

# Årsredovisning

för

## Södertälje Sjukhus AB

556775-9922

Räkenskapsår  
2023-01-01 - 2023-12-31

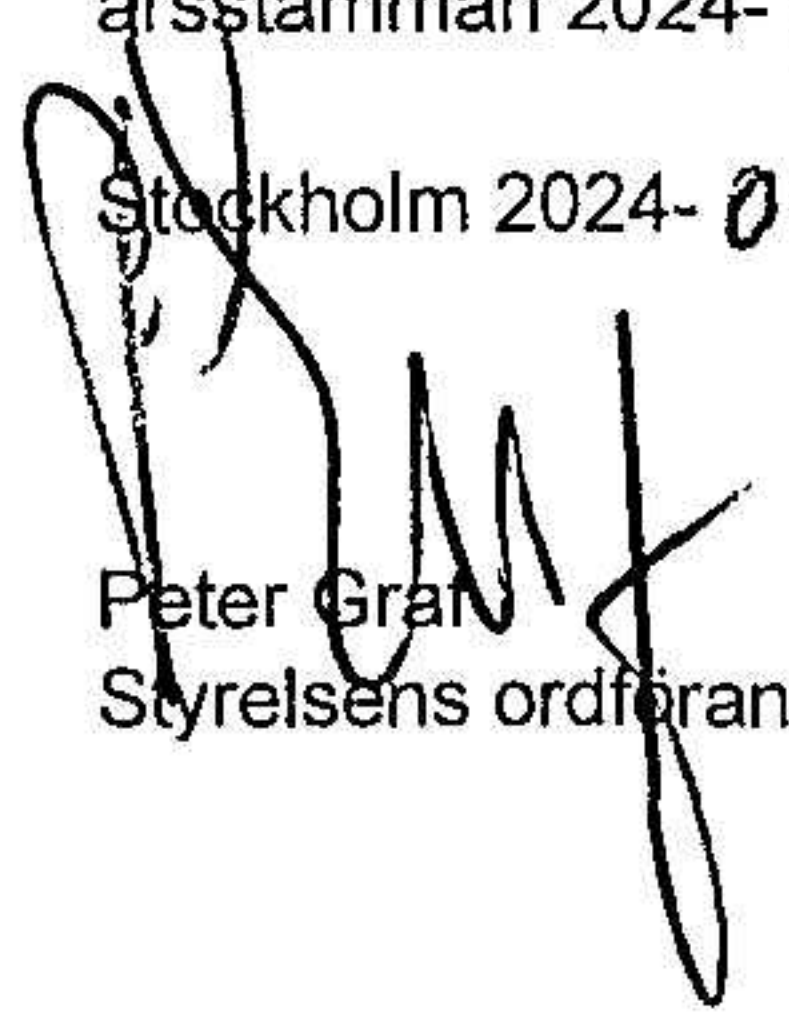
Innehåll	Sida
Förvaltningsberättelse	1
Resultaträkning	6
Balansräkning	7
Kassaflödesanalys	8
Tilläggsupplysningar	9
Underskrifter	14

Styrelsens säte: Stockholm  
Företagets redovisningsvaluta: Svenska kronor (SEK).  
Alla belopp redovisas, om inte annat anges, i tusentals kronor (tkr).

### Fastställelseintyg

Undertecknad intygar härmed att en med denna undertecknade kopia likalydande resultat- och balansräkning blivit fastställd på årsstämman 2024-05-31. Årsstämman beslöt tillika godkänna styrelsens förslag till resultatdisposition.

Stockholm 2024-05-31



Peter Gran  
Styrelsens ordförande



Södertälje Sjukhus AB  
556775-9922

Styrelsen och verkställande direktören för Södertälje Sjukhus AB avger härmed årsredovisning för räkenskapsåret 2023-01-01 - 2023-12-31.

## Förvaltningsberättelse

### Information om verksamheten

Södertälje Sjukhus AB registrerades som bolag 2009-01-14 men startade sin verksamhet 2009-04-01. Dessförinnan drevs sjukhuset i förvaltningsform som en del ingående i Sjukvården Salem Nykvarn Södertälje.

Bolaget är ett helägt dotterbolag till Landstingshuset i Stockholm AB, vilket är ett av Region Stockholms helägda bolag.

Ändamålet är enligt bolagsordningen att bedriva sjukvård åt Region Stockholm inom ramen för regionens ansvar inom hälso- och sjukvårdslagen samt att bedriva viss forsknings-, utvecklings- och utbildningsverksamhet.

Bolaget har under året bedrivit akut och planerad sjukvård inom allmän internmedicin, kirurgi, ortopedi, urologi, anestesi/intensivvård, gynekologi inklusive förlossning samt geriatrik inklusive avancerad hemsjukvård och palliativ vård. På sjukhuset finns även barnmottagning, röntgenverksamhet, paramedicin och ett av två Diagnostiskt Centrum inom regionen. Till detta kommer stödjande verksamheter som sjukhusgemensam service och administration inklusive medicinska sekreterare.

I budget 2023 rapporterade sjukhuset 188 fastställda vårdplatser (inklusive BB och förlossning och exklusive IVA), vilket var en ökning jämfört med budget 2022. Antalet rapporterade vårdplatser fluktuerar under året med anledning av att rapporteringen avser aktuellt dagsvärde sista onsdagen varje månad. Vid årets slut hade sjukhuset 182 fastställda vårdplatser.

Sjukhusets största kund är Region Stockholm och invånarna i kommunerna Södertälje, Salem, Nykvarn och Botkyrka. Södertälje Sjukhus AB dominerar specialistsjukvården inom detta geografiska område och framförallt inom den akuta specialistsjukvården, geriatriken och den palliativa vården.

Företaget har sitt säte i Stockholm.

### Viktiga förhållanden och väsentliga händelser

Sjukhusets verksamheter har under året påverkats av det höga akuta inflödet, pandemin samt av minskning av andel inhyrd personal. Vid årets början var sjukhusets verksamheter hårt belastade med anledning av det epidemiologiska läget kopplat till bland annat covid-pandemins femte våg, influensa samt RS-virus i kombination med andra akuta åkommor och sjukhuset var i stabsläge fram till 18 januari. Även under resterande del av året har det akuta flödet varit stort och de akuta slutenvårdstillfällena överstiger kraftigt budgeterade vårdolymer.

Den elektiva verksamheten inom slutenvård har påverkats negativt av det höga akutinflödet och det har skett en undanträngning av det elektiva operationsflödet. Även öppenvården har påverkats negativt, då resurser periodvis behövt re-allokeras till slutenvården. Det regiongemensamma arbetet med att minska andel inhyrd personal har också påverkat den elektiva verksamheten negativt. Under året har sjukhuset genomfört flera åtgärder för att minska den köställda vården och det sjukhusövergripande arbetet med att effektivisera operationsflödena återupptagits. Bland annat har så kallade snabbflödessalar införts på centraloperation, operationer i dagvård utförts på dagkirurgiskt centrum och antalet operationer i befintliga operationssalar på mottagningarna har ökat. Sammantaget har detta haft en positiv effekt. Andelen väntande inom vårdgarantin till behandling har förbättrats under hösten och den totala kön till operation minskar men sjukhuset når ännu inte tillgänglighetsmålet för behandling. Tillgänglighetsmålet för nybesök har under hela året legat över målnivån.

Sjukhuset försöker fortlöpande anpassa antalet disponibla vårdplatser efter behovet men tillgången på personal är stundtals utmanande, vilket leder till dyra bemanningslösningar och periodvis inställd elektiv slutenvård. Antalet disponibla vårdplatser per dygn har såväl under normalperioder och som under sommarperioden varit fler än under föregående år. Den genomsnittliga beläggningsgraden har förbättrats jämfört föregående år (98,2 %) och var 2023, 97,0 %, vilket dock fortfarande är betydligt högre än målnivån 92 %. Sjukhuset har trots det vid ett flertal tillfällen under året haft en bekymmersam vårdplatssituation då patienter har fått vänta länge på akutmottagningen efter att inläggningsbeslut har tagits. I snitt har 2,8 patienter per dygn varit utlokaliserade till akuten vilket är en ökning jämfört med föregående års snitt på 2,6 patienter.

Det höga antalet sökande till närakuten är utmanande ur bemanningsperspektiv men även utrymmesmässigt, då lokalerna inte är anpassade för rådande patientantal. Södertälje sjukhus utreder tillsammans med Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) möjligheten att överföra uppdraget för närakuten till SLSO och att flytta verksamheten till annan lokal inom sjukhusområdet.

Inför sommaren genomfördes en god gemensam planering inom regionen vilket ledde till tätare samverkan mellan akutsjukhusen under sommaren. Akutmottagningen på Södertälje sjukhus avlastades under veckorna 26-33 genom att ambulanser från Botkyrka styrdes om till Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. Resultatet blev att antalet ambulanser från Botkyrka, under den aktuella perioden, sjönk till 1,5 ambulanser i genomsnitt per dag vilket kan jämföras med 7,5 ambulanser motsvarande period föregående år. Södertälje sjukhus avlastade i sin tur Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge genom att ta emot inläggande slutenvårdspatienter från Karolinska Huddinge. I snitt hade Södertälje sjukhus 8 patienter per dygn från Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge under sommarperioden.

Under oktober invigde sjukhuset 6 akutgeriatriska vårdplatser på en befintlig geriatrisk vårdavdelning. Vårdplatserna gör att sjukhuset nu har möjlighet till direktintag via ambulans till geriatrisk vårdavdelning, detta har tidigare saknats. Förändringen ger en ökad patientsäkerhet med bättre omhändertagande för patienten och minskat tryck på akutmottagningen som följd.

Arbetsmiljöverket genomförde under februari en inspektion med fokus på den organisatoriska arbetsmiljön på tre enheter inom Södertälje sjukhus, där de bland annat påtalade den utmanande arbetsbelastningen. Södertälje sjukhus har därefter genomfört skyddsronder för

Jag intygar att denna kopia överensstämmer med originalet

*[Signature]*

*[Signature]*

arbetsbelastning, upprättat handlingsplaner och förbättrat de övergripande rutinerna för SAM - systematiskt arbetsmiljöarbete. Arbetsmiljöverket genomförde uppföljande inspektioner under juni och återkom med underrättelse i september. Sjukhuset har inkommit med svar på underrättelse och därefter har Arbetsmiljöverket delgett sjukhuset föreläggande med vite i samtliga tre fall. Sjukhuset har på sig till i slutet av januari 2024 att åtgärda brister i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön i två fall och i det tredje fallet ska bristerna vara åtgärdade under mars 2024 för att undvika vite.

Sjukhuset har en hög kris- och katastrofberedskap men det nya omvärldsläget ställer nya krav utifrån nationella beslut kring civilt försvar, uppdaterade beredskapsplaner och en ny krigsorganisation. Ny kris- och katastrofplan är framtagen under året och arbetet med att stärka sjukhusets beredskap för kris- och katastrof fortsätter.

Sjukhuset har under året arbetat intensivt med att minska andelen inhyrd personal, vilket har gett resultat. Andel inhyrningskostnad av den totala bemanningskostnaden har minskat påtagligt från 7,6 % för 2022 till 4,0 % för 2023. I december 2023 var andelen inhyrd personal 2,0 % vilket är den lägsta nivån på flera år. Att andelen inhyrd personal minskar är en förutsättning för att sjukhuset långsiktigt ska klara en ekonomi i balans och ger möjlighet att förbättra arbetsmiljö och kvalitet och patientsäkerhet.

Under året har flera chefer i ledande befattningar tillträtt tjänster på sjukhuset. Under våren tillträdde en ny verksamhetschef för Internmedicin och under hösten har ny verksamhetschef för Kvinnor-Barn, HR-direktör, ekonomidirektör och chefläkare tillträtt tjänster på sjukhuset.

Resultatöversikt (tkr)	2023	2022	2021	2020	2019
Nettoomsättning	1 893 546	1 718 887	1 624 607	1 536 797	1 451 839
Rörelseresultat	20 281	-8 133	23 531	109 513	28 275
Resultat efter finansiella poster	-43 839	-24 291	-18 650	94 896	-29 511
Balansomslutning	1 410 320	1 169 400	1 124 866	1 096 063	940 665
Soliditet <sup>1)</sup> (%)	7,8	10,8	11,3	11,5	13,6
Avkastning på eget kapital <sup>2)</sup> (%)	Neg	Neg	Neg	74,7	Neg
Avkastning på totalt kapital <sup>3)</sup> (%)	3,4	Neg	2,1	10,8	3,1
Medelantal anställda	1 328	1 309	1 284	1 304	1 258

<sup>1)</sup> Eget kapital/ Balansomslutning

<sup>2)</sup> Resultat efter finansiella intäkter och kostnader / Genomsnittligt eget kapital

<sup>3)</sup> (Resultat efter finansiella intäkter och kostnader + räntekostnader) / Genomsnittlig balansomslutning

Bolaget uppvisar ett negativt resultat på -15 429 tkr för räkenskapsåret 2023-01-01 - 2023-12-31 efter bokslutsdispositioner och bolagsskatt.

Verksamheten redovisar ett negativt resultat på -43,8 mkr före bokslutsdispositioner avseende erhållet koncernbidrag.

Rörelsens intäkter summerar till 1 927 978 tkr. Rörelsens kostnader uppgick till 1 907 697 tkr exklusive de finansiella posterna. Den största kostnadsposten är bemanningskostnader, inklusive inhyrd personal, som uppgår till 1 281 396 tkr.

Exklusive bokslutsdispositioner och bolagsskatt redovisar bolaget en förlust på -43,8 mkr.

Investeringsutgifterna uppgick till 38,5 mkr. Kassaflödet var positivt och uppgick till 226 mkr. Soliditeten minskade med -3,2 procentenheter till 7,8 %.

Under 2023 har sjukhuset producerat 143 712 öppenvårdsbesök, vilket är en ökning med 4,7 % jämfört med föregående år. Ökningen kan helt hänföras till att produktionen för 2022 var lägre än normalt på grund av pågående pandemi. Jämfört med budget är produktionen ca 5,4 % lägre, vilket förklaras av en lägre elektiv produktion dels i början av året, innan pandemins femte våg ebbade ut, dels från mars beroende på beslutet att minska den inhyrda personalen. Minskningen inom den elektiva vården kompenseras till viss del av en kraftig ökning av den akuta produktionen och då framförallt besöken till närakuten.

Inom slutenvården redovisades 16 355 vårdtillfällen vilket är 0,2 % högre än utfallet 2022 och 1,4 % högre än budget. Sjukhuset ser sedan ett antal år tillbaka ett kraftigt ökat behov av slutenvård för akut sjuka patienter. Ökningen kan till stor del hänföras till den beslutade omstyrningen av ambulanser från Botkyrka. Antalet ambulanstransporter med patienter från Botkyrka har ökat kraftigt de senaste åren men minskade under sommaren som ett resultat av samarbetet med Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. Då inläggningsfrekvensen är knappt 50 %, påverkar det behovet av akut slutenvård och därmed antalet akuta vårdtillfällen inom akutsomatiken.

Antalet förlossningar uppgår till 2 057 stycken under 2023. Detta är en minskning med 247 förlossningar (11 %) jämfört med 2022. Sjukhuset kalkylerade med ett minskat antal förlossningar för 2023, dels med anledning av sjunkande förlossningstal dels öppnandet av en förlossningsenhet på Capio S:t Görans sjukhus. Totalt inom regionen har antalet förlossningar minskat med 474 (1,7 %), vilket har en negativ påverkan på antal hänvisningar till sjukhuset.

#### Förväntad framtida utveckling samt väsentliga risker och osäkerhetsfaktorer

Södertälje sjukhus har ett viktigt uppdrag i att erbjuda god och tillgänglig vård i ett socioekonomiskt utsatt område, vars invånare har större hälsoutmaningar och sjukdomsburda än genomsnittet i regionen. Uppgifter från folkhälsomyndigheten visar på att det finns en hälsoutmaning i sjukhusets närområde kopplat till ökad sjuklighet inom de stora folksjukdomarna såsom hjärta/kärl och diabetes där patienterna även insjuknar i en tidigare ålder än genomsnittet inom regionen. Sjukhuset har även en viktig uppgift att tillsammans med kommuner, primärvård och psykiatri i det geografiska närområdet utveckla en behovsstyrd, kostnadseffektiv och tillgänglig god och nära vård av hög kvalitet.

Förutsättningarna för både 2024 och kommande år är utmanande och osäkerheten är stor givet omvärldsfaktorer såsom prisutveckling och tillgång på material. Den höga inflationen och dess utveckling påverkar sjukhusets driftkostnader och pensionskostnader. Utöver dessa utmaningar är utvecklingsbehovet av IT-strukturen essentiellt, detta kommer att ha en stor negativ påverkan på resultatet men förväntas möjliggöra förenklingar av arbetssätt under de kommande åren. Den största kostnadsposten sjukhuset kommer att behöva adressera för budgetåret är dock kostnader för inhyrd personal. En stor utmaning består fortsatt i att klara av att rekrytera och behålla egen personal. Att sjukhuset lyckas behålla och rekrytera egen personal istället för att vara beroende av bemanningsföretag är helt nödvändigt för en ekonomi i balans.

De akuta vårdvolymerna fortsätter öka samtidigt som kapacitet för det elektiva uppdraget behöver säkerställas om köerna ska minskas. För att ytterligare förbättra och effektivisera akuta vårdflöden kommer under våren 2024 en akutvårdsavdelning (AVA), med fokus på akuta patienter med vårdbehov under 48 timmar, att öppnas. Under 2024 införs även regiongemensam produktionsplanering vilket förväntas förenkla och förbättra styrningen.

Antal sökande till närakuten fortsätter att öka kraftigt, vilket är utmanande både sett ur bemanningsperspektiv och utrymmesmässigt, då nuvarande akutmottagnings lokaler inte är anpassade för rådande patientantal. Sjukhuset ser därför ett stort behov av nya lokaler till närakuten och en dialog gällande närakutsuppdraget förs nu med Stockholms läns sjukvårdsområde och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen med målsättning att hitta en bättre och långsiktigt hållbar lösning.

Målen för de kommande åren är att sjukhuset ska fortsätta att förbättra vården med en god tillgänglighet, hög patientsäkerhet och kvalitet, utveckla en hållbar arbetsmiljö och attrahera och behålla personal, samt uppnå uppsatta produktionsmål enligt avtal och säkerställa en ekonomi i balans.

#### Forskning och utveckling

Sjukhuset har under året inrättat en utvecklingsavdelning på sjukhuset, detta för att ytterligare samordna, effektivisera och stärka stabsresurser för verksamhetsutveckling, projekt, förändringsledning och digitalisering. Avdelningen inkluderar enheterna digitalisering & e-hälsa (tidigare IT), medicinsk teknik, patientsäkerhet, kvalitet och kunskapsstyrning (PSK) samt forskning, utveckling, utbildning och innovation (FoUUI).

Södertälje Sjukhus AB samverkar med Karolinska Institutet (KI) och är en universitetssjukvårdsenhet (USV) som ingår i KI institutionen på Södersjukhuset (KI SöS). Detta skapar bättre förutsättningar för forskning och utbildning och stärker även Södertälje sjukhus som en attraktiv arbetsgivare.

Sjukhuset har en mindre forskningsenhet som bland annat driver ett laboratorium i sjukhusets regi beläget på Science Park i Södertälje. Då det länge har varit svårt att hitta samarbetspartners på sjukhuset har forskningen framförallt skett i samarbete med andra sjukhus och universitet.

Sjukhusets kliniska träningscentrum (KTC) utvecklas kontinuerligt för att möta upp verksamheternas behov av såväl teoretisk kunskap som färdighets- och teamträning med syftet att upprätthålla en god och säker vård. Introduktionskurser ges med jämna intervaller till läkare, sjuksköterskor och undersköterskor samt studenter.

Under året har arbetet fortsatt för ökad digitalisering och innovationsförmåga för att stödja utvecklingen av nya vårdformer, arbetsprocesser

och en hållbar regional utveckling.

Under hösten påbörjades ett arbete med Morgondagens digitala plattform (MDP), ett projekt som drivs av Serviceförvaltningen inom Region Stockholm tillsammans med enheten för digitalisering och e-hälsa inom sjukhuset. Målet med projektet är att under 2024 byta ut sjukhusets tekniska plattform vilket kommer att ge förbättrade förutsättningar för initiativ inom digitalisering.

I december tilldelades sjukhuset medel från Vinnova inom ramen för deras satsning om Utmaningsdriven innovation (UDI) i steg 3 för projektet "Hemsjukhusvården regionövergripande distansmonitorering av patienter med svår kronisk sjukdom" som ska bedrivas under 2024-2025. Södertälje sjukhus deltar och är medfinansierare i projektet som leds av Karolinska Universitetssjukhuset. Övriga projektparter är Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och SLSO ASIH Stockholm Södra. Projektet (UDI steg-2) startade i början av 2021 och avslutades hösten 2023.

Under året har testning och utvärdering av ett system för vidareutveckling och implementering av VR-träning som en metod att träna bemötande i hotfulla situationer pågått och systemet är nu driftsatt som en del i utbildningen för vårdpersonal.

Sjukhuset har även en pågående förstudie gällande ny teknik för fallprevention med hjälp av sensorer och Artificiell Intelligens (AI) som kommer avslutas under Q2 2024.

#### Hållbarhetsrapport

I enlighet med ÅRL 6 kap 11§ har Södertälje Sjukhus AB valt att upprätta den lagstadgade hållbarhetsrapporten som en från årsredovisningen avskild rapport. Hållbarhetsrapporten har överlämnats till revisorn samtidigt som årsredovisningen och offentliggörs i samband med förvaltningsberättelsen.



**Förändringar i eget kapital (tkr)**

Under räkenskapsåret har följande förändringar skett i eget kapital.

	Bundet eget kapital		Fritt eget kapital			Summa eget kapital
	Aktie-kapital	Reserv-fond	Fond för utvecklings-utgifter	Balanserat resultat	Årets resultat	
Eget kapital 2023-01-01	15 000	15 000	0	97 221	-1 442	125 779
Överföring resultat föregående år	0	0	0	-1 442	1 442	0
Erhållet aktieägartillskott	0	0	0	0	0	0
Årets resultat	0	0	0	0	-15 430	-15 430
<b>Eget kapital 2023-12-31</b>	<b>15 000</b>	<b>15 000</b>	<b>0</b>	<b>95 779</b>	<b>-15 430</b>	<b>110 349</b>

	2023-12-31	2022-12-31
Ej återbetalade villkorade aktieägartillskott	0	0

**Förslag till resultatdisposition (kronor)**

Styrelsen föreslår att till förfogande stående medel

balanserad vinst eller förlust	95 779 229
årets vinst eller förlust	-15 429 648
	<b>80 349 581</b>

disponeras så att

i ny räkning överförs	80 349 581
	<b>80 349 581</b>

Beträffande företagets resultat och ställning i övrigt hänvisas till efterföljande resultat- och balansräkningar samt tilläggsupplysningar. Alla belopp uttrycks i svenska tusental kronor där ej annat anges.

Södertälje Sjukhus AB  
556775-9922

## Resultaträkning

	Not	2023-01-01 -2023-12-31	2022-01-01 -2022-12-31
Nettoomsättning	2	1 893 546	1 718 887
Övriga rörelseintäkter		34 432	51 770
		<b>1 927 978</b>	<b>1 770 657</b>
<i>Rörelsens kostnader</i>			
Råvaror och förnödenheter		-165 807	-156 021
Övriga externa kostnader	3, 4	-453 463	-461 946
Personalkostnader	5	-1 230 506	-1 096 950
Avskrivningar och nedskrivningar (samt återföring därav) av materiella och immateriella anläggningstillgångar	1, 11, 12	-57 469	-59 117
Övriga rörelsekostnader		-452	-4 755
		<b>-1 907 697</b>	<b>-1 778 789</b>
<b>Rörelseresultat</b>		<b>20 281</b>	<b>-8 132</b>
<i>Resultat från finansiella investeringar</i>			
Övriga ränteintäkter och liknande intäkter	7	23 792	151
Räntekostnader och liknande kostnader	8	-87 912	-16 309
		<b>-64 120</b>	<b>-16 158</b>
<b>Resultat efter finansiella poster</b>		<b>-43 839</b>	<b>-24 290</b>
<i>Bokslutsdispositioner</i>			
Resultat före skatt	9	28 409	22 848
		<b>-15 430</b>	<b>-1 442</b>
<i>Skatt på årets resultat</i>			
Skatt på årets resultat	10	0	0
Övriga skatter		0	0
<b>Årets resultat</b>		<b>-15 430</b>	<b>-1 442</b>

2024061731442

Södertälje Sjukhus AB  
556775-9922

## Balansräkning

	Not	2023-12-31	2022-12-31
<b>TILLGÅNGAR</b>			
<b>Anläggningstillgångar</b>			
<i>Materiella anläggningstillgångar</i>			
Maskiner och andra tekniska anläggningar	11	134 233	152 349
Inventarier, verktyg och installationer	12	75 576	78 795
Pågående nyanläggningar och förskott avseende materiella anläggningstillgångar	13	1 982	0
		<b>211 791</b>	<b>231 144</b>
<b>Summa anläggningstillgångar</b>		<b>211 791</b>	<b>231 144</b>
<b>Omsättningstillgångar</b>			
<i>Varulager m.m.</i>			
Råvaror och förnödenheter		4 145	4 045
		<b>4 145</b>	<b>4 045</b>
<i>Kortfristiga fordringar</i>			
Kundfordringar		17 800	13 759
Fordringar hos koncernföretag		1 108 775	283 713
Övriga fordringar		59 800	35 466
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter	14	7 916	8 257
		<b>1 194 291</b>	<b>341 195</b>
<b>Kassa och bank</b>	15	93	593 016
<b>Summa omsättningstillgångar</b>		<b>1 198 529</b>	<b>938 256</b>
<b>SUMMA TILLGÅNGAR</b>		<b>1 410 320</b>	<b>1 169 400</b>
<b>EGET KAPITAL OCH SKULDER</b>			
<i>Eget kapital</i>			
	1, 13		
<i>Bundet eget kapital</i>			
Aktiekapital		15 000	15 000
Reservfond		15 000	15 000
		<b>30 000</b>	<b>30 000</b>
<i>Fritt eget kapital</i>			
Balanserad vinst eller förlust		95 779	97 221
Årets resultat		-15 430	-1 442
		<b>80 349</b>	<b>95 779</b>
<b>Summa eget kapital</b>		<b>110 349</b>	<b>125 779</b>
<i>Avsättningar</i>			
	18		
Avsättningar för pensioner och liknande förpliktelser		919 931	719 004
Avsättningar för skatter		0	0
Övriga avsättningar		0	0
		<b>919 931</b>	<b>719 004</b>
<i>Långfristiga skulder</i>			
	19		
Övriga skulder		4 835	6 397
		<b>4 835</b>	<b>6 397</b>
<i>Kortfristiga skulder</i>			
Leverantörsskulder		43 390	45 494
Skulder till koncernföretag		73 247	23 319
Skatteskulder		63 865	29 591
Övriga skulder		69 309	88 955
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter	20	125 394	130 861
		<b>375 205</b>	<b>318 220</b>
<b>SUMMA EGET KAPITAL OCH SKULDER</b>		<b>1 410 320</b>	<b>1 169 400</b>

2024061731443

Södertälje Sjukhus AB  
556775-9922

## Kassaflödesanalys

	Not	2023-01-01 -2023-12-31	2022-01-01 -2022-12-31
<b>Den löpande verksamheten</b>			
Rörelseresultat		20 281	-8 132
Justeringar för poster som inte ingår i kassaflödet			
Avskrivningar och nedskrivningar		57 469	59 117
Vinst vid försäljning av inventarier		0	
Förlust vid utrangering av inventarier		410	4 622
Avsättning pensioner		130 210	57 851
Särskild löneskatt på finansiell pensionskostnad		-17 155	0
		<b>191 215</b>	<b>113 458</b>
Erhållen ränta		23 792	151
Erlagd ränta		-39	-7
<b>Kassaflöde från den löpande verksamheten före förändringar av rörelsekapital</b>		<b>214 968</b>	<b>113 602</b>
<i>Förändringar i rörelsekapital</i>			
Förändring av varulager		-100	184
Förändring av rörelsefordringar		-5 406	26 422
Förändring av rörelseskulder		55 460	-28 176
<b>Kassaflöde från den löpande verksamheten</b>		<b>264 922</b>	<b>112 032</b>
<i>Investeringsverksamheten</i>			
Förvärv av materiella anläggningstillgångar	11, 12, 13	-38 526	-48 188
Försäljning av materiella anläggningstillgångar		0	0
<b>Kassaflöde från investeringsverksamheten</b>		<b>-38 526</b>	<b>-48 188</b>
<i>Finansieringsverksamheten</i>			
<b>Kassaflöde från finansieringsverksamheten</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Årets kassaflöde</b>		<b>226 396</b>	<b>63 844</b>
Likvida medel vid årets början		593 016	529 172
Likvida medel vid årets slut	14	819 412	593 016

2024061731444

Södertälje Sjukhus AB  
556775-9922

## Noter

### Not 1 Upplysning om redovisnings- och värderingsprinciper

#### Allmänna redovisningsprinciper

Årsredovisningen har upprättats enligt Årsredovisningslagen (1995:1554) och BFNAR 2012:1 Årsredovisning och koncernredovisning (K3).

#### Ändrade redovisningsprinciper

Redovisningsprinciperna är oförändrade.

#### Intäktsredovisning

Inkomsten redovisas till verkligt värde av vad företaget fått eller kommer att få. Det innebär att företaget redovisar inkomsten till nominellt värde (fakturabelopp) om företaget får ersättning i likvida medel direkt vid leveransen. Avdrag görs för lämnade rabatter.

Bolagets fakturerade försäljning omfattar försäljning av vårdtjänster. Nettoomsättningen innefattar det verkliga värdet av vad som erhållits eller kommer att erhållas för sålda tjänster i bolagets löpande verksamhet. Intäkter redovisas när inkomsten kan beräknas på ett tillförlitligt sätt.

Försäljning av vårdtjänster redovisas i enlighet med upprättade vårdavtal. För utförda vårduppdrag redovisas intäkterna först när patienten är färdigbehandlad. För de vårduppdrag där patienten är färdigbehandlad och vårdtillfället produktsatts redovisas faktisk intäkt och i de fall patienten färdigbehandlats men vårdtillfället ej produktsatts redovisas intäkten utifrån tillförlitlig beräkning. Bolagets patientrelaterade utgifter kostnadsförs i den takt de uppkommer.

Ränta redovisas som intäkt enligt den s.k. effektivräntemetoden.

Utdelning redovisas som intäkt när företagets rätt till betalning är säkerställd.

#### Finansiella instrument

Finansiella instrument värderas utifrån anskaffningsvärdet. Se vidare beskrivning för respektive grupp av finansiella instrument.

#### Redovisning av leasingavtal

I företaget redovisas samtliga leasingavtal enligt reglerna för operationell leasing. Operationella leasingavtal redovisas som en kostnad linjärt över leasingperioden.

#### Ersättning till anställda efter avslutad anställning

I företaget finns såväl avgiftsbestämda som förmånsbestämda pensionsplaner. Som avgiftsbestämda planer klassificeras planer där fastställda avgifter betalas och det inte finns förpliktelser att betala något ytterligare, utöver dessa avgifter. Övriga planer klassificeras som förmånsbestämda och beräknas enligt Tryggandelagen och redovisas i enlighet med förenklingsreglerna i BFNAR 2012:1.

Utgifter för avgiftsbestämda planer redovisas som en kostnad under den period de anställda utför de tjänster som ligger till grund för förpliktelsen.

Företaget har förmånsbestämda pensionsplaner där en pensionspremie betalas och redovisar dessa planer som avgiftsbestämda planer i enlighet med förenklingsregeln i BFNAR 2012:1.

Företaget har förmånsbestämda pensionsplaner som finansieras i egen regi. Uppgift om pensionskuldens storlek erhålls från ett oberoende företag (KPA Pension) och redovisas enligt den erhållna uppgiften.

#### Anläggningstillgångar

Materiella och immateriella anläggningstillgångar redovisas till anskaffningsvärde minskat med ackumulerade avskrivningar och eventuella nedskrivningar.

Efter genomgång av befinliga anläggningstillgångar har konstaterats att inga betydande komponenter med väsentligt olika nyttjandeperioder har identifierats.

Avskrivningsbart belopp utgörs av anskaffningsvärdet minskat med ett beräknat restvärde om detta är väsentligt. Avskrivning sker linjärt över den förväntade nyttjandeperioden.

Följande avskrivningstider tillämpas:

#### Materiella anläggningstillgångar

Inventarier, verktyg och installationer	3 år
Inventarier, verktyg och installationer	5 år
Inventarier, verktyg och installationer	7 år
Inventarier, verktyg och installationer	10 år
Inventarier, verktyg och installationer	20 år
IT-utrustning	3 år

#### Varulager

Varulagret har värderats till det lägsta av dess anskaffningsvärde och dess nettoförsäljningsvärde på balansdagen. Med nettoförsäljningsvärdet avses varornas beräknade försäljningspris minskat med försäljningskostnader. Den valda värderingsmetoden innebär att eventuell inkurans i varulagret har beaktats.

#### Omräkning av poster i utländsk valuta

Fordringar och skulder i utländsk valuta har värderats till balansdagens kurs. Kursvinster och kursförluster på rörelsefordringar och rörelseskulder redovisas i rörelseresultatet medan kursvinster och kursförluster på finansiella fordringar och skulder redovisas som finansiella poster.

#### Övriga redovisningsprinciper

Investeringsbidrag som erhållits är redovisat som långfristig skuld i stället för minskat anskaffningsvärde.

Södertälje Sjukhus AB  
556775-9922

#### Fordringar, skulder och avsättningar

Om inget annat anges ovan värderas kortfristiga fordringar till det lägsta av dess anskaffningsvärde och det belopp varmed de beräknas bli reglerade. Långfristiga fordringar och långfristiga skulder värderas efter det första värderingstillfället till upplupet anskaffningsvärde. Övriga skulder och avsättningar värderas till de belopp varmed de beräknas bli reglerade. Övriga tillgångar redovisas till anskaffningsvärde om inget annat anges ovan.

#### Upplýsning om uppskattningar och bedömningar

Styrelsen bedömer att det inte finns någon betydande risk för någon väsentlig justering av de redovisade värdena för tillgångar och skulder i framtiden eller som har någon betydande effekt på de redovisade beloppen i denna årsredovisning.

#### Koncernföretag

Närmast överordnade moderföretag som upprättar koncernredovisning i vilken företaget ingår är Landstingshuset i Stockholm AB (556477-9378) med säte i Stockholm. Landstingshuset i Stockholm AB är ett av Stockholms läns landsting (232100-0016) helägt bolag.

#### Not 2 Nettoomsättningens fördelning

Nettoomsättningen fördelas på verksamhetsgrenar enligt följande:

	2023	2022
<b>Verksamhet 1</b>		
Vårdintäkter inom Region Stockholm	1 747 691	1 538 291
Övriga vårdtjänster	95 506	77 667
Övriga tjänster	50 349	102 929
<b>Summa</b>	<b>1 893 546</b>	<b>1 718 887</b>
<b>Total nettoomsättning</b>	<b>1 893 546</b>	<b>1 718 887</b>

#### Not 3 Ersättningar till revisorer och revisionsföretag

	2023	2022
<i>Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB</i>		
Revisionsuppdraget	271	267
	271	267
<i>Regionrevisorema</i>		
Revisionsuppdraget	311	305
	311	305

#### Not 4 Operationella leasingavtal

	2023	2022
Kostnadsförda leasingavgifter avseende operationella leasingavtal	143 502	135 240

Av beloppet ovan avser 139 331 (131 900 år 2022) hyra av lokaler.

Framtida minimileaseavgifter avseende ej uppsägningsbara operationella leasingavtal:

Ska betalas inom 1 år	146 584	136 327
Ska betalas inom 1-5 år	392 866	397 225
Ska betalas senare än 5 år	79 894	116 297

#### Not 5 Anställda och personalkostnader

<i>Medelantalet anställda</i>	2023	2022
Män	227	224
Kvinnor	1 101	1 073
	1 328	1 297

OBS! Jämförelsesiffran för 2022 har korrigerats med korrekta uppgifter gällande medelantalet anställda.

<i>Löner och andra ersättningar</i>	2023	2022
Styrelse och verkställande direktör	2 476	2 552
Övriga anställda	729 402	710 722
	731 878	713 273

Tantien till styrelse och verkställande direktör ingår med 0 0

<i>Pensions- och övriga sociala kostnader</i>	2023	2022
Pensionskostnader för styrelse och verkställande direktör	5 226	3 613
Pensionskostnader för övriga anställda	257 471	130 506
Övriga sociala kostnader enligt lag och avtal	230 638	231 320
Övriga personalkostnader	22 449	18 237
	515 784	383 676

	2023-12-31	2022-12-31
<i>Utestående pensionsförpliktelser</i>		
till styrelse och verkställande direktör	7 542	7 803

#### Könsfördelning bland ledande befattningshavare

Andel män i styrelsen	40%	60%
Andel kvinnor i styrelsen	60%	40%
Andel män bland övriga ledande befattningshavare	16%	26%
Andel kvinnor bland övriga ledande befattningshavare	84%	74%

Med verkställande direktören har avtal träffats om avgångsvederlag uppgående till 12 månadslöner. Avtalet avser endast uppsägning från företagets sida.

Södertälje Sjukhus AB  
556775-9922

Not 6 Inköp och försäljning mellan koncernföretag		
	2023	2022
Andel av årets totala inköp som skett från andra företag inom koncernen	57%	47%
Andel av årets totala försäljning som skett till andra företag inom koncernen	92%	89%
Not 7 Övriga ränteintäkter och liknande intäkter		
	2023	2022
Övriga ränteintäkter	23 792	151
	23 792	151
Not 8 Räntekostnader och liknande resultatposter		
	2023	2022
Övriga räntekostnader	-17 195	-16 309
Räntedel pensionsskuld	-70 717	0
	-87 912	-16 309
Not 9 Bokslutsdispositioner		
	2023	2022
Lämnade koncernbidrag	0	0
Mottagna koncernbidrag	28 409	22 848
	28 409	22 848
Not 10 Skatt på årets resultat		
	2023	2022
Aktuell skatt	0	0
Uppskjuten skatt	0	0
Övriga skatter	0	0
Redovisad skatt	0	0
Avstämning av effektiv skattesats		
Redovisat resultat före skatt	-15 430	-1 442
Skatt på redovisat resultat enligt gällande skattesats (20,6%):	3 179	297
Skatteeffekt av:		
Skattemässiga underskottsavdrag	0	0
Övriga ej avdragsgilla kostnader	-3 179	-297
Ej skattepliktiga intäkter	0	0
Redovisad skattekostnad	0	0
Årets effektiva skattekostnad	0,0%	0,0%

Nominell skattesats för svenska aktiebolag utgör 20,6% för år 2023 (20,6% för år 2022).

*Upplysningar om uppskjuten skattefordran och skatteskuld*

Bolaget har ett skattemässigt underskottsavdrag och behöver därför göra en bedömning av eventuell skattefordran. Bedömning har gjorts utifrån det faktum att koncernen tidigare år inte har betalat någon inkomstskatt. Anledningen är att koncernen, enligt gällande skatteregler, kan besluta om koncernbidrag. Bedömningen är att bolaget under de närmaste åren inte kommer att betala någon inkomstskatt, vilket medför att någon uppskjuten skattefordran på skattemässigt underskottsavdrag inte redovisas.

Not 11 Maskiner och andra tekniska anläggningar		
	2023-12-31	2022-12-31
Ingående anskaffningsvärden	450 628	446 460
Årets anskaffningar	27 712	26 155
Försäljningar/utrangeringar	-1 469	-21 987
Omklassificeringar	0	0
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	476 871	450 628
Ingående avskrivningar	-298 279	-266 272
Försäljningar/utrangeringar	1 415	17 583
Omklassificeringar	0	0
Årets avskrivningar	-45 774	-49 590
Utgående ackumulerade avskrivningar	-342 638	-298 279
Utgående redovisat värde	134 233	152 349

Södertälje Sjukhus AB  
556775-9922

Not 12 Inventarier, verktyg och installationer		
	2023-12-31	2022-12-31
Ingående anskaffningsvärden	166 931	143 287
Årets anskaffningar	8 831	24 126
Försäljningar/utrangeringar	-1 678	-482
Omklassificeringar	0	0
Utgående ackumulerade anskaffningsvärden	174 084	166 931
Ingående avskrivningar	-88 136	-78 874
Försäljningar/utrangeringar	1 323	265
Omklassificeringar	0	0
Årets avskrivningar	-11 695	-9 527
Utgående ackumulerade avskrivningar	-98 508	-88 136
Utgående redovisat värde	75 576	78 795
Not 13 Pågående nyanläggningar och förskott avseende materiella anläggningstillgångar		
	2023-12-31	2022-12-31
Ingående anskaffningsvärden	0	2 094
Under året nedlagda kostnader	4 962	1 340
Under året genomförda omklassificeringar	-2 980	-3 434
Utgående redovisat värde	1 982	0
Not 14 Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter		
	2023-12-31	2022-12-31
Upplupna intäkter	4 164	4 662
Övriga förutbetalda kostnader	3 752	3 595
	7 916	8 257
Not 15 Kassa och bank		
	2023-12-31	2022-12-31
Kassamedel	93	103
Disponibla banktillgodohavanden klassas som fordran koncern från 2023	0	592 913
	93	593 016
Not 16 Antal aktier och aktiernas kvotvärde		
	2023-12-31	2022-12-31
Antal aktier	15 000	15 000
Kvotvärde	1 000	1 000
Not 17 Disposition av vinst och förlust		
	2023-12-31	2022-12-31
Styrelsen föreslår att till förfogande stående medel (kronor)		
Överkursfond	0	0
Balanserat resultat	95 779 229	97 220 871
Årets resultat	-15 429 648	-1 441 642
	80 349 581	95 779 229
disponeras så att		
i ny räkning överföres	80 349 581	95 779 229
	80 349 581	95 779 229
Not 18 Avsättningar		
	2023-12-31	2022-12-31
<i>Pensioner och liknande förpliktelser</i>		
Belopp vid årets ingång	719 004	644 851
Årets avsättningar	200 927	74 153
Summa avsättningar	919 931	719 004
Södertälje sjukhus AB erhåller tryggnad av pensionsåtagande genom borgensutfästelse från Region Stockholm.		
Not 19 Långfristiga skulder		
	2023-12-31	2022-12-31
Förfaller senare än 5 år efter balansdagen		
Övriga skulder	4 835	6 397
Summa långfristiga skulder	4 835	6 397

2024061751448

Södertälje Sjukhus AB  
556775-9922

Not 20	Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter	2023-12-31	2022-12-31
	Upplupna löner	24 670	22 830
	Upplupna semesterlöner	42 134	44 365
	Upplupna sociala avgifter	49 034	47 977
	Övriga upplupna kostnader	2 744	15 689
	Övriga upplupna kostnader koncerninternt	6 724	
	Övriga förutbetalda intäkter	88	0
		125 394	130 861

**Not 21 Offentliga bidrag**

Offentliga bidrag har redovisats som intäkt i de fall villkoren och kraven för att få bidraget har uppfyllts. Bidrag som motsvarar framtida prestationer har redovisats som förutbetald intäkt.

Bidrag som erhålls för anskaffning av anläggningstillgångar redovisas som en förutbetald intäkt.

Följande offentliga bidrag har mottagits:

Bidrag kopplade till covid-19	0 tkr
Bidrag kopplade till omställningsstöd	1 354 tkr

**Not 22 Upplysning om vissa transaktioner med närstående**

Förelaget har under räkenskapsåret inte genomfört några transaktioner med sådana närstående parter som anges i Årsredovisningslagen 5 kap. 12 a § på annat än marknadsmässiga villkor.

**Not 23 Väsentliga händelser efter räkenskapsårets slut**

Inga väsentliga händelser har inträffat efter räkenskapsårets slut.

2024061731449

Södertälje Sjukhus AB  
556775-9922

---

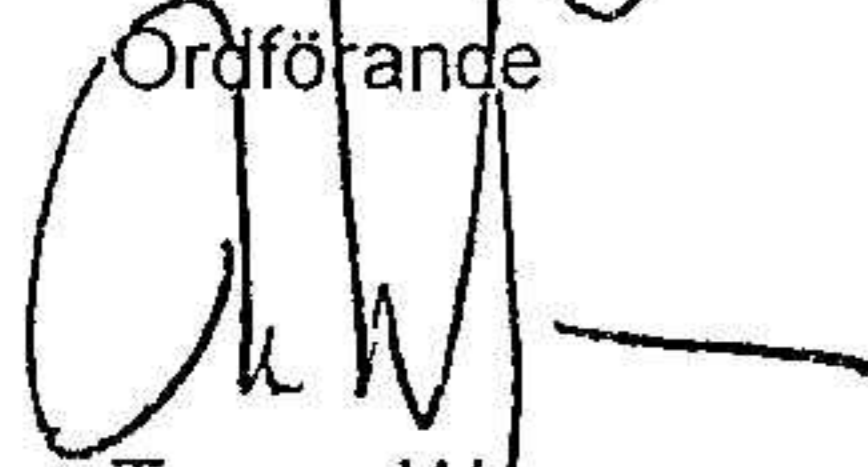
**Underskrifter**

Stockholm 2024-02-14

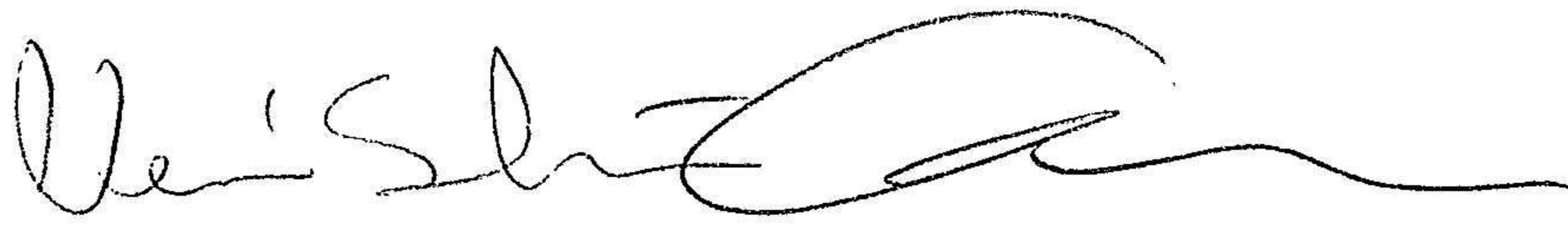
Peter Graf  
Ordförande



Tomas Werngren  
Styrelseledamot



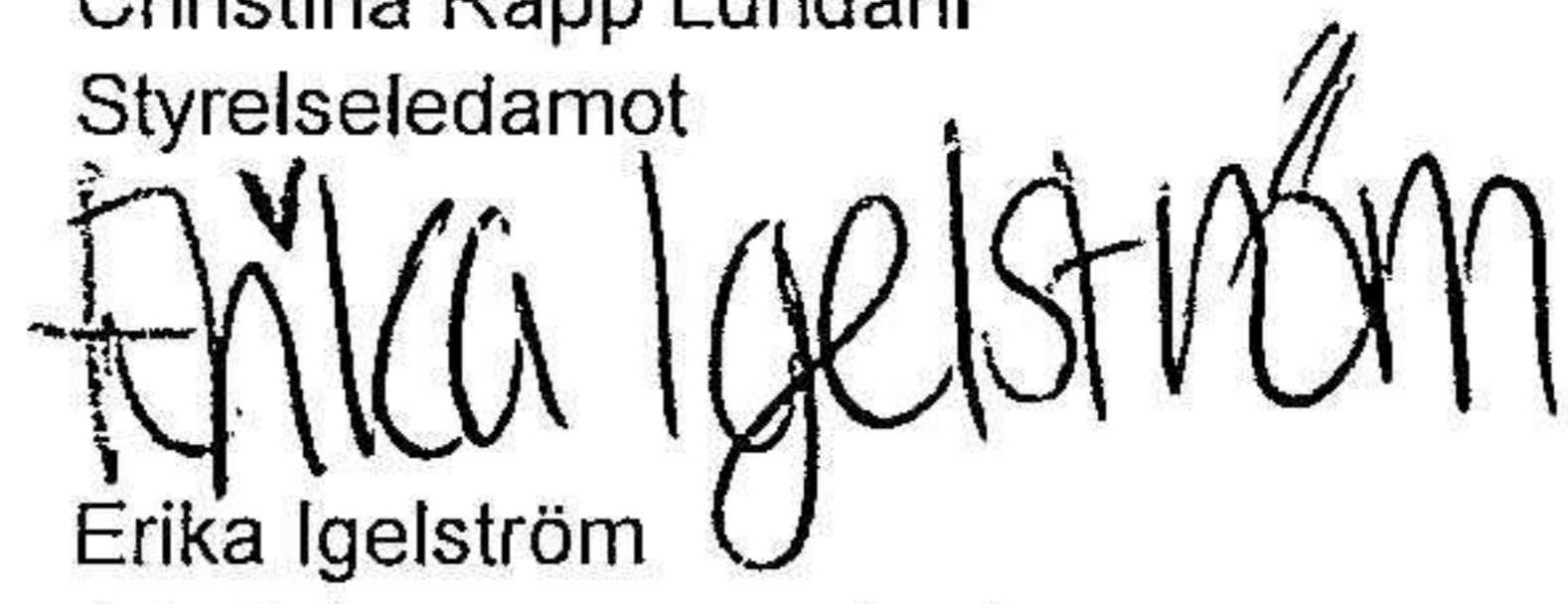
Veronika Sundström  
Styrelseledamot



Paul Lundgren  
Arbetsagarrepresentant



Christina Rapp Lundahl  
Styrelseledamot



Erika Igelström  
Arbetsagarrepresentant

Stelke Helin  
Arbetsagarrepresentant

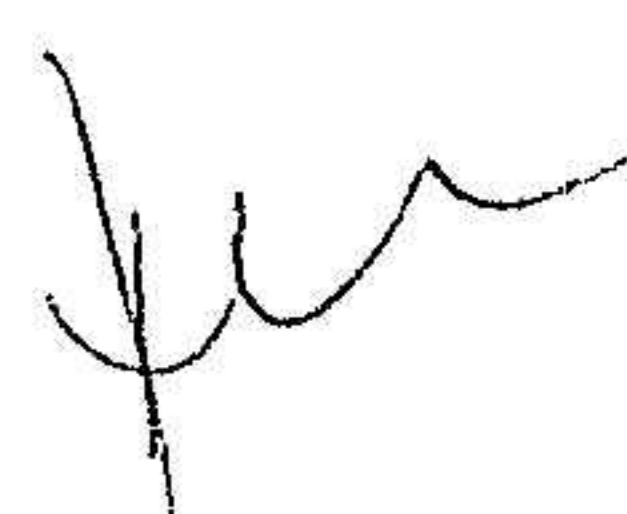


Anna Gerber Ekblom  
Verkställande direktör

Vår revisionsberättelse har lämnats 2024-04-09

Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB

Maria Wigenfeldt  
Maria Wigenfeldt  
Auktoriserad revisor



2024061731450

# Hållbarhetsrapport 2023

Södertälje Sjukhus AB

Jag intygar att denna kopia överensstämmer med originalet  


## Innehållsförteckning

1.	Styrning .....	3
1.1	Bolagets verksamhet och styrning.....	3
1.2	Bolagets interna kontroll och riskarbete .....	5
2.	Hållbarhetsrapportering för respektive område .....	6
2.1	Miljö.....	6
2.1.1	Risker kopplade till miljö .....	6
2.1.2	Styrande dokument och mål för miljö.....	7
2.2	Social hållbarhet .....	8
2.2.1	Risker kopplade till social hållbarhet .....	9
2.2.2	Styrande dokument och mål för social hållbarhet .....	9
2.3	Personal .....	11
2.3.1	Styrande dokument och mål för personal .....	12
2.3.2	Risker kopplade till personal.....	12
2.4	Motverkande av korruption.....	14

## 1. Styrning

### 1.1 Bolagets verksamhet och styrning

Södertälje Sjukhus AB är ett helägt dotterbolag till Landstingshuset i Stockholm AB (LISAB), vilket är ett av Region Stockholms helägda bolag. Sjukhuset startade sin verksamhet 1 april 2009.

Enligt fullmäktiges ägardirektiv ska sjukhuset vara ett av Region Stockholms akutsjukhus med ansvar för akut och planerad somatisk specialistvård. Förlossningsverksamhet ska finnas vid sjukhuset. Verksamheten ska omfatta den vård och de tjänster som i avtal överenskommit med Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), ägaren eller andra uppdragsgivare.

Inför 2020 skrevs ett nytt vårdavtal, benämnt Sjukhusavtalet, med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) avseende akutsomatik, geriatrik, barn- och ungdomsmottagning samt närakut. Enligt avtalet har sjukhuset uppdraget att vara både akutsjukhus och närsjukhus och ska tillhandahålla basal specialistvård dygnet runt, året runt inom internmedicin, kirurgi, ortopedi, urologi, anestesi, gynekologi inklusive förlossning samt geriatrik inklusive avancerad hemsjukvård och palliativ vård. På sjukhuset finns även röntgenverksamhet och ett av två Diagnostiskt Centrum inom regionen. Nytt sjukhusavtal finns för 2024 och framåt.

Region Stockholms vision ”En attraktiv, hållbar och växande Stockholmsregion med frihet för invånarna att själva forma sina liv och fatta avgörande beslut”, har varit vägledande för verksamheten.

Med orden ”Södertälje sjukhus - Ditt sjukhus genom livet” ska sjukhuset vara det självklara valet för invånarna i kommunerna Södertälje, Nykvarn, Salem och Botkyrka.

Sjukhuset ska genom god tillgänglighet och kvalitet vara ett attraktivt alternativ även för andra patienter inom och utom regionen. Ambitionen är att på sikt ytterligare öka patientinflödet från Sörmland för att skapa ett större patientunderlag vilket sjukhuset är beroende av för att säkra kompetensförsörjningen.

Sjukhuset är organisatoriskt indelat i 9 verksamhetsområden och är uppbyggt enligt en matris. Tre verksamhetsområden/processområden har ansvar för patientflöden och uppdrag och sex verksamhetsområden/resursområden tillhandahåller resurser i form av personal och vårdplattformar nödvändiga för vårdens utförande. Som stöd till verksamheterna finns gemensam administration som även ansvarar för rapportering till styrelse och regionledning.

Sjukhuset leds av en styrelse utsedd av regionfullmäktige. Styrelsen består av fyra stämموvalda ledamöter samt arbetstagarrepresentanter, därtill adjungeras sjukvårdsdirektören till varje möte. Vid samtliga styrelsemöten deltar verkställande direktör

samt ekonomidirektör och VD-assistent/kanslichef. Andra funktioner från sjukhuset adjungeras vid behov. Styrelsen sammanträder 8-10 gånger per år samt vid specifika tillfällen föranledda av aktuella ärenden. Styrelseordförande har veckovis avstämning med verkställande direktör och samverkan sker kontinuerligt med Södersjukhuset och Danderyds sjukhus. Styrelsen är också ansvarig för sjukhusets hållbarhetsrapport.

Sjukhusledningen verkställer de av regionfullmäktige, regionstyrelsen, LISAB och sjukhusstyrelsen, fattade beslut. Skriftliga månadsrapporter levereras enligt vedertagna rutiner avseende verksamhetsresultat och ekonomiskt utfall till regionledningskontoret via IT-systemet "Stödet" samt till styrelsen. Uppnådda resultat samt prognoser återrapporteras månatligen till styrelsen.

Merparten av alla till vd rapporterade chefer, är representerade i sjukhusets ledningsgrupp som träffas varje vecka. Till ledningsgruppen finns en vårdberedning (tidigare operativ utskott) som har uppdraget att hantera de operativa frågorna kopplade till vården, såsom överbeläggningar, utlokaliseringar, patientflöden etc. Sjukhusets ledningsgrupp ska främst fokusera på sjukhusövergripande långsiktigt strategiska frågor, såsom långsiktigt hållbar ekonomi, hantera de uppdrag som sjukhuset ålagts från fullmäktige samt styra mot de mål som sjukhuset ska uppnå.

Utöver sjukhusledningens möten träffar verkställande direktör stabsberedningen (tidigare stabschefsgruppen) regelbundet för att hantera operativa frågeställningar som inte är direkt kopplade till vården samt planera kommande möten i bland annat ledningsgruppen.

Bolagets interna styrning följer Region Stockholms modell för integrerad ledning och styrning som har fastställts av regionfullmäktige i november 2023.

Utifrån de mål och indikatorer samt uppdrag som fullmäktige ålägger sjukhuset upprättas en verksamhetsplan där samtliga indikatorer med angivna målnivåer ingår. Hänsyn tas även till de krav som åläggs sjukhuset utifrån de avtal som har tecknats med HSF. Samtliga mål och indikatorer bryts ner till respektive verksamhet, för en tydlig och länkad styrning internt. Under året följs alla parametrar upp vid månatliga möten mellan vd och respektive verksamhetschef där även ekonomidirektör, HR-direktör, chefläkare samt controller deltar. Stor uppmärksamhet ligger på att mäta måluppfyllelsen för samtliga indikatorer, inklusive kostnadsreducerande åtgärder.

Verksamhetsledningen inom respektive område deskalerar och eskalerar frågor via månadsuppföljningsmöten och möten i sjukhusledningen.

Kärnan i verksamheten är den värdegrund som vuxit fram under åren "patienten först", "engagemang för helheten", "varje medarbetare gör skillnad" och "kvalitet". Målet är att värdegrunden alltid ska beaktas vid hantering av olika verksamhetskritiska förändringsfrågor. Sjukhusets väl inarbetade värdegrund är synkroniserad med de av Region Stockholm beslutade värdeorden.

Vad gäller styrningen av bolagets hållbarhetsarbete beslutar regionfullmäktige om styrande dokument samt mål för verksamheten. Utfall följs upp genom indikatorer i samband med

årsrapportering och för vissa indikatorer också i samband med delårsrapportering. Mål beslutade i fullmäktiges budget är överordnade andra mål.

I sjukhusets verksamhetsplan inkluderas från och med 2022 sjukhusets egen verksamhetsstrategi även kallad Agenda 2027. Agendan utgår från fyra av de totalt sjutton globala målen för en hållbar utveckling. Agendan är omfattande och berör allt från personcentrerad vård där sjukhuset strävar efter hög delaktighet, trygghet och egenansvar till minskad ojämlikhet i bemötande och ökad tillgänglighet till vård samt mål och aktiviteter inom hållbar konsumtion och produktion.

## **1.2 Bolagets interna kontroll och riskarbete**

Arbetet med att utveckla och förbättra internkontrollen sker kontinuerligt på sjukhuset. I internkontrollplanen framgår hur sjukhuset har identifierat och analyserat riskerna med att inte uppnå målen från fullmäktige under 2023 samt gjort en plan för hantering och uppföljning av riskerna.

Inför årsbokslutet har en uppdatering av riskanalysen gjorts för innevarande år, där varje parameter bedömdes utifrån sannolikhet och konsekvens enligt en standardiserad skala 1-5. En genomgång har gjorts med respektive risksamordnare och kontrollansvarig för att stämma av hur arbetet har bedrivits. De flesta kontrollmoment har kunnat genomföras såsom planerat.

Inga förändringar har gjorts i sjukhusets styr- och kontrollmiljö och inga avsteg har skett från Riktlinje för intern kontroll (RS 2019–0866).

## 2. Hållbarhetsrapportering för respektive område

### 2.1 Miljö

#### 2.1.1 Risker kopplade till miljö

De aktiviteter som har eller kan ha inverkan på miljön är identifierade och analyserade. Varje identifierad aktivitet har sedan risk- och möjlighetsbedömts för att försäkra om att miljöarbetet får avsett resultat. Analysen ligger till grund för prioritering av sjukhusets miljöarbete, vilka aktiviteter som behöver styras eller åtgärdas samt insatser som behövs för att hindra eller mildra effekten av en eventuell olycka.

I den genomförda risk- och möjlighetsbedömningen framkommer att det finns risk för läckage av kemiska ämnen vid användning av varor och produkter som kan medföra både hälso- och miljöeffekter. Det ska dock nämnas att det är en svår aspekt att bedöma då man egentligen inte vet vilka effekter det medför. Därför får aspekten den högsta riskklassningen. Sjukhuset fortsätter och utvecklar det goda arbetet med att ställa miljökrav vid upphandlingar. Kemiska ämnen som ska undvikas finns listade i en för Region Stockholm gemensam förteckning. En annan aspekt som också är svår att bedöma och därmed får den högsta riskklassningen är att om vårdkedjorna är ineffektiva så resulterar det i ökat resursslöseri vad gäller bland annat produkter, energi, livsmedel, vatten och läkemedel. Att effektivisera och kvalitetssäkra vårdkedjan utan att riskera patientsäkerheten är ett ständigt pågående arbete, inte enbart inom miljö för minskat resursslöseri, utan generellt sett på en sjukhusövergripande nivå.

Några av de betydande riskerna som analysen indikerar på och som kan leda till ökad miljöpåverkan nämns punktvis nedan.

- Ekologiska alternativ beaktas inte vid inköp av livsmedel.
- Läkemedel hamnar i avloppet eller i verksamhetsavfallet.
- Utsläpp och läckage till luft av medicinska gaser.
- Ouppnådda miljömål, vilket inte leder till förbättrad miljöprestanda och certifikatet riskeras.
- Oengagerad ledning, vilket inte leder till ständiga förbättringar och certifikatet riskeras.
- Ökad befolkningstillväxt innebär krav om ökade resurser.
- Brist på resurser för miljöarbetet leder inte till ständiga förbättringar och certifikatet riskeras.
- Återvinningsbart material sorteras inte alternativt felsorteras.
- Matavfallet sorteras inte ut och går till förbränning istället.
- Utsläpp av koldioxid på grund av bristande logistik och fordon som drivs med fossila bränslen.
- Personalens resor i tjänsten.
- Minskat antal miljöutbildade vilket minskar engagemanget för verksamhetens miljöarbete.

Alla dessa risker hanteras inom ramen för sjukhusets miljöledningssystem utifrån krav i ISO 14001:2015.

### **2.1.2 Styrande dokument och mål för miljö**

Sjukhuset arbetar med ständig förbättring när det gäller styrning och organisation av miljöarbetet och är miljöcertifierat enligt ISO 14001. Miljöledningssystemet är av tillämpliga delar integrerat i ordinarie verksamhetsstyrning exempelvis inom upphandling, beslutsfattande, utbildning, målstyrning, kommunikation, avvikelshantering med flera.

Det finns en stor mängd externa och interna krav som är styrande för miljöarbetet. Exempel på dessa är följande:

- Budget 2023 för Region Stockholm, RS 2022–0123
- Hållbarhetspolicy, RS 2019–0857
- Hållbarhetsstrategi, RS 2020–0779
- Riktlinjer för hållbarhet, RS 2021–0714
- Utfasningslista för miljö- och hälsoskadliga kemikalier i kemiska produkter (LS 2015–1281)
- Policy för inköp, LS 2017–1197 (rev 2019-06-18)
- Riktlinjer för inköp, LS 2018–0667
- Uppförandekod för leverantörer, RS 2023–0570
- Södertälje Sjukhus verksamhetsstrategi, Agenda 2027
- ISO 14001:2015
- Tillsynsmyndighetens, Södertälje Kommuns, miljövillkor enligt miljöbalken.
- HSF ersättningsgrundande miljöindikatorer i avtal
- Miljöpolicy för Södertälje sjukhus
- Mål och handlingsplan, sjukhusets miljömål

Sjukhusets lokala miljömål är framtagna med beaktande av bland annat Region Stockholms Hållbarhetsstrategi och budgetindikatorer. Sjukhuset arbetade under året med mål inom målområdena begränsad klimatpåverkan, minskade utsläpp från användningen av läkemedel, stärkt biologisk mångfald samt cirkulära produkt- och materialflöden. Mål och utfall redovisas nedan per målområde.

### **Begränsad klimatpåverkan**

*Mål: Minska det konsumtionsbaserade koldioxidutsläppet.*

Fem områden har identifierats för att minska sjukhusets konsumtionsbaserade klimatpåverkan. Arbetet har genomförts för att byta ut kanylburkar i fossil plast till kanylburkar baserade på förnybart restavfall (sågspån) från svenska skogar och returplast/bioplast. Andelen har ökat stort från föregående år. Kanylburkar i storlek 2 liter och 3 liter har ökat i andel från 3 % 2022 till 56 % 2023.

Användning av förkläden i ett cirkulärt flöde har genomförts under året på BB-Förlossning. fortsatt arbete med minskat textilsvinn har genomförts.

Sjukhuset planerar att under 2024 arbeta med att minska överanvändningen av undersökningshandskar och arbetet har startats under året med en informationskampanj kring rätt användning.

Sorteringsguiden för att underlätta återvinning av framför allt plast togs fram till 2023 och arbetet med denna fortsätter under 2024.

### **Minskade utsläpp från användning av läkemedel**

*Mål: Minska kassation av läkemedel*

Sjukhuset arbetar systematiskt med att minska kassationen av läkemedel. Genom läkemedelsautomater och ett arbetssätt ska kassationen minska. Läkemedelsenheten sjukhuset ansvarar att fylla på förråd, läkemedelsautomater och bevaka utgångsdatum för enskilda läkemedel. Mätningar genomförs årligen och under 2024 kommer arbetet att utvärderas och resultat redovisas.

### **Främja den biologiska mångfalden**

*Mål: Andelen ekologiska livsmedel i sjukhusets serverade patientmåltider ska uppgå till minst 35 % i kg.*

Andel ekologiska livsmedel till patientmåltiderna under 2023 hamnade på 53 %. Sjukhuset har en ny kostleverantörslösning sedan 2021. Andelen ekologiskt är beräknad utifrån inkösuppgifter från leverantörer.

*Mål: Matsvinn från patientkost ska ha minskat med minst 45 % jämfört med 2017.*

Målet nåddes inte för året, minskningen uppgick till 36 % vilket ändå är ett positivt resultat.

### **Cirkulära produkt- och materialflöden**

*Mål: Minska miljöpåverkan från material- och produktanvändningen samt stärka cirkulära flöden.*

Flera aktiviteter har genomförts under året. Arbete med cirkulära plastförkläden har genomförts på BB-förlossning och inköp av kanylburkar (som är bättre ur miljösynpunkt) har ökat under året.

## **2.2 Social hållbarhet**

Begreppet social hållbarhet motsvarar i Region Stockholm begreppen sociala förhållanden och respekt för mänskliga rättigheter enligt ÅRL.

Sjukhuset arbetar aktivt i de löpande vårdkontaktarna med att ta ansvar för att regiondelens

invånare behandlas likvärdigt och individuellt, att ingen diskrimineras på grund av kön, sexuell läggning, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, ålder, funktionsnedsättning eller andra individuella egenskaper och att resurserna fördelas på ett rättvist och jämställt sätt. Därtill har kränkningar av mänskliga rättigheter, arbetares rättigheter och korruption motverkats genom tillämpning av regionens uppförandekod för leverantörer. Under 2023 arbetade sjukhuset fram en gemensam beteendekod som bygger på sjukhusets värdegrund och som gäller alla medarbetare oavsett ställning i organisationen, anställningsform eller yrkeskategori.

### **2.2.1 Risker kopplade till social hållbarhet**

Det finns risk att frågor kopplade till social hållbarhet inte inkluderas tidigt i processer, beslut och projekt. Arbetet med att systematiskt planera, genomföra och följa upp mål och aktiviteter inom området social hållbarhet har dock förbättrats under året. Det systematiska arbetet ingår i många av sjukhusets befintliga beslutsprocesser och sedan ett år tillbaka finns en beslutsmall som inkluderar dokumentation av överväganden avseende bland annat hållbarhetsfrågor vid beslut. En sammanhållande funktion för hållbarhetsfrågor har inrättats för att säkerställa ett systematiskt arbete och för att minska risken för att social hållbarhet inte beaktas i processer, beslut och projekt.

Många produkter som levereras till Region Stockholm framställs i länder där risker för att mänskliga rättigheter och arbetares rättigheter åsidosätts är hög. Risker finns även kring tjänster och varor som tillhandahålls eller produceras i vårt närområde.

### **2.2.2 Styrande dokument och mål för social hållbarhet**

Följande koncerngemensamma styrande dokument berör social hållbarhet:

- Budget 2023 för Region Stockholm, RS 2022–0123
- Hållbarhetspolicy, RS 2019–0857
- Hållbarhetsstrategi, RS 2020–0779
- Riktlinjer för hållbarhet, RS 2021–0714
- Policy för inköp, LS 2017–1197 (rev. 2019-06-18)
- Riktlinjer för inköp, LS 2018–0667
- Uppförandekod för leverantörer, RS 2023–0570
- Policy för delaktighet för personer med funktionsnedsättning, 2016–0469
- Jämställdhetspolicy, LS 0501–0052
- Folkhälsopolicy – God hälsa och minskade hälsoklyftor i befolkningen RS 2020–0535
- Åtgärdsplan avseende nationella minoriteter och rätten att använda minoritetsspråk, LS 1003–0199
- Vägledning för att stärka barn och ungas rättigheter, RS 2020–0350
- Riktlinjer mot kränkande särbehandling, diskriminering, trakasserier och sexuella trakasserier, RS 2019–0446

- Södertälje sjukhus verksamhetsstrategi - Agenda 2027

Sjukhuset arbetar för att uppnå mål och indikatorer beslutade av Region Stockholm. Mål, indikatorer och utfall redovisas nedan.

### **Region Stockholm är tillgänglig för alla och bemötandet likvärdigt**

#### ***Sjukhuset har utifrån sitt uppdrag genomfört aktiviteter avseende social hållbarhet inklusive folkhälsa***

Effekter av aktiviteter kan följas upp och utläsas i medarbetar- och patientenkäter. Avvikelse i vården ska rapporteras i avvikelserapporteringssystemet "Händelsevis". Många synpunkter och klagomål hanteras via Patientnämnden som följer upp och rapporterar alla ärenden systematiskt. Klagomålsärenden direkt till sjukhuset följs också upp och redovisas årligen. Sjukhuset har även ett beslutsstöd kallat QlikView. I denna databas finns bland annat grunddata från systemen TakeCare, Sectra, Orbit och Heroma. Databasen stödjer uttag uppdelat på kön. Andra tydliga resultat kan hämtas från kvalitetsuppföljningar/kvalitetsregister etc. som redovisas uppdelat på kön, ålder mm.

Södertälje sjukhus verkar i en multikulturell miljö som domineras av en stor syriansk befolkning, periodvis hög andel flyktingmottagning samt många medarbetare med invandrarbakgrund. Därmed finns en stor kunskap kring integrationsproblematik. Dessa ibland mycket svåra jämställdhet och jämlikhetsfrågor diskuteras ofta och frågorna finns som en naturlig del av sjukhusets egna "kultur". I patientmöten används tolkar regelbundet och patientinformation och annat material översätts till olika språk. Dessutom görs särskilda satsningar för att bättre möta olika minoriteter och nyanlända i samhället.

Som nämnts tidigare i denna hållbarhetsrapport har sjukhuset under året arbetat aktivt med social hållbarhet inom sjukhusets ledningsgrupp och 2021 togs en verksamhetsstrategi kallad Agenda 2027 fram som beslutades av styrelsen 2022. Det finns även mål framtagna kopplade till Agenda 2027 samt en i stort sett färdig plan för aktiviteter att genomföra fram till 2027.

Sjukhusets ledningsgrupp har i samarbete med enheten på hälsoutveckling i Region Skåne fått kunskap inom hälsans bestämningfaktorer, folkhälsa och de hälsoutmaningar som föreligger i sjukhusets betjäningssområde. Utbildning har genomförts för personal i bemötande.

Bland annat har sjukhuset under året fortsatt arbeta för ökad digitalisering och innovationsförmåga för att stödja utvecklingen av nya vårdformer, arbetsprocesser och en hållbar regional utveckling. I linje med detta har ett innovationsfundsprojekt bedrivits där sjukhuset tillsammans med en extern leverantör utvecklat ett Virtual Reality (VR) scenario för att, i en trygg och säker virtuell miljö, kunna träna på bemötande i en hotfull situation.

#### ***Andelen genomförda sociala konsekvensanalyser och/eller folkhälsokonsekvensanalyser***

Sjukhuset fastställde riktlinjen för konsekvensanalys inom folkhälsa och social hållbarhet under början av 2023. En folkhälsokonsekvensanalys genomfördes i samband med framtagandet av sjukhusets verksamhetsstrategi Agenda 2027 under slutet av 2022.

### Uppförandekod för leverantörer

Uppförandekod för Region Stockholm, LS 2017–1198, är framtagen av Regionen Stockholm i samarbete mellan alla Sveriges regioner för att motverka kränkningar av mänskliga rättigheter, arbetares rättigheter, negativ miljöpåverkan och korruption i leverantörskedjan när upphandlingar görs. Ska-kravet i våra upphandlingar är att Leverantören ska följa Uppförandekoden. Varor och tjänster som levereras till sjukhuset ska vara framställda under förhållanden som är förenliga med villkoren som anges i ”Uppförandekoden. Regionen deltar även i den nationella samverkan för hållbar upphandling och sjukhuset får ta del av det arbetet på olika sätt.

Sjukhuset avropar dock till största del från centralt samordnade avtal och gör endast ett fåtal egna upphandlingar per år. Riskbedömning, kravställning samt leverantörsuppföljning kopplat till uppförandekoden görs därmed mestadels centralt inom regionen för de varor och tjänster som används på sjukhuset.

## 2.3 Personal

Fördelningen av arbetsmiljöansvaret och dess tillhörande uppgifter utgår från sjukhusets beslutsbestämmelser. Verkställande direktören har det yttersta ansvaret. Arbetsuppgifter inom arbetsmiljöområdet delegeras till den eller de personer som i praktiken har möjlighet att överblicka verksamheten organisatoriskt och ekonomiskt. Den som fördelar arbetsmiljöuppgifter ska förvissa sig om att mottagarna har tillräcklig kompetens, befogenhet och resurser för att lösa arbetsuppgiften. Den som tar emot arbetsmiljöuppgifter ska ha befogenhet att företräda arbetsgivaren samt ha relevant kompetens för uppgifterna.

Alla de initiativ som har tagits och aktiviteter som genomförts, med och för medarbetare på Södertälje sjukhus, har haft syftet att på något sätt stärka Södertälje sjukhus och bli en än mer attraktiv arbetsgivare. En attraktiv arbetsgivare har i sin tur större möjligheter att genomföra god vård.

Ett sätt att följa hur sjukhuset har lyckats med att vara en attraktiv arbetsgivare är att följa statistik, bland annat personalomsättning samt lång och kort sjukfrånvaro. Detta görs kontinuerligt, både övergripande och på verksamhetsnivå. Kontinuerliga möten och uppföljningar där ansvariga medverkar resulterar i specifika handlingsplaner där det behövs. Personalomsättningen 2023 (jmf 2022) är i princip oförändrad och sjukfrånvaron har minskat betydligt.

Ett intensifierat samarbete mellan Södertälje sjukhus, Södersjukhuset och Danderyds sjukhus har påbörjats på flertalet områden. Bland annat kommer Södertälje sjukhus och

Södersjukhuset att dela på tjänster och kompetens vad gäller hållbarhet samt arbetsmiljöfrågor 2024. Detta ger synergier och utvecklar både organisationen och arbetssätt.

På uppdrag av Region Stockholm pågår sedan början av 2023 ett gemensamt arbete för att minska beroendet av inhyrd personal inom hälso- och sjukvården. Minskningen har skett stegvis med hänsyn till både patienter och sjukhusets egna medarbetare. Södertälje har arbetat hårt med att begränsa inhyrningen och resultatet har gett en drastisk neddragning av inhyrd personal. Sjukhuset har dock inte fullt nått uppsatt mål, men kommer att fortsätta på den ingångna vägen.

### **2.3.1 Styrande dokument och mål för personal**

Följande koncerngemensamma styrande dokument berör personal:

- Uppförandekod för Region Stockholm, LS 2017–1198
- Budget 2023 för Region Stockholm, RS 2022–0123
- Medarbetarpolicy, RS 2019–1060
- Riktlinjer för möten och resor, RS 2020–0123
- Riktlinjer mot kränkande särbehandling, diskriminering, trakasserier och sexuella trakasserier, RS 2019–0446
- Samverkansavtal om arbetsmiljö och medbestämmande, LS 0300–0088
- Riktlinje för hedersbelöning, RS 2020–0339

### **2.3.2 Risker kopplade till personal**

Ett av de större initiativen för att långsiktigt stärka kompetensförsörjningen, specifikt sjuksköterskor som är en bristkompetens, är att vara med i en stor europeisk studie, Magnet4Europe. De verktyg som studien lyfter fram handlar till stor del om kompetensutvecklingsinitiativ och ska öka möjligheten att rekrytera, behålla och utveckla sjuksköterskor. Södertälje sjukhus är ett av fyra svenska sjukhus som deltar i projektet vars syfte bland annat är att förbättra mental hälsa och välbefinnande bland medarbetare i vården. Under 2023 har flera prioriterade aktiviteter genomförts bland annat uppstart av ny omvårdnadsorganisation samt erfarenhetsutbyten med amerikanskt Magnetsjukhus i Ohio, USA med mera. Sjukhusets deltagande har uppmärksammats medialt och det positiva intresse som finns kan förhoppningsvis bidra till sjukhusets attraktivitet samt en förbättrad rekryteringssituation.

Sjukhuset har under tid arbetet med kompetensstegar, och även detta arbete har intensifierats under 2023.

För att utveckla och förbättra organisation och arbetssätt har ett antal förändringar skett under året. Det har öppnats akutvårdplatser, AVA, Geriatrik och internmedicin har slagits

ihop till ett gemensamt verksamhetsområde. Det har även skapats en ny utvecklingsavdelning.

Södertälje sjukhus har sedan många år en väl etablerad säkerhetsavdelning, som arbetar aktivt med att öka säkerhet och trygghet på sjukhuset. I samarbete med bland annat den lokala polisen har föreläsningar anordnats för att öka medvetenhet om hot och våld hos medarbetare

Södertälje sjukhus har flertalet initiativ för att förstärka och utveckla ledarskapet. Bland annat har följande genomförts;

- Chefens roll och ansvar - introduktion för nya chefer
- Mentorprogram i samarbete med Södertälje kommun
- Iknow utbildningsfilmer
- Leda i komplexitet
- Ledarkonst
- Leadership Feedback
- Chefsstöd/handledning
- Föreläsningar – externa föreläsare

En analys av ledningsgruppsarbete har genomförts som en grund för kommande initiativ till ledningsgruppsutveckling 2024. Förutom de utbildningsinsatser som erbjuds alla chefer, så hjälper HR avdelningen linjechefer då de behöver stöd i specifika personalfrågor.

### **Uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet**

**Utveckling av det systematiska arbetsmiljöarbetet** är något som Södertälje sjukhus arbetar med kontinuerligt. Den största enskilda insatsen inom arbetsmiljö som har genomförts under 2023 är att följa upp sjukfrånvaro och rehabiliteringsinsatser i samarbete med företagshälsovården. Detta har varit startskottet för ett initiativ som även kommer att pågå under kommande år för att undvika sjukskrivningar i största möjliga mån.

Det har även införts en årlig skyddsron för systematiskt arbetsmiljöarbete som ska genomföras varje höst. Utöver detta finns som tidigare bland annat medarbetarenkäten som under 2023 var specifikt inriktad på frågor utifrån OSA, organisatorisk och social arbetsmiljö.

Det är i arbetet med skyddsroner och medarbetarenkät som även arbetet med att utveckla inkluderande arbetsplatser som är fria från diskriminering, kränkningar och trakasserier sker.

Sjukhuset har under året haft ett fortsatt högt akut patientinflöde vilket gjort arbetet inom bland annat sjukhusets akutmottagning/närakut särskilt utmanande. Under hösten 2023 påbörjades ett samarbete mellan arbetsgivare och fackliga representanter, med att genomföra en övergripande riskbedömning vad gäller överbeläggning på sjukhuset. Syftet är också att i samband med detta ta fram en ny mer pedagogisk mall för riskbedömningar, som ska kunna

användas för arbetsmiljö och andra områden vid riskbedömning. Arbetet kommer att slutföras 2024.

## **2.4 Motverkande av korrruption**

Begreppet korrruption kan brett definieras som att utnyttja sin ställning för att uppnå otillbörlig fördel för egen eller annans vinning. Begreppet inkluderar mer än givande och tagande av muta samt jävssituationer. Anställda och förtroendevalda ska inte låta sig påverkas av ovidkommande hänsyn eller intressen i sitt tjänsteutövande; se vidare i Region Stockholms Riktlinjer för antikorrruption och representation, RS 2020–0266.

### **2.4.1 Risker kopplade till motverkande av korrruption**

Det kan finnas ett antal varningstecken kring inköp och upphandling som då ska elimineras med goda rutiner och tydliga beslutsordningar. Inköpsenheten är därför noga med att inköp och upphandlingar ska hanteras via inköpssystemet Clockwork och andra gällande rutiner kring ansvar och flöden. På så sätt har man ett antal kontrollmoment i processen för anskaffning och beslut av produkter och tjänster.

Medarbetare på inköpsenheten har tydliga roller och uppgifter i sina befattningar och därmed hanteras verkställigheten av det praktiska inköpsarbetet med god kvalitet och gällande rutiner.

Ett fortsatt arbete kring förebyggandet av korrruption och jäv fortsätter löpande och är av stor vikt för att upprätthålla god ed inom området.

### **2.4.2 Styrande dokument och mål för motverkande av korrruption**

Följande koncerngemensamma styrande dokument berör korrruption:

- Uppförandekod för Region Stockholm, LS 2017–1198
- Riktlinjer för anti-korrruption och representation, RS 2020–0266
- Policy för inköp, Regionstyrelsen, LS 2018–0667 (Rev 2019-06-18)
- Riktlinjer för inköp, Regionstyrelsen, LS 2018–0667
- Uppförandekod för leverantörer, RS 2023–0570

Aktiviteter för att förhindra oegentligheter har under året har omfattat:

- Löpande avstämning och rutiner för att motverka jäv, enligt riktlinjen Kontroll av bisyssla.
- Sjukhuset rutin för förbindelse om att följa reglerna om sekretess och jäv i samband med upphandlingar sker med information vid uppstart av upphandlingsprojekten, i sin anställning har alla anställda en tystnadsplikt samt sekretess mot sin arbetsgivare gällande företagshemligheter, detta regleras i offentlighets- och sekretesslagen.

Med oegentligheter avses ett medvetet bedrägligt beteende som strider mot regionens eller styrelsens regelverk. Oegentligheter förekommer när någon utnyttjar sin ställning i verksamheten för att skaffa sig en otillbörlig fördel genom exempelvis tagande och givande av otillbörlig förmån (muta/bestickning), trolöshet mot huvudman eller otillåtna bisysslor. Med otillåtna bisysslor menas bisysslor som är förtroendeskadliga, konkurrerande eller arbetshindrande.

## **Södertälje Sjukhus AB**

### **Särskild bolagsredovisning**

År 2023

*Jag intygar att denna kopia överensstämmer med originalet*  
*Jennin*

## Innehållsförteckning

1	Styrelsen .....	3
1.1	Val av ledamöter, revisorer och arvodering .....	3
1.2	Styrelsesammansättning samt övriga befattningshavare .....	3
1.2.1	Styrelsens sammansättning .....	3
1.2.2	VD och övriga befattningshavare .....	4
1.2.3	Revisorer .....	4
1.3	Styrelsens arbete under kalenderåret .....	5
1.3.1	Arbetsordning och VD-instruktion .....	5
1.3.2	Styrelsens arbete .....	5
1.3.3	Frågor av särskild vikt .....	6
1.3.4	Utvärderingar .....	6
1.3.5	Intressekonflikter .....	6
2	Efterlevnad av styrande direktiv .....	7
2.1	Efterlevnad av det fastställda kommunala ändamålet.....	7
2.2	Efterlevnad av de kommunala befogenheterna .....	7
2.3	Efterlevnad av ägardirektiv .....	7
2.4	Efterlevnad av regionövergripande styrande dokument .....	7
3	Intern kontroll.....	9
3.1	Styr- och kontrollmiljö .....	9
3.2	Riskbedömning .....	9
3.3	Kontrollaktiviteter .....	10
3.4	Övervakning .....	11
3.5	Försäkran om intern kontroll.....	11
4	Regionrevisorernas samlade bedömning.....	12
5	Behandling av Särskild bolagsredovisning .....	13

## 1 Styrelsen

Bolaget är ett regionägt bolag. Bolagsstyrningen utgår från den svenska aktiebolagslagen, kommunallagen och tillämplig speciallagstiftning samt de mål och direktiv som Region Stockholm lämnat såsom budget samt, generella och specifika ägardirektiv. Denna rapportering från styrelsen är underlag för regionstyrelsens uppsikt.

Regionstyrelsen ska årligen särskilt pröva om bolagets verksamhet är förenlig med det kommunala ändamålet och inom bolagets befogenheter. Denna rapport utgör underlag till prövningen.

### 1.1 Val av ledamöter, revisorer och arvodering

Regionfullmäktige utser årligen styrelser efter beredning. Regionfullmäktige utser även revisorer. Val av ledamöter, ordförande och revisorer anmäls därefter i förekommande fall på bolagets stämma. Beslut om arvodering fattas av regionfullmäktige.

### 1.2 Styrelsesammansättning samt övriga befattningshavare

#### 1.2.1 Styrelsens sammansättning

Styrelsen för Södertälje Sjukhus AB består av fem ordinarie ledamöter och två arbetstagarrepresentanter samt två suppleanter för arbetstagarrepresentanterna. Därtill adjungeras regiondirektören eller av regiondirektören utsedd representant till styrelsen.

Den första delen av året, fram till årsstämma 2023-05-31 bestod styrelsen av följande ledamöter:

Göran Stiernstedt, ordförande  
Christina Rapp Lundahl, ledamot  
Patrik Emanuelsson (avgått 2023-05-31)  
Mikael Borin, ledamot  
Veronika Sundström, ledamot  
Paul Lundgren, arbetstagarrepresentant  
Stelke Helin, arbetstagarrepresentant  
Erika Igelström, arbetstagarrepresentant

Efter årsstämma 2023-05-31 bestod styrelsen av följande personer:

Göran Stiernstedt, ordförande  
Christina Rapp Lundahl, ledamot  
Mikael Borin, ledamot (avgått 2023-09-30)  
Veronika Sundström, ledamot  
Paul Lundgren, arbetstagarrepresentant  
Stelke Helin, arbetstagarrepresentant  
Erika Igelström, arbetstagarrepresentant

Ny ledamot 2023-11-01:

Peter Graf, ledamot

Utöver konstituerande styrelsemöte per capsulam 2023-05-31 har styrelsen haft nio ordinarie sammanträden och ett extra sammanträde. Sekreterare på samtliga möten har varit Jenny Linden.

Styrelsemöte datum	Göran Stiernstedt, styrelseordförande	Christina Rapp Lundahl	Veronika Sundström	Patrik Emanuelsson (avgång 2023-05-31)	Mikael Borin (avgång 2023-09-30)	Peter Graf (tillträtt 2023-11-01)	Närvaro totalt
2023-01-25	x	x	x	x	x		100 %
2023-02-16	x	x	x	x	x		100 %
2023-03-22	x	x	x	x	x		100 %
2023-04-18	x	x	-	x	x		80 %
2023-05-25	x	x	x	x	x		100 %
2023-06-21	x	x	x		x		100 %
2023-08-23 (extramöte)	x	x	-		-		50 %
2023-09-21	x	x	x		x		100 %
2023-10-24	x	x	x				100 %
2023-11-21	x	x	x			x	100 %
2023-12-20	x	x	x			x	100 %
Närvaro per ledamot	100 %	100 %	82 %	100 %	88 %	100 %	

### 1.2.2 VD och övriga befattningshavare

Verkställande direktör deltar på samtliga styrelsemöten. Därutöver deltar ekonomidirektör och styrelsesekreterare. Därtill adjungeras chefläkare, HR-direktör, FoUUi-chef och andra representanter från sjukhusets ledningsgrupp vid föredragande av specifika ärenden.

### 1.2.3 Revisorer

Bolagets externrevisorer upphandlas av regionens revisionskontor. Lekmannarevisorerna utses av regionfullmäktige.

Bolagets externrevisorer upphandlas av regionens revisionskontor. Under året har Maria Wigenfeldt från Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB varit bolagets ordinarie auktoriserade huvudrevisor. Hon deltog vid sammanträde 2023-02-16.

Bolagsledningen samt ekonomi- och redovisningsansvarig har löpande kontakt både med bolagets auktoriserade revisorer och med regionens revisionskontor.

Lekmannarevisorerna utses av regionfullmäktige och vid val 2022-12-06 utsågs för perioden 2023 – 2026 följande förtroendevalda i Revisorsgrupp II:

Annika Sandström, ordförande

Ewa Törngren, vice ordförande

Anita Johansson

Annie Östlund

Lena Cronwall Moren

Lena Ståhl Ingmarsdotter

Jan-Erik Nyberg

### **1.3 Styrelsens arbete under kalenderåret**

Styrelsen är ansvarig inför aktieägarna för organisation och ledning av bolaget. Styrelsen ska fortlöpande kontrollera bolagets och i förekommande fall koncernens ekonomiska situation. Styrelsens ordförande ska leda styrelsens arbete och bevaka att styrelsen fullgör de uppgifter som lagen och bolagsordningen föreskriver.

#### **1.3.1 Arbetsordning och VD-instruktion**

Vid det konstituerande styrelsemötet fastställer styrelsen för Södertälje Sjukhus AB årligen en arbetsordning med instruktioner avseende arbetsfördelning mellan styrelse och verkställande direktör samt instruktioner för ekonomisk rapportering. Styrelsen kallas till minst åtta ordinarie sammanträden utöver konstituerande sammanträde. Sammanträdena koordineras i den mån det är möjligt till tidpunkterna för ekonomisk rapportering och ordinarie bolagsstämma.

Auktoriserad revisor deltar vid styrelsesammanträde i februari då årsbokslut behandlas. Lekmannarevisorer deltar vid enstaka styrelsesammanträden.

Samordning sker av styrande dokument på uppdrag av styrelsen som består av samma externa ledamöter för Södertälje sjukhus, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset. Ett årshjul för styrelsearbetet ligger som grund för gemensam planering, årshjulet revideras vid behov och fastställs årligen.

#### **1.3.2 Styrelsens arbete**

Styrelsen har behandlat följande stående punkter:

- Sjukhusets strategiska utveckling
- Ordförandeinformation
- Vd-information
- Ekonomisk avrapportering
- Produktionsrapportering
- Information rörande projektering av den strategiska fastighetsinvesteringen
- Internkontrollplan
- Kvalitet
- Tillgänglighet

Därutöver har bland annat följande frågor behandlats:

- Patientsäkerhet
- Verksamhetsplan och budget
- Avtal 2024
- Kompetensförsörjning
- Medarbetarenkät
- FoUUi-verksamhet
- Riskanalys och riskhanteringsplan
- Process- och flödesorienteringsarbete
- Samverkan med omkringliggande kommuner
- Informations- och IT-säkerhetsarbete
- Projektering och genomförande av ny- och ombyggnationer av Södertälje sjukhus

### **1.3.3 Frågor av särskild vikt**

Under 2023 har inget ärende av principiell beskaffenhet eller större vikt överlämnats till Region Stockholm för ställningstagande.

### **1.3.4 Utvärderingar**

Styrelsen genomför en årlig utvärdering av sitt arbete samt verkställande direktörens insatser i enlighet med Region Stockholms ägarpolicy. Styrelsearbetet utvärderades via enkät februari 2023 vars resultat redovisades och diskuterades vid sammanträdet 16 februari. Styrelsen utvärderade på samma möte vd:s arbete muntligen. Utvärdering av verkställande direktör sker i samverkan med regionledningskontoret som enligt delegationsordningen tillsätter, avsätter och lönesätter verkställande direktör.

### **1.3.5 Intressekonflikter**

Vid beslutsärenden kommenteras om särskild intressekonflikt eller jävssituation föreligger och nödvändiga åtgärder ska i det fallet vidtas. Under 2023 har det inte varit aktuellt då inga jävsituationer eller intressekonflikter kommit till vår kännedom.

## 2 Efterlevnad av styrande direktiv

### 2.1 Efterlevnad av det fastställda kommunala ändamålet

Verksamheten har varit förenlig med det kommunala ändamålet och inga avsteg har gjorts.

### 2.2 Efterlevnad av de kommunala befogenheterna

Verksamheten har bedrivits inom ramen för de kommunala befogenheterna (KL 2 kap. §1, §3 samt §6) och inga avsteg har skett.

### 2.3 Efterlevnad av ägardirektiv

Inga avsteg från ägardirektivet har skett.

### 2.4 Efterlevnad av regionövergripande styrande dokument

Bolaget har följt de policyer och styrande dokument som är relevanta för bolagets verksamhet. Implementering sker genom intern kommunikation och i förekommande fall tas lokala riktlinjer och handlingsplaner fram baserat på de regionövergripande styrdokumenterna.

Sjukhuset har följt den av fullmäktige beslutade Policy för Uppförandekod för Region Stockholm, LS2017-1198, RS 2019-0829, och har implementerat dessa som en del av beslutsbestämmelserna. En ny Uppförandekod för leverantörer RS 2023-0570 har beslutats av fullmäktige under december 2023 och denna kommer framöver att ersätta den föregående.

Sjukhusledningen arbetar metodiskt med frågor om mutor, bestickning och antikorruption. Chefer får i samband med sin introduktion av sjukhusets inköpsprocesser en genomgång av de viktigaste reglerna och informeras om vikten av dessa frågor och var man kan hämta stöd. Informationen runt dessa frågor finns även på intranätet.

Efterlevnaden av policyn för inköp; LS 2019-0663 samt riktlinjen för inköp LS 2018-0067 är hög. Sjukhuset arbetar systematiskt för att styra relevanta inköp enligt gällande delegationsordning till inköpsenheten, detta genom att beställare ute i verksamheterna har rätt behörighet och kunskaper i inköpssystemet. Det sker löpande utbildningsinsatser inom området samt att det finns tydliga rutiner att ta del av på intranätet.

I relevanta upphandlingar, har Uppförandekod för leverantörer LS1303-0353 bifogats som en del av upphandlingen. Kravet är att leverantörerna ska följa den.

Inför planerade upphandlingar tas en övergripande strategi fram, utifrån detta ska lämpliga uppföljningsvillkor i avtalet skapas. Det ska bland annat alltid finnas avtalsvillkor där sjukhuset kan avsluta ett avtal om leverantören inte följer de uppställda villkoren. Vitesklausuler som skrivs in i avtalen ska följas upp och även utkrävas när villkoren inte följs. Risker och krav skiljer sig åt i upphandlingarna men

2024061731473

där uppföljning sker och det visar sig att villkor behöver skärpas till, sker det i nästkommande upphandling som då får skarpare avtalsvillkor.

Alla anställda ska verka för regelefterlevnad och varje individ ska säkerställa att man har god kunskap om de regelverk som ska följas, exempelvis regler om sekretess, patientsäkerhet och informationssäkerhet. Om eventuella oegentligheter eller brister i verksamheten upptäcks ska detta rapporteras till närmaste chef alternativt till visseblåsarfunktionen som finns inom sjukhuset så att bristerna kan åtgärdas. I Riktlinjerna för anti-korruption och representation, RS 2020-0266, finns väl beskrivet regler för att motverka korruption och stöd så att förtroendeskadliga beslut och beteenden kan undvikas i verksamheter som bedrivs med skattemedel.

### 3 Intern kontroll

Intern kontroll definieras som en process där styrelsen, ledningen i bolaget och övrig personal samverkar för att med rimlig grad av säkerhet se till att bolaget:

- uppfyller fastställda mål, bedrivs effektivt och ändamålsenligt,
- följer tillämpliga lagar, föreskrifter, avtal och styrande dokument,
- bedrivs säkert så att verksamheten skyddas samt,
- har tillförlitlighet i rapportering och information.

Intern kontroll inom regionen utgår från COSO-modellen, vilket innebär att arbeta systematiskt med att förutse risker och möjligheter och att proaktivt hantera och kommunicera dessa. De fem komponenterna i COSO-modellen är:

- styr- och kontrollmiljö
- riskbedömning
- åtgärder och kontrollaktiviteter
- information och kommunikation
- övervakning

#### 3.1 Styr- och kontrollmiljö

I styrelsens arbetsordning och instruktioner för verkställande direktören säkerställs en tydlig roll- och ansvarsfördelning som bidrar till en effektiv hantering av verksamhetens risker. Styrelsen ska säkerställa att riktlinjer efterlevs och att rapportering sker i enlighet med anvisningarna från Regionledningskontoret. Bolagsledningen rapporterar regelbundet till styrelsen utifrån fastställda rutiner. Bolagsledningen ansvarar för det system för internkontroll som krävs för att hantera väsentliga risker i den löpande verksamheten. Här ingår bland annat riktlinjer för olika befattningshavare för att förstå och inse betydelsen av sina respektive roller för upprätthållandet av god internkontroll. Sjukhusets IT-system stödjer verksamheterna i internkontrollarbetet, då systemen hjälper till att skapa rapporter och statistik för granskning och uppföljning. I vissa system finns även inbyggda kontroller, exempelvis fakturahanteringssystemet där varje faktura måste hanteras av två personer innan betalning sker.

#### 3.2 Riskbedömning

Den uppdaterade riskanalysen resulterade i 1 risk med mycket hög risk, 8 med hög risk, 11 med medelhög risk, 14 med låg risk och 8 med mycket låg risk. De risker med ett samlat riskvärde över 3 hamnar i Internkontroll planen och i bilaga 2 Fördjupade sammanställningen av mål, risker, kontroller och åtgärder.

Den risk med högst riskvärde är risken Att inte uppnå resultatkrav + 5 mkr som ligger i kategorin mycket hög risk, de två risker som har näst högst riskvärde är ökad personalomsättning och Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist understiger målet = 80 % som ligger i kategorin mycket hög risk.

Den uppdaterade riskvärderingen resulterade i en risk med ökat riskvärde och elva risker med minskat riskvärde. De väsentligaste förändringarna jämfört med den värdering som gjordes till delår 2023 är följande:

Den risk som ökat i riskvärde är Medianväntetid till första läkarbedömning på akutmottagning (alla patienter) överstiger målet 52 minuter, där riskvärdet har ökat

från 3 till 4. Anledningen till höjningen är att sjukhuset inte uppnår målet på grund av högre belastning i slutet av året med längre väntetid som följd.

De tre risker som minskat mest i riskvärde är förekomst av vårdrelaterade infektioner överstiger målet = 4,4 %, hot och våld på arbetet minskar inte och kränkande särbehandling minskar inte, där målet har uppnåtts för alla tre och där alla tre har gått ner från kategori hög risk till kategori låg risk.

De båda obligatoriska riskerna risk för felaktiga externa betalningar och risk för felaktigheter i den finansiella rapporteringen värderas lågt av sjukhuset och hamnar i kategorin mycket låg risk och hanteras därefter.

Inga nya risker har tillkommit eller avslutats under perioden.

Både bolagets ledningsgrupp och styrelse får löpande information om riskhantering och resultatet av såväl kontroller som de åtgärder som vidtas för att komma tillrätta med eventuella avvikelser.

### 3.3 Kontrollaktiviteter

Sjukhuset har arbetat aktivt med de kontroller och åtgärder som tagits fram för att hantera och minimera risker. Alla kontroller har utförts utom en "Den digitala mognaden mäts och följs upp via systemet DiMiOS och ska mätas under 2023". På grund av tidsbrist så har inte mätningen genomförts under 2023, men planen är att göra mätningen under 2024. Kontrollen "Uppföljning" för risken Bristande IT säkerhet/dataintrång har avslutats då sjukhuset har gått in i Serviceförvaltningens RS-net och detta innebär att sannolikheten för intrång och attacker har minskat och att den övergripande riskhanteringen sker hos Service förvaltningen.

Status på kontrollen "Uppföljning" för risken Bristande Informationssäkerhet har ändrats från röd till grön, även effekten på åtgärden för samma risk "Handlingsplan" har ändrats från röd till gul då tjänsten som informationssäkerhetssamordnare tillsattes och arbetet kunde fortskrida.

Status på kontrollen "Mätning av matsvinn" för risken Risk att matsvinnet från patientmåltider inte minskar med 5% jämfört med 2022 har ändrats från gul till grön då en mätning är genomförd som visar på minskat matsvinn.

Effekten av åtgärd "Planering" för risken för att antalet helårsstudenter som vidareutbildar sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska med bibehållen lön inte når målnivån, har ändrats från grön till gul då målnivån inte uppnåddes.

Effekten av åtgärden "Hanteringen av den köställda vården" för risken andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist understiger målet = 80 % har ändrats från grön till gul då målet inte har uppnåtts, med anledning av att arbetet har försvårats på grund av ökande akuta vårdolymer som leder till att det akuta flödet måste prioriteras framför det elektiva.

Då de obligatoriska riskområdena, det vill säga risk för felaktiga externa betalningar och risk för felaktigheter i den finansiella rapporteringen har ett så pass lågt riskvärde finns inte några specifika kontroller och åtgärder inlagda i systemet stödet, men det är ett arbete som sker kontinuerligt under året där sjukhuset gör det som krävs för att säkerställa att en god hantering, och att rutiner och riktlinjer följs. Inget riskvärde bedöms ha ökat med anledning av att kontroller och åtgärder inte genomförts som de ska.

### 3.4 Övervakning

Internkontrollen följs upp regelbundet internt inom sjukhuset med utgångspunkt i de risker som har identifierats utav sjukhusets ledningsgrupp.

Ledningsgruppen utvärderar även regelbundet om befintliga risker behöver värderas om, avslutas eller om andra risker ska läggas till med hänsyn till de omständigheter som sjukhuset befinner sig i för tillfället. Ansvarig controller på sjukhuset administrerar riskerna som ska följas upp och rapporterar dem i systemet Stödet vid specifika rapporttillfällen enligt direktiv från Regionledningskontoret.

Verkställande direktör rapporterar till styrelsen vid varje styrelsemöte där internkontrollen är en stående punkt för genomgång.

Södertälje sjukhus ska följa och efterleva de lagar och förordningar som är tillämpliga samt följa de av Region Stockholm beslutade policys, riktlinjer och eventuella tillämpningsanvisningar. Under 2022 har arbete genomförts för att säkerställa att alla styrdokument är kända i verksamheten och att sjukhusets beslutsbestämmelser i alla delar utgår från de senaste beslutade policier och riktlinjerna inom Region Stockholm.

Styrelsen utvärderar kontinuerligt den information som bolagsledningen lämnar i samband med varje rapportering. Arbetet innefattar bland annat att säkerställa att de styrande dokumenten efterlevs samt att åtgärder vidtas rörande de brister och förslag till åtgärder som framkommit vid den interna kontrollen och externa revisionen.

*Inga avsteg från riktlinjen har noterats.*

Hänsyn tas till revisorernas rekommendationer. Revisionen bedömer, utifrån granskningen som genomfördes till Delårsbokslutet 2023 och den lägesrapport som lämnats, att den samlade bedömningen var tillräcklig.

Regionrevisorernas samlade bedömning av den interna kontrollen är att den är tillräcklig.

### 3.5 Försäkran om intern kontroll

Styrelsen ska försäkra sig om att den interna kontrollplanen genomförs och vid behov vidta åtgärder som säkerställer att den interna kontrollen är tillräcklig. VD ska regelbundet rapportera till styrelsen om hur den interna kontrollplanen genomförs och, hur den interna kontrollen fungerar samt föreslå åtgärder för att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till styrelsen. Vid misstanke om brott ska styrelsen utan oskäligt dröjsmål vidta åtgärder och informera regionens ledning och regionrevisorerna.

Styrelsen har försäkrat sig om att man genom VD vidtagit nödvändiga åtgärder för att uppnå en tillräcklig intern kontroll inom verksamheten, i enlighet med riktlinjen för intern kontroll RS 2022-0326.

#### 4 Regionrevisorernas samlade bedömning

Regionrevisorerna har under året sedvanligt granskat det ekonomiska- och verksamhetsmässiga resultatet för delåret samt den interna styrningen och kontrollen samt räkenskaperna. Styrelsen och sjukhusledningen har tagit del av revisorernas delårsgranskningsrapport. Av rapporten framgår att räkenskaperna bedöms, av den auktoriserade revisorn, i allt väsentligt vara upprättad i enlighet med årsredovisningslagen, bokföringsnämndens allmänna råd och god redovisningssed.

Revisionen bedömer vidare att den interna kontrollen är tillräcklig.

Årsgranskningsrapporten blir inte klar förrän under våren 2024.

## 5 Behandling av Särskild bolagsredovisning

Föreliggande särskild bolagsredovisning för år 2023 styrelsebehandlas den 14 februari 2024 och kommer att tillställas bolagets årsstämma för beslut.

Stockholm den 26/1 2024

## Revisionsberättelse

Till bolagsstämman i Södertälje Sjukhus AB, org.nr 556775-9922

### Rapport om årsredovisningen

#### Uttalanden

Vi har utfört en revision av årsredovisningen för Södertälje Sjukhus AB för år 2023.

Enligt vår uppfattning har årsredovisningen upprättats i enlighet med årsredovisningslagen och ger en i alla väsentliga avseenden rättvisande bild av Södertälje Sjukhus ABs finansiella ställning per den 31 december 2023 och av dess finansiella resultat och kassaflöde för året enligt årsredovisningslagen. Förvaltningsberättelsen är förenlig med årsredovisningens övriga delar.

Vi tillstyrker därför att bolagsstämman fastställer resultaträkningen och balansräkningen för Södertälje Sjukhus AB.

#### Grund för uttalanden

Vi har utfört revisionen enligt International Standards on Auditing (ISA) och god revisionssed i Sverige. Vårt ansvar enligt dessa standarder beskrivs närmare i avsnittet Revisorns ansvar. Vi är oberoende i förhållande till Södertälje Sjukhus AB enligt god revisorssed i Sverige och har i övrigt fullgjort vårt yrkesetiska ansvar enligt dessa krav.

Vi anser att de revisionsbevis vi har inhämtat är tillräckliga och ändamålsenliga som grund för våra uttalanden.

#### Styrelsens och verkställande direktörens ansvar

Det är styrelsen och verkställande direktören som har ansvaret för att årsredovisningen upprättas och att den ger en rättvisande bild enligt årsredovisningslagen. Styrelsen och verkställande direktören ansvarar även för den interna kontroll som de bedömer är nödvändig för att upprätta en årsredovisning som inte innehåller några väsentliga felaktigheter, vare sig dessa beror på oegentligheter eller misstag.

Vid upprättandet av årsredovisningen ansvarar styrelsen och verkställande direktören för bedömningen av bolagets förmåga att fortsätta verksamheten. De upplyser, när så är tillämpligt, om förhållanden som kan påverka förmågan att fortsätta verksamheten och att använda antagandet om fortsatt drift. Antagandet om fortsatt drift tillämpas dock inte om styrelsen och verkställande direktören avser att likvidera bolaget, upphöra med verksamheten eller inte har något realistiskt alternativ till att göra något av detta.

#### Revisorns ansvar

Våra mål är att uppnå en rimlig grad av säkerhet om huruvida årsredovisningen som helhet inte innehåller några väsentliga felaktigheter, vare sig dessa beror på oegentligheter eller misstag, och att lämna en revisionsberättelse som innehåller våra uttalanden. Rimlig säkerhet är en hög grad av säkerhet, men är ingen garanti för att en revision som utförs enligt ISA och god revisions sed i Sverige alltid kommer att upptäcka en väsentlig felaktighet om en sådan finns. Felaktigheter kan uppstå på grund av oegentligheter eller misstag och anses vara väsentliga om de enskilt eller tillsammans rimligen kan förväntas påverka de ekonomiska beslut som användare fattar med grund i årsredovisningen.

En ytterligare beskrivning av vårt ansvar för revisionen av årsredovisningen finns på Revisorsinspektionens webbplats: [www.revisorsinspektionen.se/revisornsansvar](http://www.revisorsinspektionen.se/revisornsansvar). Denna beskrivning är en del av revisionsberättelsen.


### Rapport om andra krav enligt lagar och andra författningar

#### Uttalanden

Utöver vår revision av årsredovisningen har vi även utfört en revision av styrelsens och verkställande direktörens förvaltning för Södertälje Sjukhus AB för år 2023 samt av förslaget till dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust.

Vi tillstyrker att bolagsstämman disponerar vinsten enligt förslaget i förvaltningsberättelsen och beviljar styrelsens ledamöter och verkställande direktören ansvarsfrihet för räkenskapsåret.



Jag intygar att denna kopia överensstämmer med originalet<sup>1 av 2</sup>  


## Grund för uttalanden

Vi har utfört revisionen enligt god revisionssed i Sverige. Vårt ansvar enligt denna beskrivs närmare i avsnittet Revisorns ansvar. Vi är oberoende i förhållande till Södertälje Sjukhus AB enligt god revisorssed i Sverige och har i övrigt fullgjort vårt yrkesetiska ansvar enligt dessa krav.

Vi anser att de revisionsbevis vi har inhämtat är tillräckliga och ändamålsenliga som grund för våra uttalanden.

## Styrelsens och verkställande direktörens ansvar

Det är styrelsen som har ansvaret för förslaget till dispositioner beträffande bolagets vinst eller förlust. Vid förslag till utdelning innefattar detta bland annat en bedömning av om utdelningen är försvarlig med hänsyn till de krav som bolagets verksamhetsart, omfattning och risker ställer på storleken av bolagets egna kapital, konsolideringsbehov, likviditet och ställning i övrigt.

Styrelsen ansvarar för bolagets organisation och förvaltningen av bolagets angelägenheter. Detta innefattar bland annat att fortlöpande bedöma bolagets ekonomiska situation, och att tillse att bolagets organisation är utformad så att bokföringen, medelsförvaltningen och bolagets ekonomiska angelägenheter i övrigt kontrolleras på ett betryggande sätt. Den verkställande direktören ska sköta den löpande förvaltningen enligt styrelsens riktlinjer och anvisningar och bland annat vidta de åtgärder som är nödvändiga för att bolagets bokföring ska fullgöras i överensstämmelse med lag och för att medelsförvaltningen ska skötas på ett betryggande sätt.

## Revisorns ansvar

Vårt mål beträffande revisionen av förvaltningen, och därmed vårt uttalande om ansvarsfrihet, är att inhämta revisionsbevis för att med en rimlig grad av säkerhet kunna bedöma om någon styrelseledamot eller verkställande direktören i något väsentligt avseende:

- företagit någon åtgärd eller gjort sig skyldig till någon försummelse som kan föranleda ersättningsskyldighet mot bolaget, eller
- på något annat sätt handlat i strid med aktiebolagslagen, årsredovisningslagen eller bolagsordningen.

Vårt mål beträffande revisionen av förslaget till dispositioner av bolagets vinst eller förlust, och därmed vårt uttalande om detta, är att med rimlig grad av säkerhet bedöma om förslaget är förenligt med aktiebolagslagen.

Rimlig säkerhet är en hög grad av säkerhet, men ingen garanti för att en revision som utförs enligt god revisionssed i Sverige alltid kommer att upptäcka åtgärder eller försummelser som kan föranleda ersättningsskyldighet mot bolaget, eller att ett förslag till dispositioner av bolagets vinst eller förlust inte är förenligt med aktiebolagslagen.

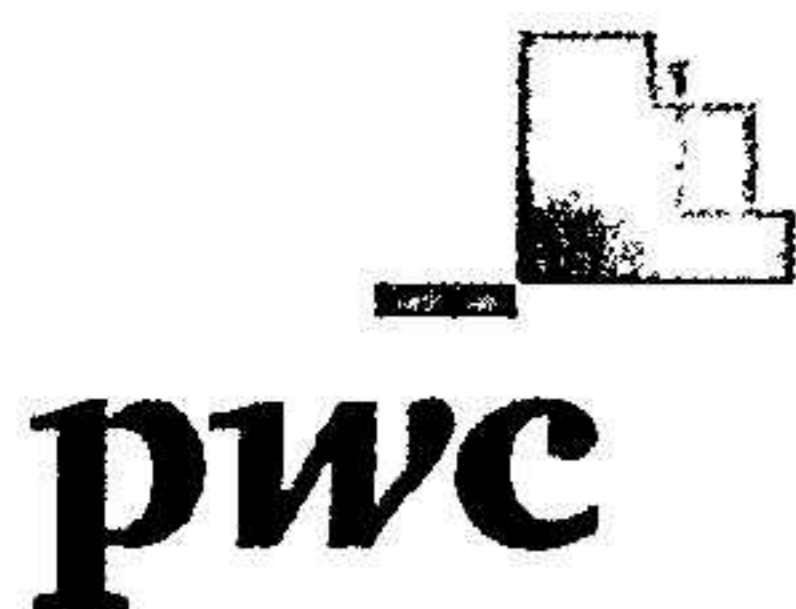
En ytterligare beskrivning av vårt ansvar för revisionen av förvaltningen finns på Revisorsinspektionens webbplats: [www.revisorsinspektionen.se/revisornsansvar](http://www.revisorsinspektionen.se/revisornsansvar). Denna beskrivning är en del av revisionsberättelsen.

Stockholm den 9 april 2024

Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB



Maria Wigenfeldt  
Auktoriserad revisor



## Revisorns yttrande avseende den lagstadgade hållbarhetsrapporten

Till bolagsstämman i Södertälje Sjukhus AB, org.nr 556775-9922

---

### Uppdrag och ansvarsfördelning

Det är styrelsen som har ansvaret för hållbarhetsrapporten för år 2023 och för att den är upprättad i enlighet med årsredovisningslagen.

### Granskningens inriktning och omfattning

Vår granskning har skett enligt FARs rekommendation RevR 12 *Revisorns yttrande om den lagstadgade hållbarhetsrapporten*. Detta innebär att vår granskning av hållbarhetsrapporten har en annan inriktning och en väsentligt mindre omfattning jämfört med den inriktning och omfattning som en revision enligt International Standards on Auditing och god revisions sed i Sverige har. Vi anser att denna granskning ger oss tillräcklig grund för vårt uttalande.

### Uttalande

En hållbarhetsrapport har upprättats.

Stockholm den 9 april 2024

Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB

A handwritten signature in black ink that reads 'Maria Wigenfeldt'.

Maria Wigenfeldt  
Auktoriserad revisor