställa följsamheten till sjukhusets egen kompetensförsörjningsprocess
- i den årliga riskbedömningen inkludera riskbedömning av bisysslor, att säkerställa att samtliga bisysslor anmäls i personalsystemet Heroma och bedöms i enlighet med regelverket
- säkerställa att koordineringen av barnrättsarbetet genomsyrar hela sjukhuset samt upprätta en sjukhusövergripande riktlinje som utgår från barnkonventionen och täcker hela barnrättsperspektivet



Södersjukhuset AB

Besöksadress Sjukhusbacken 14 Postadress 118 83 Stockholm Telefon 08-616 10 00 Telefax 08-616 10 20
E-post fornamn.efternamn@sodersjukhuset.se Styrelsens säte Stockholm Organisationsnummer 55 65 95-7403
SL-Buss 3, 4, 164 Pendeltåg Stockholms Södra

- säkerställa att alla anställda får en regelbunden och formell fortbildning inom informationssäkerhet och säkerställa att alla anställda vet hur avvikelser gällande informationssäkerhet ska rapporteras
- prioritera färdigställandet av processer så att NIS incidenter rapporteras inom rätt tidsintervall och att funktionen Single Point Of Contact (SPOC) förankras i hela verksamheten som den korrekta vägen för att anmäla incidenter
- införa standardiserad hantering av externfinansierade projekt med avseende på projektavtal, projektplan, uppföljning, avslutning mm.

Styrelsen ställer sig positiv till revisorernas rekommendationer. Sjukhusledningen har redan genomfört förbättringar i NIS incidentprocessen och klassificerat ett stort antal system sedan revisionen genomfördes.

För styrelsen är tillräcklig intern kontroll, rättvisande räkenskaper och tillfredsställande ekonomiskt och verksamhetsmässigt utfall viktiga målsättningar. Sjukhuset har arbetat med att införliva revisorernas rekommendationer i den löpande driften och styrelsen kan konstatera att huvuddelen av de tidigare lämnade rekommendationerna är åtgärdade eller på väg att åtgärdas. Som ett exempel kan nämnas att sjukhusledningen från den 1 juni har tagit bort möjligheten att en och samma person kan både beställa och godkänna/attestera en beställning i inköpssystemet Clockwork.

Styrelsen kommer aktivt utifrån väsentlighet och risk arbeta med de nya rekommendationer som revisorerna lämnat under 2022 och ser fram emot fortsatt gott samarbete.

För styrelsen



Mikael Runsiö, vd



Södersjukhuset AB

Besöksadress Sjukhusbacken 10 Postadress 118 83 Stockholm Telefon 08-616 10 00 Telefax 08-616 xx xx
E-post foramn.efternamn@sodersjukhuset.se Styrelsens säte Stockholm Organisationsnummer 55 65 95-7403
SL-Buss 3, 4, 164 Pendeltåg Stockholms Södra