§ 52
Delårsrapport per den 31 augusti 2026
ASN 2026-5208

Sammanfattning
Akutsjukhusnämnden ska avge en delårsrapport per den 31 augusti 2026. Delårsrapporten omfattar ekonomisk rapportering och en beskrivning av akutsjukhusnämndens arbete för att bidra till att regionfullmäktiges mål ska uppnås.

Nämnden har tagit del av rapporteringen och konstaterar för sin del att kvaliteten i rapporteringen är tillfredsställande. Delåret 2026 kännetecknas av en hög akut produktion över beställning och ett ekonomiskt resultat på plus 15,9 miljoner kronor vilket är en negativ budgetavvikelse på 106,4 miljoner kronor. Resultatet och årsprognosen har förbättrats efter sommarperioden men når inte resultatkravet i budgeten. Den ekonomiska resultatprognosen för akutsjukhusnämnden helår 2026 är minus 94,5 miljoner kronor vilket är 187,5 miljoner kronor sämre än resultatkravet i budget. Sjukhusen arbetar intensivt med åtgärdsprogram för ekonomi i balans och det krävs en ökning av realiserade åtgärder resterande del av året.

Beslutsunderlag
1. Förvaltningarnas tjänsteutlåtande
2. Delårsrapport per den 31 augusti 2026 för Danderyds sjukhus
3. Delårsrapport per den 31 augusti 2026 för S:t Eriks Ögonsjukhus
4. Delårsrapport per den 31 augusti 2026 för Södersjukhuset
5. Delårsrapport per den 31 augusti 2026 för Södertälje sjukhus

Yrkanden
Ordförande Peter Graf yrkar bifall till förslaget i förvaltningarnas tjänsteutlåtande.

Beslut
Akutsjukhusnämnden beslutar följande.

1. Delårsrapport per den 31 augusti 2026 för akutsjukhusnämnden godkänns.
2. Nämnden konstaterar att förvaltningarna Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus prognostiserar ett negativt ekonomiskt resultat för år 2026. Nämnden kan inte acceptera ett underskott och anser det angeläget att åtgärder vidtas för att begränsa underskottet. Åtgärder behöver vidtas av sjukhusen för att säkra att åtgärdsplanerna för ekonomi i balans ger avsedd effekt.
3. Nämnden har tagit del av rapporteringen och konstaterar för sin del att kvaliteten i rapporteringen är tillfredsställande.

Skickas till
1. Regionstyrelsen

Region Stockholm

Underskriven av: Peter Michael Wolfgang Graf, 2026-09-29 15:31:28

Underskriven av: CHRISTINA RAPP LUNDAHL, 2026-09-29 16:41:33

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-1037

Akutsjukhusnämnden

Sammanställning A1 fullmäktigeuppdrag

2026

Innehållsförteckning

1 Uppdrag 4
1.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa..... 4
1.1.1 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet 4

Anvisningar

Rapportera uppdrag med status, tidplan och kommentar.

Status med följande alternativ***: Ej påbörjad, Pågående enligt plan, Pågående med avvikelse, Genomfört eller Upphört*.**

Kommentera tidsplan och status.

1 Uppdrag

1.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa

1.1.1 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Uppdrag	Status	Kommentar
Genomföra en systematisk kartläggning av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter inom vårdverksamheten **Beskrivning** Akutsjukhusnämnden uppdras att genomföra en systematisk kartläggning av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter inom vårdverksamheten. Resultatet ska visa vilka arbetsmoment som kan förenklas eller automatiseras och ligga till grund för prioriteringar som frigör mer tid för patientnära arbete. **Diarienr** RS 2025-0026 **Beslutat av** Regionfullmäktige 2026 **Uppdragstyp** Beslut budget	Genomfört	Akutsjukhusnämnden, genom sina förvaltningar och en särskilt utsedd arbetsgrupp, har genomfört kartläggningar av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter. Arbetet har baserats på en inventering och sammanställning av kartläggningar som nyligen genomförts inom respektive förvaltning. Det saknas i dagsläget ett regionalt eller nationellt standardiserat tillvägagångssätt för denna typ av kartläggning, vilket innebär att olika metodansatser har tillämpats. Genom att sammanföra befintliga underlag har en övergripande och samlad bild kunnat tas fram. Den metodmässiga variationen bedöms ha bidragit till en bredare belysning av frågeställningen. Resultaten från de olika kartläggningarna uppvisar en hög grad av samstämmighet, vilket stärker tillförlitligheten i de identifierade mönstren. Mot bakgrund av genomförd analys har ett antal prioriterade aktivitetsområden identifierats. Dessa omfattar införande och spridning av AI-baserade lösningar såsom tal-till-text, AI-stöd för operationsplanering och AI-assistenter i syfte att minska dokumentationsbördan och effektivisera administrativa arbetsflöden. Vidare prioriteras automatisering och robotisering av administrativa processer, bland annat inom journalhantering, registrering, kodning, tolkbeställningar och olika former av patientadministration. Kartläggningarna har även identifierat schemaläggning och bemanningsplanering som ett gemensamt utvecklingsområde. Arbetet kommer därför att fokusera på utvärdering och spridning av effektiva arbetssätt för central schemaläggning och bemanningsplanering samt förberedelser inför införandet av nya digitala systemstöd. Ett ytterligare prioriterat område är att systematiskt identifiera och avveckla administrativa arbetsmoment som inte bedöms skapa tillräckligt värde för verksamheten. Arbetet omfattar även fortsatt utveckling av principen om rätt kompetens på rätt plats genom översyn av arbetsfördelning och uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper. Slutligen prioriteras samordning och effektivisering av onboardingprocesser genom återanvändning av befintliga digitala lösningar, standardiserade arbetssätt och samverkan med pågående regionala initiativ. De prioriterade aktiviteterna bedöms sammantaget ha god potential att minska den administrativa belastningen, öka verksamhetens effektivitet och frigöra mer tid för patientnära arbete.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-1037

ASN 2026-5349



Akutsjukhusnämnden/Södertälje sjukhus

Bilaga 1: Sammanställning mål, risker, kontroller och åtgärder

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning **3**

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet **4**

3 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035 ..... **6**

4 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare **7**

5 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet **8**

6 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare **9**

1 Läsanvisning

Bilaga 1 ger en övergripande sammanställning av risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas nivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Risknivå

- Mycket hög (röd) - Ej acceptabla risker. Åtgärder måste finnas för att sänka risknivån så långt det är möjligt. Avvikelser måste motiveras.
- Hög (orange) - Risker tolereras enbart då åtgärder eller kontroller inte är praktiskt genomförbara eller ekonomiskt försvarbara. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Medelhög (gul) - Risker tolereras enbart om kostnader för åtgärder och kontroller överstiger nyttan. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Låg (grön) - Risker accepteras generellt utan åtgärd men ska bevakas. Nödvändigt att visa att de bibehålls på denna nivå.
- Mycket låg (ljusgrön) - Risker accepteras utan åtgärd.

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

- Streck, ej påbörjad
- Grön, enligt plan
- Gul, merparten åtgärdat men vissa delar kvarstår
- Röd, åtgärd ej enligt plan

Effekt av åtgärd beskriver hur väl de åtgärder som genomförts har haft önskad riskreducerande effekt.

- Streck, ej bedömt
- Grön, bedöms ge önskad effekt
- Gul, att uppnå önskad effekt bedöms som osäkert
- Röd, bedöms inte få önskad effekt

Kontroller

Status beskriver om kontrollen är genomförd och om det finns avvikelser.

- Streck, kontrollen ej planerad att genomföras under perioden eller kommer att genomföras under kommande period/er.
- Grön, kontrollen är genomförd utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Risk för brister i försörjning på grund av omvärldsfaktorer 	Bevakning av lager och försörjningsled **Frekvens** Löpande				
	Genomgång av sjukhusets robusthet i Kommittén för katastrof och beredskap **Frekvens** Årligen				
			Samverkan regionalt **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
			Uppbyggnad av förbrukningslager på sjukhuset **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Risk för negativ inverkan på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi på grund av IT-störningar och förseningar kopplat till kundanslutningsprocessen till Serviceförvaltningen IT (SF IT) 	Uppföljning **Frekvens** Daglig				
			Lösa problem som finns i nya i IT-miljön och slutföra kundanslutningsprocessen **Startdatum** 2025-11-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Risk för att inte uppnå resultatkravet 	Månadsbokslut, uppföljning och analys **Frekvens** Månadsvis				

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
			Åtgärdsprogram för 2026 **Startdatum** 2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
			Månadsuppföljningsmöten **Startdatum** 2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

3 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Risk för att Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan är för hög ≡ →	Minskning av konsumtionsbaserade utsläpp **Frekvens** Tertial				
			Minska de konsumtionsbaserade utsläppen **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Risk för att utsläpp av växthusgaser inte minskar jämfört med 2019 -37% ≡ →	Utsläpp av växthusgaser **Frekvens** Årligen				
			Minska utsläpp av växthusgaser jämfört 2019 **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

4 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Risk för att följsamheten till riktlinjer och rutiner för Bisysslor inte ökat jämfört med 2025 	Uppföljning **Frekvens** Så fort en bisyssla uppstår				
			Uppföljning **Startdatum** 2023-04-25 **Slutdatum** 2026-12-31		
			Medarbetarsamtal **Startdatum** 2023-04-25 **Slutdatum** 2026-12-31		

5 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Förekomst av vårdrelaterade infektioner överstiger målet <= 4 % 	Validering **Frekvens** Löpande				
	Uppföljning **Frekvens** Tertial				
			Kompetenshöjande utbildning/utbildningsinsatser **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
			Systematiskt hygienarbete **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Risk för att antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle inte bibehålls eller minskar jämfört 2025 	Uppföljning av statistik **Frekvens** Kvartalsvis				
			Uppföljning och dialog **Startdatum** 2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

6 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Risk för att Hot och våld på arbetet är över målet 8%	Uppföljning medarbetarenkät **Frekvens** Årligen				
			Handlingsplan **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

Akutsjukhusnämnden/S:t Eriks Ögonsjukhus

Bilaga 1: Sammanställning mål, risker, kontroller och åtgärder

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning..... 3

2 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov.....4

3 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet.....5

1 Läsanvisning

Bilaga 1 ger en övergripande sammanställning av risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas nivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Risknivå

- Mycket hög (röd) - Ej acceptabla risker. Åtgärder måste finnas för att sänka risknivån så långt det är möjligt. Avvikelser måste motiveras.
- Hög (orange) - Risker tolereras enbart då åtgärder eller kontroller inte är praktiskt genomförbara eller ekonomiskt försvarbara. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Medelhög (gul) - Risker tolereras enbart om kostnader för åtgärder och kontroller överstiger nyttan. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Låg (grön) - Risker accepteras generellt utan åtgärd men ska bevakas. Nödvändigt att visa att de bibehålls på denna nivå.
- Mycket låg (ljusgrön) - Risker accepteras utan åtgärd.

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

- Streck, ej påbörjad
- Grön, enligt plan
- Gul, merparten åtgärdat men vissa delar kvarstår
- Röd, åtgärd ej enligt plan

Effekt av åtgärd beskriver hur väl de åtgärder som genomförts har haft önskad riskreducerande effekt.

- Streck, ej bedömt
- Grön, bedöms ge önskad effekt
- Gul, att uppnå önskad effekt bedöms som osäkert
- Röd, bedöms inte få önskad effekt

Kontroller

Status beskriver om kontrollen är genomförd och om det finns avvikelser.

- Streck, kontrollen ej planerad att genomföras under perioden eller kommer att genomföras under kommande period/er.
- Grön, kontrollen är genomförd utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

2 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Förändrade förutsättningar			Dialog med vårdutförare **Startdatum** 2026-03-02 **Slutdatum** 2026-12-31		

Sannolikheten för riskens utfall har ökat sedan föregående period.

3 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Överdiagnostisering och övervård III →	Uppföljning i SLG **Frekvens** Månatlig uppföljning.				
			Kloka kliniska val **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

Akutsjukhusnämnden/S:t Eriks Ögonsjukhus

Fördjupad sammanställning mål, risker och åtgärder

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning..... 3

2 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov.....4

2.1 Förändrade förutsättningar..... 4

3 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet.....5

3.1 Överdiagnostisering och övervård.....5

1 Läsanvisning

Detta är en fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas nivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Risknivå

- Mycket hög (röd) - Ej acceptabla risker. Åtgärder måste finnas för att sänka risknivån så långt det är möjligt. Avvikelser måste motiveras.
- Hög (orange) - Risker tolereras enbart då åtgärder eller kontroller inte är praktiskt genomförbara eller ekonomiskt försvarbara. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Medelhög (gul) - Risker tolereras enbart om kostnader för åtgärder och kontroller överstiger nyttan. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Låg (grön) - Risker accepteras generellt utan åtgärd men ska bevakas. Nödvändigt att visa att de bibehålls på denna nivå.
- Mycket låg (ljusgrön) - Risker accepteras utan åtgärd.

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

- Streck, ej påbörjad
- Grön, enligt plan
- Gul, merparten åtgärdat men vissa delar kvarstår
- Röd, åtgärd ej enligt plan

Effekt av åtgärd beskriver hur väl de åtgärder som genomförts har haft önskad riskreducerande effekt.

- Streck, ej bedömt
- Grön, bedöms ge önskad effekt
- Gul, att uppnå önskad effekt bedöms som osäkert
- Röd, bedöms inte få önskad effekt

Kontroller

Status beskriver om kontrollen är genomförd och om det finns avvikelser.

- Streck, kontrollen ej planerad att genomföras under perioden eller kommer att genomföras under kommande period/er.
- Grön, kontrollen är genomförd utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

2 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov

2.1 Förändrade förutsättningar

184698

Riskvärde
6
Sannolikhet
3
Konsekvens
2

Riskbeskrivning
I och med övergången från LOV till LOU finns en risk för förändrade patientflöden och därmed ökat söktryck på sjukhuset utöver vårdavtalet.
Konsekvens
Försämrad tillgänglighet och patientsäkerhet.

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status
Dialog med vårdutförare	2026-03-02	2026-12-31	

Åtgärdsbeskrivning
Sjukhuset för aktiv dialog med vårdaktörerna som upphandlats i syfte att säkerställa gott samarbete och omhändertagande av patientgrupperna.

Kommentar

3 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

3.1 Överdiagnostisering och övervård

137470

Riskvärde
4
Sannolikhet
2
Konsekvens
2

Riskbeskrivning
Vi utför undersökningar och söver patienter trots att det inte alltid är medicinskt indicerat.
Konsekvens
Detta leder till ineffektivitet, dålig arbetsmiljö och överutnyttjande av våra resurser.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning i SLG	

Frekvens
Månatlig uppföljning.

Beskrivning
Uppföljning av åtgärd.

Kommentar

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status
Kloka kliniska val	2025-01-01	2026-12-31	

Åtgärdsbeskrivning
Göra kloka kliniska val. Vi ser över våra arbetssätt.

Kommentar

Åtgärd



Region Stockholmgar, ansvarsförbindelser och tvister

Nämnd/Bolag

Belopp anges i kronor.

Legala Avsättningar (exklusive avsättningar för pensioner)

Avsättning avser [1)]
TOTALT

[1)] Specifikation av varje enskilt förekommande avsättning och en förklaring till varför den uppkommit. **Avsättningar för pensionsåtaganden inkluderas ej.**
[2)] Om del av eller hela det belopp som krävs för att reglera en avsättning förväntas bli ersatt av tredje part, ska en gottgörelse redovisas bara när det är så gott som Det belopp som redovisas för gottgörelsen får inte överstiga avsättningen.

Informella Avsättningar (endast bolagen)

Specificera typ av avsättning:

TOTALT

Ansvarsförbindelser

Typ av ansvarsförbindelse
TOTALT

Skuld för avslutade tvister

Specificera skuld
TOTALT

Södersjukhuset | Period 2026-08-31

	IB 2026	Ianspråktaget under året	Återföring	Årets avsättning	UB	Tidpunkt då avsättning helt eller delvis skall återföras (ange år)	Upplysning om betydelsefulla antaganden som gjorts rörande framtida händelser som påverkat värderingen
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
	0	0	0	0	0		

säkert att denna kommer att erhållas om förpliktelsen regleras. Gottgörelsen ska redovisas som en tillgång i balansräkningen.

	IB 2026	Ianspråktaget under året	Återföring	Årets avsättning	UB	Tidpunkt då avsättning helt eller delvis skall återföras (ange år)	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)

					0			
					0			
					0			
					0			
					0			
					0			
					0			
					0			
					0			
	0	0	0	0	0			

Definitioner

	Belopp	Kommentar om osäkerheter beträffande beloppet eller tidpunkten för utbetalningar	Möjlighet att eventuell gottgörelse erhålls (belopp)	Är ansvarsförbindelsen föremål för tvist (JA/NEJ)
	0		0	

	Belopp
	0

Definitioner

Legal avsättning (legal förpliktelse)
En avsättning för en förpliktelse (åtagande) som härrör fr

Informell avsättning (informell förpliktelse)
En avsättning för en förpliktelse (åtagande) som härrör fr
offentliggjorda riktlinjer eller ett tillräckligt detaljerat, akt
därigenom har skapat en välgrundad förväntan hos dessa

Informella avsättningar finns inte i regioner och kommun
nedan.

Ansvarsförbindelse
a) en möjlig förpliktelse som härrör från inträffade hände
framtida händelser inträffar eller uteblir
b) en befintlig förpliktelse som härrör från inträffade hän
följande förutsättningar gäller:
• det är inte är troligt att ett utflöde av resurser kommer
• förpliktelsens storlek kan inte beräknas med tillräcklig t
eller
c) en händelse som - på grund av etablerad praxis, offent
välgrundad förväntan hos externa parter att kommunen
resurser, men som inte uppfyller villkoren för en förplikte

Skuld för avslutad tvist
Om en rättsprocess är avslutad (t ex ett mål som är förlor
ska betalas och när. Gäller även i de fall ett myndighetsbe

Bilaga E1

Förväntad gottgörelse som har redovisats som tillgång [2)]	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
0	

rån ett kontrakt, lagstiftning eller annan laglig gru

rån ett företags handlande genom att företaget på
tuellt uttalande har visat externa parter att företa
a parter om att det kommer att fullgöra sina skyld

ner, avser endast bolag. Redovisas som ansvarsför

elser och vars förekomst kommer att bekräftas en

delser men som inte redovisas som skuld eller avs

att krävas för att reglera förpliktelsen,
tillförlitlighet,

ligggjorda riktlinjer eller tillräckigt utförligt och akt
eller regionen kommer att vidta åtgärder vilket ka
else enligt denna rekommendation. (RKR Rek 9)

rat i första instans) och inget överklagande är aktu
eslut inte överklagas.

Region Stockholm

Övriga avsättningar, ansvarsförbindelser och tvister

Bilaga E1

Nämnd/Bolag Södersjukhuset Period 2026-08-31

Belopp anges i kronor.

Legala Avsättningar (exklusive avsättningar för pensioner)

Avsättning avser [1]	IB 2026	Ianspråktaget under året	Återföring	Årets avsättning	UB	Tidpunkt då avsättning helt eller delvis skall återföras (ange år)	Upplysning om betydelsefulla antaganden som gjorts rörande framtida händelser som påverkat värderingen	Förväntad gottgörelse som har redovisats som tillgång [2]	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
TOTALT	0	0	0	0	0			0	

[1] Specifikation av varje enskilt förekommande avsättning och en förklaring till varför den uppkommit. **Avsättningar för pensionsåtaganden inkluderas ej.**

[2] Om del av eller hela det belopp som krävs för att reglera en avsättning förväntas bli ersatt av tredje part, ska en gottgörelse redovisas bara när det är så gott som säkert att denna kommer att erhållas om förpliktelsen regleras. Gottgörelsen ska redovisas som en tillgång i bala
Det belopp som redovisas för gottgörelsen får inte överstiga avsättningen.

Informella Avsättningar (endast bolagen)

Specificera typ av avsättning:	IB 2026	Ianspråktaget under året	Återföring	Årets avsättning	UB	Tidpunkt då avsättning helt eller delvis skall återföras (ange år)	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
TOTALT	0	0	0	0	0		

Ansvarsförbindelser

Typ av ansvarsförbindelse	Belopp	Kommentar om osäkerheter beträffande beloppet eller tidpunkten för utbetalningar	Möjlighet att eventuell gottgörelse erhålls (belopp)	Är ansvarsförbindelsen föremål för tvist (JA/NEJ)

Definitioner

Legal avsättning (legal förpliktelse)
En avsättning för en förpliktelse (åtagande) som härrör från ett kontrakt, lagstiftning eller annan laglig grund. (RKR Rek 9, BFNAR 2012:1)

Informell avsättning (informell förpliktelse)
En avsättning för en förpliktelse (åtagande) som härrör från ett företags handlande genom att företaget på grund av etablerad praxis, offen
tillräckligt detaljerat, aktuellt uttalande har visat externa parter att företaget påtar sig vissa skyldigheter och därigenom har skapat en välgr
om att det kommer att fullgöra sina skyldigheter. (BFNAR 2012:1)

TOTALT	**0**		**0**	

Skuld för avslutade tvister

Specificera skuld	Belopp
TOTALT	**0**

om att det kommer att fullgöra sina skyldigheter. (BFNAR 2012:1)

Informella avsättningar finns inte i regioner och kommuner, avser endast bolag. Redovisas som ansvarsförbindelse i landstinget - se punkt c

Ansvarsförbindelse
a) en möjlig förpliktelse som härrör från inträffade händelser och vars förekomst kommer att bekräftas endast av att en eller flera osäkra fra
uteblir
b) en befintlig förpliktelse som härrör från inträffade händelser men som inte redovisas som skuld eller avsättning eftersom någon av följan
• det är inte är troligt att ett utflöde av resurser kommer att krävas för att reglera förpliktelsen,
• förpliktelsens storlek kan inte beräknas med tillräcklig tillförlitlighet,
eller
c) en händelse som - på grund av etablerad praxis, offentliggjorda riktlinjer eller tillräckligt utförligt och aktuellt uttalande - har skapat en väl
parter att kommunen eller regionen kommer att vidta åtgärder vilket kan komma att kräva ett utflöde av resurser, men som inte uppfyller v
denna rekommendation. (RKR Rek 9)

Skuld för avslutad tvist
Om en rättsprocess är avslutad (t ex ett mål som är förlorat i första instans) och inget överklagande är aktuellt, är det klart vilket belopp som
de fall ett myndighetsbeslut inte överklagas.

Akutsjukhusnämnden/Södersjukhuset

Delårsrapport

Augusti 2026

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar....4
1.1 Väsentliga händelser....4

2 Styrning och ledning....7
2.1 Verksamhetsfakta....7
2.2 Mål....7
2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa....7
2.2.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv....13
2.2.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig....16
2.3 Uppdrag....17
2.4 Intern kontroll....17
2.4.1 Arbetet med intern kontroll....17
2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller....18
2.4.3 Försäkran....19

3 Verksamhet....20
3.1 Vårdproduktion....20
3.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år....20
3.1.2 Prognos i jämförelse med budget....22
3.2 Produktivitet....22

4 Personal....24
4.1 Uppföljning avsatta medel....24
4.1.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö....24
4.1.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning....24
4.1.3 Chefsförsörjning, ledarskap- och medarbetarskap i hela Region Stockholm....25
4.2 Helårsarbeten....25
4.2.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år....25
4.2.2 Prognos i jämförelse med budget....26
4.3 Sjukfrånvaro....26

5 Ekonomi....27
5.1 Resultat....28
5.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år....29
5.1.2 Prognos i jämförelse med budget....29
5.1.3 Personalkostnader inklusive inhyrd personal....29
5.1.4 Konsultkostnader....32
5.1.5 Administrativa kostnader....33

5.1.6 Säsongsvariationer....33
5.2 Åtgärder för ett resultat i balans....33
5.3 Investeringar....35
5.3.1 Investeringsplanens genomförbarhet och risk....35
5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget....35
5.3.3 Årets prognos i jämförelse med budget....35
5.3.4 Ny- och ersättningsinvesteringar....36
5.3.5 Utfall och prognos enskilda investeringsobjekt....36
5.3.6 Driftsatta investeringsobjekt....36
5.3.7 Kommande investeringsbeslut för investeringsobjekt > 100 mnkr....36

Bilagor

Bilaga 1: Bilaga-e1-ovriga-avsattningar-ansvarsforbindelser-och-tvister-da-2026

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar

1.1 Väsentliga händelser



Sommarens vårdsituation

Vården vid Södersjukhuset fungerade överlag väl under sommaren 2026, vecka 24–34. Det sammanlagda antalet besök vid vuxen-, barn- och gynakuten ökade med 4,5% jämfört med motsvarande period 2025. Vid vuxenakuten ökade antalet besök med 6,6%, samtidigt som antalet inläggningar ökade med 7,8%. Det ökade patientinflödet medförde periodvis hög belastning på akutmottagningen och längre väntetider.

Antalet öppenvårdsbesök under sommaren låg i nivå med föregående år. Antalet slutenvårdstillfällen ökade med 5,8 samtidigt som antalet operationer ökade med 2 %. Trots den ökade slutenvårdsproduktionen var vårdplatskapaciteten tillräcklig. Den genomsnittliga beläggningen ökade från 91% till 92 %. Veckobeläggningen varierade mellan 86% och 99 %, med enstaka dagar då beläggningen uppgick till 103 %.

Samverkan och patientflöden mellan Södersjukhuset och övriga sjukhus, geriatriken, ASIH, den specialiserade palliativa slutenvården (SPSV) och förlossningsvården fungerade väl. Antalet förlossningar under juni–augusti har minskat under de senaste åren, men ökade något jämfört med sommaren 2025, från 1 125 till 1 144. Neonatalvården var mer ansträngd, men situationen kunde hanteras genom god samverkan med övriga enheter i regionen.

Produktion januari t.o.m. augusti

Ackumulerat 2026 uppgår antalet besök till ca 104% av budget och antalet vårdtillfällen till ca 106%. Antalet operationer uppgår till 95,7% mot plan, vilket är en ökning med 3,9% jämfört med samma period 2025.

Under perioden januari till och med augusti når Södersjukhuset 104,8% av avtalad målvolym i DRG-poäng för vårduppdraget.

Tillgänglighet

Södersjukhuset fortsätter att arbeta för att patienter ska få vård i rätt tid och utan onödig väntan.

Arbetet sker genom både sjukhusövergripande insatser för effektivare patientflöden och riktade åtgärder inom verksamheter där kösituationen är mer ansträngd.

Tillgängligheten påverkas alltid negativt under sommarperioden men är bättre än motsvarande period föregående år tack vare högre produktion. I augusti uppgår andelen patienter som får ett nybesök inom 30 dagar till 76% och andelen som får behandling inom 90 dagar till 84%.

Personalsituation

Personalsituationen under sommaren har varit stabil, med god bemanning, låg sjukfrånvaro och utan behov av inhyrd personal. Fler medarbetare har kunnat få semester jämfört med tidigare år. Samtidigt har både övertid och timtid minskat.

Fokusområden och aktiviteter



Förenkla:

Kloka kliniska val handlar om att minska överdiagnostik och överbehandling då en betydande del av vårdens resurser används idag på åtgärder som inte skapar värde för patienten. Södersjukhuset har därför arbetat systematiskt för att identifiera och eliminera vård som inte gör nytta för patienter. Arbetssättet ska höja vårdkvaliteten och frigöra resurser för vård som gör nytta. Sjukhuset har bland annat upprättat ett ambassadörsprogram för Kloka kliniska val och under året påbörjat implementering av specialistföreningarnas rekommendationer: Ett exempel är att ordinera "En påse blod i taget”, i stället för två, som är det traditionella arbetssättet.

Akuta flöden: Arbetet pågår fortsatt för att förbättra sjukhusets flöden. G-CDU, som har varit igång ett år, har med framgång minska antalet äldre patienter med långa vistelser på akutmottagningen och fler har fått vård utan att behöva läggas in på en slutenvårdsavdelning. Under det första året behövde 97% av patienterna inte vistas på akutmottagningen längre än åtta timmar. Drygt 80% kunde skrivas ut direkt från G-CDU efter 16 till 18 timmar, medan 18% behövde fortsatt vård på en slutenvårdsavdelning.

Kompetens omvårdnad: Omvårdnadsfrågorna har fortsatt utvecklats på sjuhusövergripande nivå. Ett ledningssystem för omvårdnadsfrågor har upprättats, ny gemensam standard för omvårdnad på Södersjukhuset är beslutad och komptensplaneringen vidareutvecklas.

Dimensionering: Mall för dimensionering är framtagen. Verksamheter kan med stöd av controller och HR partner beräkna framtida resursbehov baserat på produktionsplaneringen och samtidigt simulera kostnader i förhållande till budget. Under hösten kommer samtliga verksamhetsområden göra egna beräkningar och analyser för att förbereda en bredare implementering.

FoUUi

Under första halvåret 2026 fastslog sjukhusledningen FoUUi-strategin 2026–2030. Den sätter riktningen för sjukhusets forskning, utbildning, utveckling och innovation kommande år.

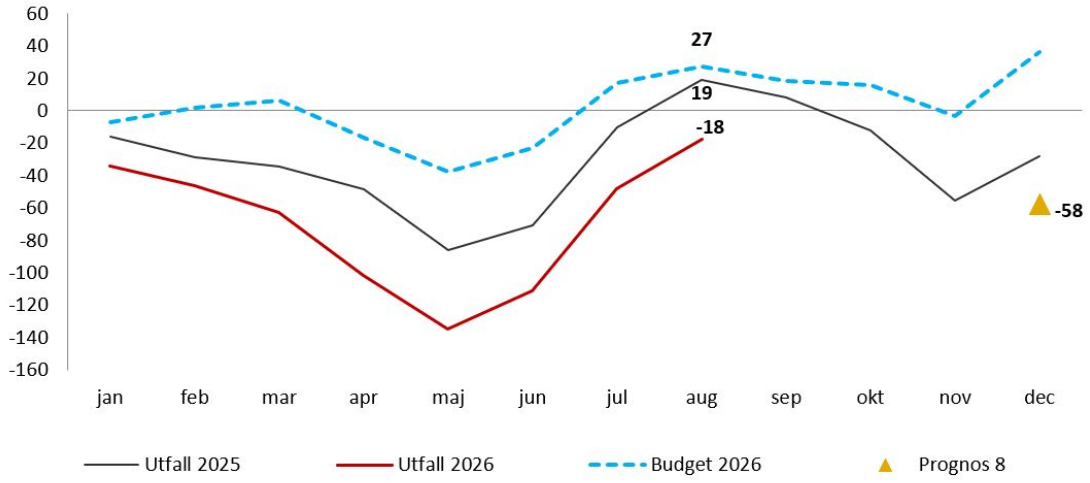
Antalet kliniska studier fortsätter att öka och nya ramavtal med life science-industrin ger en snabbare och mer förutsägbar väg in för industrisponsrade kliniska prövningar. SöS Testbädd har publicerat en tjänsteportfölj och hanterat ca 20 projekt med externa parter inom innovation sen lansering i början av året. Antalet registrerade studier i Region Stockholms databas för kliniska studier har ökat med 28% jämfört med augusti förra året.

Inom utbildning pågår sjukhusets satsning för alla professioner "Stoppa blödning" där hittills ca 800 medarbetare utbildats. Handledarprocessen har också utvecklats med en utökad tillgänglighet för läkare att genomgå handledarutbildning och en tydligare rutin för handledning av AT och BT för respektive område.

Ekonomi

Det ekonomiska resultatet ackumulerat till och med augusti uppgår till minus 17,5 mnkr, vilket innebär en negativ budgetavvikelse med 44,8 mnkr. Resultatet har förbättrats med 31 mnkr sedan juli och förklaras av fortsatt höga intäkter för vårdproduktion samt ökade bidrag. Avvikelsen jämfört med budget har förbättrats med 21 mnkr sedan juli.

Resultatet har försämrats med 36,8 mnkr jämfört med föregående år. Sjukhuset prognosticerar ett negativt årsresultat om 57,5 mnkr.



2 Styrning och ledning

2.1 Verksamhetsfakta

Vårduppdrag – Akutsjukhusnämnden (ASN)

Akutsjukhusnämnden består av förvaltningarna Danderyds Sjukhus, Sankt Eriks Ögonsjukhus, Södersjukhuset och Södertälje Sjukhus. Sjukhusen ansvarar för specialiserad och högspecialiserad akut och elektiv somatisk sjukvård, samt annan vård som av olika skäl bör ges vid akutsjukhus. Vården ska bedrivas dygnet runt, årets alla dagar, och omfatta barn och vuxna folkbokförda i Sverige.

Södersjukhuset är ett akutsjukhus och undervisningssjukhus som bedriver specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård med vissa högspecialiserade inslag. Södersjukhuset har NHV uppdrag inom handkirurgi, endometrios, TOS (thoraxapertursyndrom) samt vingskapula.

Samverkan och vårdövergångar

Södersjukhuset ska aktivt delta i samordnad vård- och omsorgsplanering, säkerställa väl fungerande vårdövergångar till andra vård- och omsorgsgivare samt samverka med andra vårdgivare inom sitt geografiska område för att stärka vård på rätt nivå. Möjligheterna till distanskonsultationer mellan vårdcentraler och specialistvården ska fortsätta utvecklas som alternativ till fysiska remisser.

Under 2025 bidrog sjukhuset i elva uppdrag från Akutsjukhusnämnden för att förbättra samordningen mellan de fyra akutsjukhusen. För 2026 har Akutsjukhusnämnden fått i uppdrag att genomföra en systematisk kartläggning av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter inom vårdverksamheten.

Krisberedskap och civilt försvar

Södersjukhuset ska upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap som säkerställer att vårduppdraget kan utföras vid särskild händelse, kris, höjd beredskap eller krig. Arbetet med krisberedskap och civilt försvar fortsätter som en del av sjukhusets långsiktiga förmågeutveckling.

Organisation

Den 1 januari 2026 övergick Södersjukhuset till en ny organisation. Organisationen bygger på fyra övergripande vårdområden: Opererande specialiteter, Medicinska specialiteter, Diagnostik och teknik samt Sachsska barn - och ungdomssjukhuset. Syftet är att förenkla ledning och styrning, stärka omvårdnadsperspektivet och FoUUi och skapa tydligare ansvar och mandat.

2.2 Mål

2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa

Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov

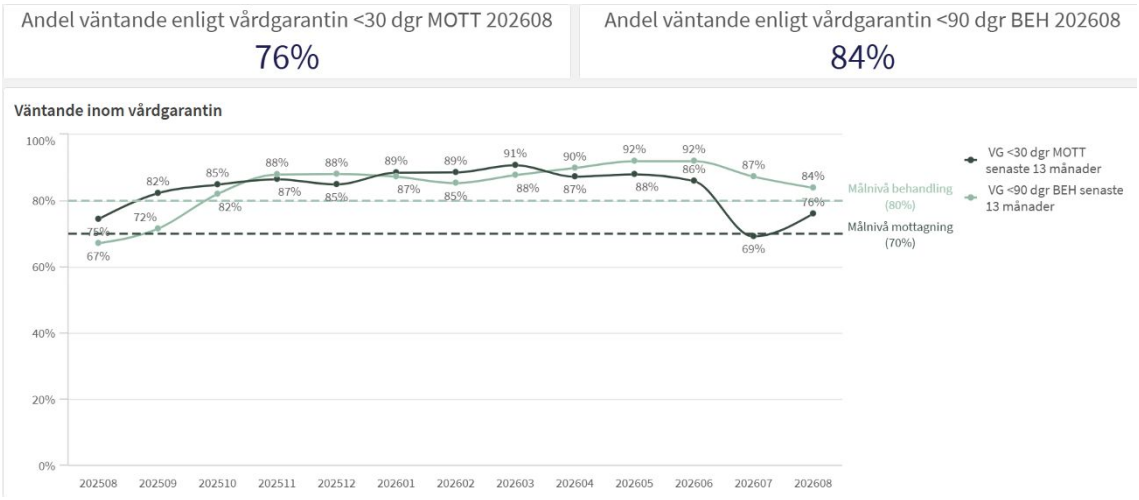


Kommentar

Södersjukhusets bedömning är att målet uppnås.

Det akuta inflödet av patienter fortsätter öka varje år. Trots det har tillgängligheten till Södersjukhuset ökat föregående år och fortsätter under 2026 vara god, nu med siffror över regionens målsättning. Framgången beror på många samverkande faktorer som exempelvis framgångsrik kökapning, restriktiv inhyrning, förbättrad kompetensförsörjning och lägre sjuktal. Dessutom finns ett fokus både inom regionen och på Södersjukhuset kring en förbättrad och effektivare behovsstyrd produktionsplanering och kapacitetstyrning som ger förutsättningar för en förbättrad tillgänglighet. Arbetet med förbättrade patientflöden, förbättrade in-och utskrivningsprocesser och fortsatt poliklinisering har resulterat i kortare vårdtider med lägre beläggning inom slutenvården.

Semesterperioder innebär alltid försämrad tillgänglighet och i sommar har även söktrycket varit högt på på akutmottagningen vilket resulterat i perioder av crowding och försämrade flöden på akuten. Trots att antalet inläggningar ökade med 5,8% jämfört föregående sommar redovisas bättre tillgänglighetssiffror för Södersjukhuset än motsvarande period föregående år tack vare hög och jämn produktion. Utvecklingen av tillgängligheten under 2026 framgår i figuren nedan och kurvorna har redan vänt upp i augusti. Andelen patienter som får ett nybesök inom 30 dagar uppgår nu till 76% och andelen som får behandling inom 90 dagar är 84%. Sjukhuset når alltså regionens målsättning och Södersjukhuset arbetar på ytterligare förbättringar under hösten.



Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	84 %	67 %		>=80 %	80 %
Kommentar Utfallet är 87 %, vilket överstiger målet 80 % och är en tydlig förbättring jämfört med 2025 (74 %). Målet bedöms uppnås med god marginal.					
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	76 %	75 %		>=2 025 %	Öka från år 2 025
Kommentar Utfallet 2025 var mycket högt (85%) under sommaren koncentrerar verksamheten framförallt sig på slutenvård vilket bidragit till att utfallet minskat för mottagningsverksamheten. Sjukhuset bedömer ändå att målet kommer att uppnås 2026 genom en rad aktiviteter i höst.					
Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning	75	74		2 025	Minska från år 2 025

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
(Regionfullmäktige)					

Kommentar

Under vårterminen har Akutmottagningen vi infört rutiner kring inskrivningsbeslutet så att vårdplatskoordinatorn tidigare kan se vilka patienter som troligen behöver skrivas in i slutenvården.
Tester har genomförts kring triageläkare och provtagningsundersköterska under vårterminen och planen är att implementera båda åtgärderna under hösten.
Med det fortsatta arbetet bedöms målnivån kunna uppnås vid helår 2026.

Total vistelsetid på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	253	254		<2 025	Minska från år 2 025

Kommentar

Under vårterminen har Akutmottagningen vi infört rutiner kring inskrivningsbeslutet så att vårdplatskoordinatorn tidigare kan se vilka patienter som troligen behöver skrivas in i slutenvården.
Tester har genomförts kring triageläkare och provtagningsundersköterska under vårterminen och planen är att implementera båda åtgärderna under hösten.
Resultatet ska vara 285 min för helår 2025.

Med det fortsatta arbetet bedöms målnivårn kunna uppnås för helåret 2026.

Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Kommentar

Södersjukhusets bedömning är att målet uppnås.

In- och utskrivningsprocessen

Södersjukhuset bedriver flera projekt för att minska ledtiderna på akutmottagningen. En arbetsgrupp, ledd av verksamhetschefen för akutmottagningen, arbetar tillsammans med verksamheterna för att utveckla vårdflödena. Ett av projekten fokuserar på triageprocessen för gående patienter, som utgör cirka 50 % av patienterna på akutmottagningen.

Den geriatriska bedömningsenheten G-CDU, med 12 vårdplatser, har nu varit i drift i ett år och bidrar till kortare väntetider för sköra, äldre patienter. En utvärdering av verksamheten planeras under hösten 2026.

Återkommande samverkansmöten genomförs även med geriatriska vårdgrannar samt företrädare för ASIH och palliativa vårdenheter i söderort. Samverkan bidrar till smidigare vårdprocesser och snabbare övergångar mellan olika vårdgivare.

Omvårdnadsrelaterade aktiviteter

Södersjukhuset genomför regelbundet utbildningar i kateter-, pneumoni- och infartsrelaterad omvårdnad för att förebygga trycksår och vårdrelaterade infektioner.

Inom sjukhusets nya organisation har fyra omvårdnadsansvariga sjuksköterskor utsetts. Tillsammans med områdeschefer och chefsjuksköterska ansvarar de för att utveckla och samordna omvårdnadsarbetet. Under perioden har ett omfattande arbete genomförts för att skapa ett mer enhetligt och patientsäkert arbetssätt inom hela sjukhuset.

Standardiserade vårdförlopp för cancer

Södersjukhuset ansvarar för tio standardiserade vårdförlopp inom cancerområdet. De fastställda

ledtiderna uppnås i 60 % av fallen. Bäst resultat redovisas för tjock- och ändtarmscancer, prostatacancer och njurcancer, där ledtiderna uppnås i 89 %, 83 % respektive 64 % av fallen.

Årets patientenkät visar ett högt helhetsintryck. Samtidigt kvarstår behov av fortsatt utveckling inom tillgänglighet, delaktighet och involvering.

Patient- och säkerhetskultur

Södersjukhuset har genomfört flera sjukhusövergripande aktiviteter för att stärka patient- och säkerhetskulturen, bland annat föreläsningar, seminarier och patientsäkerhetsdialoger med verksamheternas ledningsgrupper.

Under hösten anordnas patientsäkerhetsfika, där medarbetare ges möjlighet att föra en informell dialog om patientsäkerhetsfrågor med representanter från avdelningen för kvalitet och patientsäkerhet och medarbetare från andra medicinska enheter. Syftet är att skapa utrymme för att lyfta både enkla och mer komplexa patientsäkerhetsfrågor.

Parallellt fortsätter arbetet med Kloka kliniska val. Arbetet omfattar ett femtontal verksamhetsnära initiativ samt ett sjukhusövergripande initiativ. En ambassadörsgrupp med läkare och sjuksköterskor utbildas för att stödja det fortsatta arbetet när projektet övergår i förvaltning under nästa år.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle *(Regionfullmäktige)*	0,6	0,7		<=2 025	Bibehålla eller minska från år 2 025

Kommentar

Antalet utskrivningsklara dagar per patient är fortsatt mindre än en dag (ca 0,6), vilket är fortsatt under målnivån 1,2 dagar.

Ett kontinuerligt arbete pågår Inom slutenvården på sjukhuset för att säkerställa tidig kommunikation med vård- och omsorgsaktörer vid behov av vidare insatser, med patientens perspektiv i fokus.

Samverkansplattformen Life Care SP, korrekt använd redan från inskrivning, stödjer en effektiv vårdkedja. Återkommande utbildning av nyanställda är obligatoriskt och nödvändigt för att kunna optimera vårdtillfället och minska onödig vistelse på akutsjukhuset.

Prognosen är att delårsresultatet bör kunna upprätthållas och målnivån för 2026 nås med ovanstående åtgärder.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner *(Regionfullmäktige)*	3,4 %	3,8 %		<=4 %	<=4 %

Kommentar

Andelen patienter som ordinerats antibiotika på grund av en vårdrelaterad infektion har minskat med 0,3 procent jämfört med föregående år.

Sjukhuset har under året fortsatt det systematiska arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Validering av ordinationsorsaker i Infektionsverktyget har genomförts.
Internationella handhygiendagen uppmärksammades med utbildningsaktiviteter och en självskattning av hygienrutiner. En nano-utbildning om vårdhygien och VRI (nio avsnitt) har distribuerats till samtliga medarbetare med patientkontakt. Verkstäder för att förebygga kateterrelaterade och infartsrelaterade infektioner har hålligt.

Bedömningen är att målet för året kommer att nås, då sjukhuset avser att ha fortsatt stort fokus på frågan med flera aktiviteter inplanerade även under hösten.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Genomföra en systematisk kartläggning av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter inom vårdverksamheten	2026	Genomförd	2026	Akutsjukhusnämnden, genom sina förvaltningar och en särskilt utsedd arbetsgrupp, har genomfört kartläggningar av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter. Arbetet har baserats på en inventering och sammanställning av kartläggningar som nyligen genomförts inom respektive förvaltning. Det saknas i dagsläget ett regionalt eller nationellt standardiserat tillvägagångssätt för denna typ av kartläggning, vilket innebär att olika metodansatser har tillämpats. Genom att sammanföra befintliga underlag har en övergripande och samlad bild kunnat tas fram. Den metodmässiga variationen bedöms ha bidragit till en bredare belysning av frågeställningen. Resultaten från de olika kartläggningarna uppvisar en hög grad av samstämmighet, vilket stärker tillförlitligheten i de identifierade mönstren. Mot bakgrund av genomförd analys har ett antal prioriterade aktivitetsområden identifierats. Dessa omfattar införande och spridning av AI-baserade lösningar såsom tal-till-text, AI-stöd för operationsplanering och

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
				AI-assistenter i syfte att minska dokumentationsbördan och effektivisera administrativa arbetsflöden. Vidare prioriteras automatisering och robotisering av administrativa processer, bland annat inom journalhantering, registrering, kodning, tolkbeställningar och olika former av patientadministration. Kartläggningarna har även identifierat schemaläggning och bemanningsplanering som ett gemensamt utvecklingsområde. Arbetet kommer därför att fokusera på utvärdering och spridning av effektiva arbetssätt för central schemaläggning och bemanningsplanering samt förberedelser inför införandet av nya digitala systemstöd. Ett ytterligare prioriterat område är att systematiskt identifiera och avveckla administrativa arbetsmoment som inte bedöms skapa tillräckligt värde för verksamheten. Arbetet omfattar även fortsatt utveckling av principen om rätt kompetens på rätt plats genom översyn av arbetsfördelning och uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper. Slutligen prioriteras samordning och effektivisering av onboardingprocesser genom återanvändning av befintliga digitala lösningar, standardiserade arbetssätt och

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
				samverkan med pågående regionala initiativ. De prioriterade aktiviteterna bedöms sammantaget ha god potential att minska den administrativa belastningen, öka verksamhetens effektivitet och frigöra mer tid för patientnära arbete.

2.2.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Kommentar

Södersjukhusets bedömning är att målet inte uppnås.

Södersjukhuset redovisar ett ekonomiskt resultat efter augusti som är minus 17,5 mnkr, vilket är en negativ avvikelse mot resultatmålet med -44,8 mnkr. Avvikelsen är huvudsakligen hänförlig till bemanningskostnader. Sjukhusets utmaning är anpassning av bemanningen till de ekonomiska förutsättningarna.

De ekonomiska förutsättningarna är utmanande under 2026 med ett effektiviseringskrav på 1,13%. Uppräkningen av sjukhusavtalets intäkter med 2,2% räcker inte för att täcka prisuppräkning av löner och andra omkostnader. Inför 2026 bedömdes kostnadsreducerande åtgärder och intäktsökningar motsvarande ca 100 mnkr krävas för att nå resultatkravet för 2026.

Sjukhusledningen har beslutat om flera åtgärder för att minska merkostnader för bemanning såsom arbete på övertid, behov av timanställningar, minska inhyrning, öka följsamhet till regler för uttag i ledighet av inarbetad jour/beredskap samt minska behovet av inställelse med kort varsel. En viktig förutsättning är bättre schemaplanering. Åtgärderna har börjat ge effekt men inte i planerad takt. Övertid har minskat med 16,4% och timtid har minskat med 6,6% jämfört med föregående år vilket har minskat kostnaderna med 13 mnkr. Det tar längre tid än planerat att genomföra åtgärderna och arbetet fortsätter även nästa år. I årsprognosen beräknas effekten till 49 mnkr för 2026.

Sjukhuset tillämpar dispensförfarande vid samtliga rekryteringar. Under året har viss förstärkning av personal gjorts på G-CDU (ny verksamhet), PVI (op/ane/steril), akutmottagningen samt vårdadministration (medicinska sekr) för att klara verksamheten.

De minskade förlossningsvolymerna innebär minskade intäkter samtidigt som sjukhuset ska upprätthålla oförändrad kapacitet. Det innebär ett ekonomiskt gap för sjukhuset i storleksordningen 25-30 mnkr.

Sjukhuset har tagit fram en sjukhusgemensam dimensioneringsmodell, vilken bedöms kunna underlätta arbetet med personalplanering och schemaläggning. Dimensioneringsmodellen

kommer att driftsättas inför planeringen 2027.

Arbetet med kloka kliniska val förväntas också ge positiva ekonomiska effekter. Under 2026 bedöms kostnader för laboratorietjänster minska med ca 13 mnkr.

Södersjukhuset står inför omfattande ombyggnationer de kommande åren för att upprätthålla ett robust sjukhus. Ombyggda lokaler i byggnad 17/18 är klara och verksamheterna har flyttat in. Ombyggnation pågår av intensivvårdens lokaler. Även teknisk upprustning av infrastruktur pågår och nyinvestering i reservkraft är under planering. Beslut finns att sjukhuset får finansiering för de ökade hyreskostnader som dessa ombyggnationer medför.

Kravet att effektivisera verksamheten med 1,13% under 2026 kommer att ta längre tid att effektuera och bedöms därför behöva pågå även under 2027.Sjukhuset klarar således inte resultatmålet +33 mnkr under 2026.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Administrativa kostnader ska minska *(Regionfullmäktige)*	77,6 mkr	77 mkr		2 026 mkr	Enligt budget 2 026

Kommentar Prognosen är att sjukhuset uppfyller budgetmålet för 2026.

Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

Kommentar

Sjukhuset bedömer att måluppfyllelsen är osäker.

Miljöarbetet styrs genom sjukhusets miljöledningssystem som är certifierat enligt ISO 14001. Nästa externa miljörevision sker i september 2026.

Minskning av växthusgaser

Sjukhuset arbetar med att minska klimatpåverkan genom olika aktiviteter och åtgärder. Mål och riktlinjer finns för en minskad klimatpåverkan. Risken är stor för att inte nå en minskning om 37% jämfört med 2019 som är regionens målvärde för 2026. Osäkerheten beror främst på begränsade möjligheter att följa upp de faktiska utsläppen, eftersom en regiongemensam metod och ett gemensamt verktyg för klimatberäkningar ännu saknas.

Konsumtionsbaserad klimatpåverkan

Avseende konsumtionsbaserad klimatpåverkan ska sjukhuset under 2026 arbeta för att minska svinnet av engångsprodukter, fortsätta implementeringen av cirkulära skyddsförkläden och öka användningen av engångsprodukter med låg klimatpåverkan, exempelvis produkter som innehåller biobaserat material. Utmaningar finns med att mäta och få fram faktiska utsläppssiffror samt att ett regiongemensamt klimatberäkningsverktyg inte finns.

Hållbarhetskrav i upphandlingar

I de upphandlingar som sjukhuset genomför ställs hållbarhetskrav där detta är relevant och möjligt. Varje upphandling som genomförs bedöms om miljökrav är relevant att ställas. Uppföljning sker årsvis av de upphandlingar som genomförs. Sjukhuset genomför få egna upphandlingar årligen och främs görs avrop från regiongemensamma ramavtal.

Åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden

Sjukhuset arbetar kontinuerligt för att förbättra återvinningen på sjukhuset genom olika aktiviteter där fokus finns för förbättrad plaståtervinning. Arbetet fortsätter också för ett minskat textilsvinn vilket också leder till minskade kostnader, miljö -och klimatpåverkan, en ökning av textilsvinnet har skett under del av året och nytt projekt har startats upp . Tillvaratagande av använda möbler i sjukhusets möbelförråd och viss elektrisk utrustning för återbruk och återanvändning av kläder genom Garderoben för patienter som saknar egna kläder vid hemgång.

Arbetet med implementering av cirkulära skyddsförkläden har fortsatt under första tertialen. Förseningar har skett bland annat på grund av förseningar av material.

Utmaningar med att målen inte ska nås är exempelvis oförutsedda händelser men även att ekonomi och personella resurser saknas för att arbeta med olika åtgärder för att uppfylla målen.

Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling

Kommentar

Södersjukhusets bedömning är att målet uppnås.

Sjukhuset arbetar systematiskt och aktivt, inom ramen för de löpande vårdkontakterna, med att säkerställa att patienterna behandlas likvärdigt och individuellt. Arbetet syftar till att motverka diskriminering på grund av kön, sexuell läggning, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, ålder, funktionsnedsättning eller andra individuella egenskaper. Sjukhuset arbetar även för att säkerställa att vårdens resurser fördelas på ett rättvist och jämställt sätt.

Som en del av arbetet med ökad tillgänglighet har Södersjukhuset, i samverkan med SRF – Synskadades riksförbund och Locum, tagit fram en modell för ledsagning av patienter med synnedsättning samt vårdnadshavare till patienter med synnedsättning. Sjukhusets patient- och närståenderåd är involverat i flera av de utvecklingsarbeten som pågår inom sjukhuset. Rådet träffar sjukhusrepresentanter en gång i månaden, vilket skapar en kontinuerlig dialog och möjlighet för patienter och närstående att bidra till verksamhetens utveckling.

Sachsska barn- och ungdomssjukhuset har fortsatt med utbildningsinsatser med utgångspunkt i barnkonventionen och planerar att inrätta ett barn- och ungdomsråd. Syftet är att ytterligare stärka barns och ungas delaktighet och inflytande i frågor som berör deras vård och situation.

I samverkan med representanter från den Romska gruppen och övriga sjukhus inom regionen pågår ett arbete med att se över och revidera rutiner och riktlinjer vid besök av större grupper på sjukhuset. Utbildningsinsatser planeras i samverkan med berörda verksamheter och övriga sjukhus i regionen.

Flera verksamheter inom sjukhuset genomför utbildningar med fokus på empati och bemötande. Ytterligare utbildningsinsatser är planerade under året, med syfte att stärka ett respektfullt, inkluderande och personcentrerat bemötande i vården.

Sjukhusets patientvägledare tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående samt hanterar inkomna ärenden i samverkan med berörda verksamheter. Synpunkterna utgör ett viktigt underlag i det kontinuerliga förbättringsarbetet och bidrar till att identifiera områden där vårdens kvalitet, tillgänglighet och bemötande kan utvecklas.

2.2.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig

Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Kommentar

Södersjukhusets bedömning är att målet uppnås.

Ett flertal åtgärder genomförs för att säkra ett gott bemanningsläge på såväl kort som lång sikt, tex ett aktivt arbete för att attrahera och rekrytera framför allt erfarna sjuksköterskor. Ett flertal aktiviteter inom arbetsmiljö, ledarskap och kompetensutveckling som syftar till att stärka vår förmåga att behålla medarbetare och minska personalomsättningen fortsätter. Det pågår även ett intensivt arbete med att stärka och effektivisera schemaplaneringen och det har skapats en bättre struktur för samordning och samplanering av resurser inom sjukhuset och Regionen.

En mer detaljerad beskrivning av aktiviteter som bidrar till att sjukhuset når målet återfinns i kapitel 4.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning *(Regionfullmäktige)*	99,9 %	99,7 %		99 %	99 %

Kommentar

Målet är att egen personal ska stå för 99 procent av Södersjukhuset totala bemanningskostnader, Södersjukhuset uppnår således målet och förväntar oss klara detta även på helåret.

Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Kommentar

Södersjukhusets bedömning är att målet uppnås. Bedömningen bygger på en samlad helhetsbedömning där både kvantitativa och kvalitativa faktorer vägs in.

Sjukfrånvaron har minskat kontinuerligt under det senaste året och ligger nu på 5,72% vilket är lägre än målvärdet (6%).

Södersjukhuset har under de senaste åren haft stort fokus på att minska sjukfrånvaron genom att rutiner har setts över, rehabverktyget Hälsosam har implementerats och utbildningar och workshops för chefer, medarbetare och HR har hållits. En ny arbetsmodell för att stärka arbetet har även implementerats, ”riskorienterat arbetssätt”, med syftet att skapa en bättre systematik och proaktivitet. Sjukfrånvarostatistik, och analys respektive åtgärder baserad på denna, har även kontinuerligt efterfrågats vid uppföljningsmöten på olika nivåer på sjukhuset.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel sjukfrånvaro *(Regionfullmäktige)*	5,7 %	6,3 %		<6 %	<6 %

Kommentar

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde

Andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid uppgår per augusti 2026 till 5,72 procent. Årsmålet för den totala sjukfrånvaron 2026 är 6 procent. Sjukhuset tror sig uppfylla målet för helåret.
Att minska sjukfrånvaron är fortsatt en prioriterad fråga och det pågående och systematiska arbetet med åtgärder och aktiviteter fortsätter.

2.3 Uppdrag

2.4 Intern kontroll

2.4.1 Arbetet med intern kontroll

Översikt av internkontrollarbetet

Södersjukhuset har under perioden fortsatt arbetet med intern kontroll utifrån COSO-modellen. Arbetet omfattar identifiering, värdering och uppföljning av väsentliga risker samt genomförande av tillhörande kontroller och åtgärder. Riskerna följs upp av utsedda riskägare och återrapporteras enligt fastställda rutiner.

Ingen väsentlig förändring har skett i sjukhusets övergripande styr- och kontrollmiljö sedan föregående rapportering. Risker och indikatorer är fortsatt strukturerade utifrån sju riskperspektiv med ansvariga chefer och utsedda riskägare. Sjukhuset arbetar löpande med att utveckla det gemensamma arbetssättet för riskhantering, ansvarsfördelning och uppföljning.

Brister och avvikelser som uppmärksammats

Delårsuppföljningen visar att de flesta riskerna har kontrollerats enligt plan, men att vissa avvikelser och utvecklingsbehov kvarstår.

Kontroller av fakturaunderlag, tex. vid planeringsdagar, visar att kompletta underlag fortfarande saknas i flera fall. Arbetet fortsätter därför med månatliga stickprov, information och förtydligade instruktioner.

Inom vårdadministrationen finns en eftersläpning i registreringen av vårdkontakter i TakeCare, bland annat till följd av korttidssjukfrånvaro och begränsad bemanning. Resurser har omfördelats och en extern leverantör har anlitats, men åtgärderna har ännu inte fått full effekt.

Den ekonomiska uppföljningen har genomförts enligt plan, men beslutade åtgärdsprogram har inte gett planerad effekt. Verksamheterna fortsätter arbetet med att genomföra beslutade åtgärder.

Kontroll av avtalsuppföljning har inte genomförts vid delåret eftersom de planerade åtgärderna ännu inte hade påbörjats. En processledare tillträder under tredje kvartalet och kontrollen planeras till årets sista kvartal.

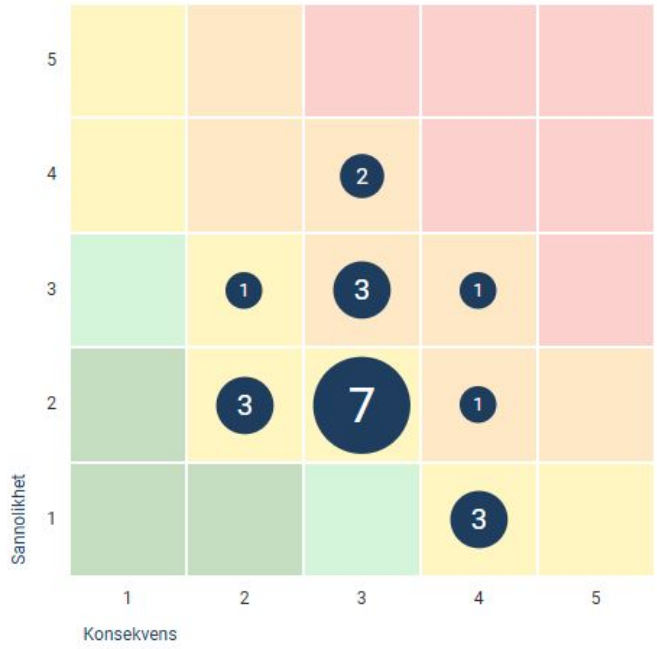
Den planerade kontrollen av regelefterlevnaden inom FoUUi har inte heller genomförts. Fortsatt rapportering av utfall och avvikelser ska säkerställas genom handlingsplaner, indikatorer och uppföljning på områdes- och sjukhusnivå.

De identifierade bristerna och kvarstående aktiviteterna hanteras inom respektive riskområde genom fortsatta kontroller, kompletterande åtgärder och löpande uppföljning.

Avsteg från riktlinjerna för intern kontroll

Inga avsteg från Riktlinje för intern kontroll, RS 2024-0510 och RS 2022-0326, har identifierats under perioden. Att vissa enskilda kontroller återstår innebär inte i sig ett avsteg från riktlinjerna, men kontrollernas status och planerade fortsatta hantering redovisas i uppföljningen.

2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller



Mycket hög risk	
Hög risk	7 st
Medelhög risk	14 st
Låg risk	
Mycket låg risk	

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket hög	Katastrofal - Mycket allvarlig, får inte inträffa
4	Hög	Kritisk - Allvarlig, får helst inte inträffa
3	Medel	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
2	Låg	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten
1	Mycket låg, se frågetecknet	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

Vid riskvärderingen för delåret 2026 omfattar uppföljningen totalt 21 risker. Av dessa klassificeras 7 stycken som hög risk och 14 stycken som medelhög risk. Risker med låg eller mycket låg riskvärdering ingår inte i delårsuppföljningen.

Jämfört med uppföljning vid tertial 1 har 15 risker en oförändrad värdering och 4 risker har minskat i värde. Ingen tidigare värderad risk har ökat i värde. Två nya risker har identifierats och värderats vid delåret. Ingen av de risker som omfattas av uppföljningen har bedömts vara inaktuell sedan föregående rapportering.

Den samlade riskbilden är därmed relativt stabil, med en viss förskjutning mot lägre riskvärden. Samtidigt kvarstår flera höga risker, framför allt inom ekonomi, bemanning och kompetensförsörjning.

De risker som vid delåret klassificeras som hög risk är:

- Risk för negativ avvikelse mot resultatkrav
- Bemanning och kompetensförsörjning
- Otillräcklig tid för FoUUi
- Vårdkontakter registreras inte i tid i TakeCare
- Upprätthålla ändamålsenliga vårdutrymmen
- Bristfällig regelefterlevnad inom FoUUi
- Skyddsförkläden

Följande risker har minskat i värde sedan tertial 1:

- Dokumenthantering av styrande dokument har minskat från riskvärde 9 till 6 genom en lägre bedömd sannolikhet.
- Otillräcklig tid för FoUUi har minskat från riskvärde 12 till 9 genom en lägre bedömd sannolikhet.
- Risken för att produkter med bättre klimatprestanda inte används eller köps in på grund av kostnad har minskat från riskvärde 6 till 4 genom en lägre bedömd konsekvens.
- Efterlevnad av regelverket för bisysslor har minskat från riskvärde 6 till 4 genom en lägre bedömd konsekvens.

Följande nya risker har identifierats och värderats vid delåret:

- Skyddsförkläden har värderats till riskvärde 12.
- Vårdkontakter registreras inte i tid i TakeCare har värderats till riskvärde 9.

Det innebär att antalet höga risker har ökat från 6 vid tertial 1 till 7 vid delåret. Förändringen beror inte på att någon tidigare värderad risk har ökat. Dokumenthantering av styrande dokument har gått från hög till medelhög risk, samtidigt som de två tidigare ovärderade riskerna avseende skyddsförkläden och registrering i TakeCare nu har bedömts som höga.

Riskområdet oegentligheter och välfärdsbrott har inte värderats som *en* gemensam risk. I stället har området delats upp i flera risker som värderas och följs upp var för sig. I delårsuppföljningen ingår risker kopplade till inköp och upphandling, hantering i Heroma samt avtalsuppföljning. Samtliga är värderade som medelhöga risker.

Positiva resultat framgår bland annat inom tillgängligheten till behandling inom 90 dagar, där regionens mål uppnås och köerna minskar, samt inom sjukfrånvaron, som har minskat och ligger under målvärdet på 6%. Även hanteringen av bisysslor och inköpen av produkter med bättre klimatprestanda visar en positiv utveckling. För PDV, dokumenthantering, vårdutrymmen och skyddsförkläden pågår fortsatta åtgärder under resterande del av året.

2.4.3 Försäkran

Nämnden/styrelsen har försäkrat sig om att man genom förvaltningschefen/VD vidtagit nödvändiga åtgärder för att uppnå en tillräcklig intern kontroll inom verksamheten, i enlighet med riktlinjen för intern kontroll (RS 2024-0510, RS 2022–0326).

3 Verksamhet

3.1 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Besök, akuta	90 605	92 799	-2 194	0,3 %	131 870	135 265
Besök, elektiva	354 696	335 878	18 818	2,6 %	540 720	522 566
Öppenvårdsbesök, totalt	**445 301**	**428 677**	**16 624**	**2,1 %**	**672 590**	**657 831**
- varav utomlän/utland	8 160	8 122	38	-9,9 %	12 175	12 082
Slutenvårdstillfällen, akuta	30 149	27 921	2 228	8 %	44 372	42 165
Slutenvårdstillfällen, elektiva	4 650	4 971	-321	5,1 %	7 409	7 738
Slutenvårdstillfällen, totalt	**34 799**	**32 892**	**1 907**	**7,6 %**	**51 781**	**49 903**
- varav förlossning, totalt	3 521	3 965	-444	-7,9 %	5 215	5 700
- varav utomlän/utland	1 054	1 069	-15	7,9 %	1 599	1 599
Antal vårdplatser	**498**	**539**	**-41**	**6,6 %**	**568**	**568**

Antalet förlossningar för perioden jan t.o.m. aug 2025 var 3 559, dvs utfallet för samma period 2026 avviker negativt med ca 1,1%. Den procentuella förändring som anges i tabellen är felaktig.

3.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Öppenvård

Akuta öppenvårdsbesök uppgår till 90 605 för perioden januari t.o.m. augusti, vilket är 2 194 färre än budgeterat och motsvarar en avvikelse på -2,4%. Jämfört med motsvarande period föregående år har antalet akuta öppenvårdsbesök ökat med 0,3 %. Minskningen mot budget förklaras framför allt av färre patienter vid Sachsska barnakuten, där införandet av antikroppsbehandling mot RS-virus har haft en tydlig påverkan. Vuxenakuten har samtidigt tagit emot fler akuta patienter än under motsvarande period föregående år, en ökning med ca 3,7%, medan antalet patienter vid gynakuten är i motsvarande nivå som 2025.

Antalet elektiva öppenvårdsbesök uppgår till 354 696, vilket är 18 818 fler än budgeterat och motsvarar en positiv avvikelse på ca 5,6%. Jämfört med motsvarande period föregående år har antalet elektiva öppenvårdsbesök ökat med 2,6%. Inom ögonmottagningen har volymerna minskat jämfört med föregående år, främst till följd av förändrade behandlingsintervall efter introduktionen av ett mer potent läkemedel. Samtidigt ses ökade volymer inom flera andra verksamheter, framför allt inom verksamhetsområde internmedicin, bland annat vid endokrinmottagningen, samt inom mammografiverksamheten och Sachsska barnsjukhuset.

Totalt uppgår antalet öppenvårdsbesök till 445 301, vilket är 16 624 fler än budgeterat. Det motsvarar en positiv budgetavvikelse på cirka 3,9%. Jämfört med motsvarande period föregående år har antalet öppenvårdsbesök ökat med 2,1 %.

Slutenvård

Antalet vårdtillfällen inom akut slutenvård uppgår till 30 149, vilket är 2 228 fler än budgeterat och motsvarar en positiv budgetavvikelse på 8%. Sjukhusets Geriatric Clinical Decision Unit (G-CDU) bidrar till volymökningen och motsvarar cirka 5,5% av sjukhusets producerade vårdtillfällen inom akut slutenvård. Jämfört med motsvarande period föregående år har antalet akuta vårdtillfällen ökat med 8%.

Den elektiva slutenvården omfattar 4 650 vårdtillfällen, vilket är 321 färre än budgeterat och motsvarar en avvikelse på -6,5 %. Budgetavvikelsen återfinns främst inom ortopedin. Jämfört med motsvarande period föregående år har produktionen samtidigt ökat med 5,1 % inom den elektiva slutenvården som helhet.

Totalt uppgår antalet vårdtillfällen inom slutenvården till 34 799, vilket är 1 907 fler än budgeterat. Det motsvarar en positiv budgetavvikelse på cirka 5,8%. Jämfört med motsvarande period föregående år har antalet vårdtillfällen ökat med 7,6%.

Medelvårdtiden för perioden januari t.o.m. augusti uppgår till 3,25 vårddagar per vårdtillfälle för hela sjukhuset, jämfört med 3,45 vårddagar per vårdtillfälle under samma period 2025, en minskning med 5,8%. Medelvårdtiden har under perioden bland annat påverkats av införandet av den nya G-CDU-enheten.

Tillgänglighet

I augusti väntade 906 patienter längre än 30 dagar till mottagning. Andelen med en väntetid under 30 dagar uppgick till 76%. Nedgången under juli följde det säsongsmönster som även sågs föregående år, och har nu förbättrats efter sommarperioden. Flest väntande över 30 dagar i augusti återfinns inom gynekologi och handkirurgi.

Totalt väntar 1 225 patienter längre än 90 dagar till behandling i augusti 2026. Av dessa avser 545 patientvald väntan och 138 medicinsk väntan. Andelen inom vårdgarantin med en väntetid under 90 dagar uppgår till 84% (mål 80%). Högst antal väntande över 90 dagar återfinns inom ortopedi och handkirurgi.

Beläggning

Beläggningen på vårdplatser vuxen (exklusive tekniska vårdplatser) har i genomsnitt varit 96% för januari t.o.m. augusti (beräknad som ett genomsnitt av alla dagar kl. 06:00 på morgonen). Under augusti månad var beläggningen på vårdplatser vuxen (exklusive tekniska vårdplatser) 93%.

Antalet disponibla vårdplatser varierar. I snitt har sjukhuset (exklusive tekniska vårdplatser) under årets första åtta månader haft 498 disponibla vårdplatser.

Intensivvård

Sjukhusets intensivvård bedrivs inom IVA och MIVA. Under perioden har sjukhuset haft totalt 20 disponibla intensivvårdsplatser. I augusti uppgick antalet disponibla platser till 18 stycken. Den genomsnittliga beläggningen på IVA, mätt dagligen kl. 06.00, uppgick till 72% under årets första åtta månader. Beläggningen var 78% i augusti.

Förlossning

Skillnaden i antalet förlossningar jämfört med föregående år har minskat under perioden. Antalet förlossningar ligger dock fortsatt något lägre än 2025. T.o.m. juli uppgår antalet

förlossningar till 3 521 stycken, jämfört med budgeterade 3 965 stycken, en avvikelse om ca 11,2%. Motsvarande period 2025 uppgick antalet förlossningar till 3 559 stycken.

Måluppfyllelse DRG-poäng i sjukhusavtalet

Sjukhuset når 104,8% av avtalad målvolym i DRG-poäng för perioden januari t.o.m. augusti.

Slutenvården når 106,1% av budgeterad målvolym och öppenvården når 103,3% av budgeterad volym. Inom slutenvården kan ca 60% av överproduktionen härledas till GCDU enheten.

3.1.2 Prognos i jämförelse med budget

Öppenvård

Antalet öppenvårdsbesök prognostiseras till totalt 672 590 för helåret, vilket är cirka 2 % över budgeterad volym. Det är främst inom den elektiva öppenvården som ökningen fortsatt förväntas. Den elektiva öppenvården prognostiseras till 540 720 besök, cirka 3,5 % över budget.

Mammografiverksamheten, som omfattar både screening och klinisk mammografi, har uppvisat en stark produktionsåterhämtning efter årets svaga inledning. Till och med augusti ligger utfallet över budget. Helårsprognosen uppgår till ca 2% över budgeterad volym. Prognosen innebär samtidigt ett försiktigt antagande om att den positiva avvikelsen per augusti, mot budget, minskar något under årets återstående månader.

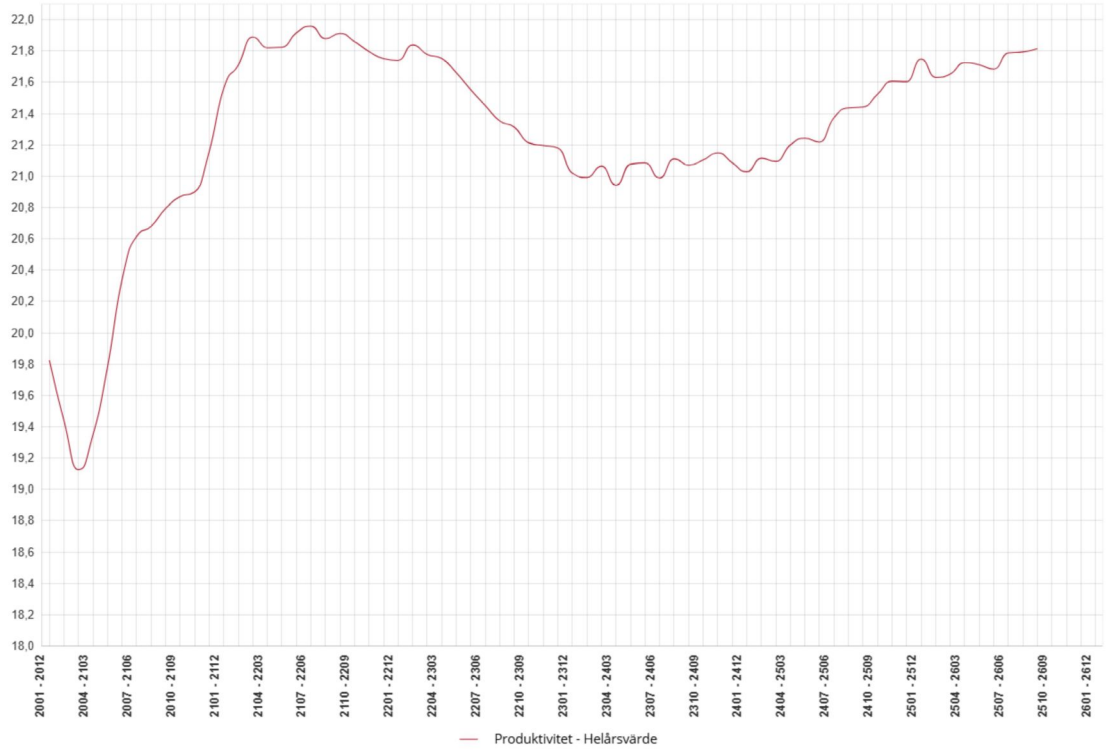
Den akuta öppenvården prognostiseras till 131 870 besök, vilket är cirka 2,5% under budget.

Slutenvård

Antalet akuta slutenvårdstillfällen prognostiseras till 44 372, cirka 5% över budget, vilket bland annat förklaras av G-CDU. Den elektiva slutenvården prognostiseras samtidigt till 7 409 vårdtillfällen, cirka 4% under budget. Sammantaget prognostiseras 51 781 vårdtillfällen inom slutenvården, vilket är cirka 4% över budgeterad volym.

Antalet förlossningar prognostiseras till 5 215, jämfört med budgeterade 5 700. Det motsvarar en negativ avvikelse på cirka 8,5%. Till och med augusti har 3 521 förlossningar genomförts vilket är 38 färre förlossningar jmf med samma period föregående år, en minskning med ca 1,1%.

3.2 Produktivitet



Helårsvärde (DRG/ Närvarotid HÅA snitt) 6 Årsperiod

Prduktivitetsutvecklingen har varit stigande under de två senaste åren.

Produktivitet kan mätas på olika sätt. Sjukhuset mäter produktivitet i antal DRG- poäng i förhållande till närvarotid HÅA. Produktiviteten januari till augusti har ökat med 0,35% jämfört med samma period 2025, med hänsyn taget till inhyrd personal.

DRG produktionen har ökat med 3,2% samtidigt som närvarotiden HÅA har ökat med 2,8%.

För att förbättra produktiviteten arbetar sjukhuset med produktions- och kapacitetsplanering, där löpande uppföljning av produktion, bemanning och ekonomiskt utfall sker. Verksamheterna arbetar parallellt med att förbättra schemaplaneringen samt minska övertid och användning av timanställda.

4 Personal

Under första halvåret har verksamheten påverkats av flera personalrelaterade satsningar med fokus på stärkt arbetsmiljö, minskad sjukfrånvaro, ökad frisknärvaro och långsiktig kompetensförsörjning. Insatserna omfattar bland annat stöd till chefer i rehabiliterings- och arbetsmiljöfrågor, utveckling av det systematiska arbetsmiljöarbetet samt förebyggande arbete kopplat till hot och våld.

Därutöver har satsningar genomförts inom chefs- och ledarskapsutveckling, bland annat genom coaching, utveckling av ledningsgrupper och översyn av chefers förutsättningar.

Vid årsskiftet infördes en ny organisation, bland annat med syftet att skapa en förenklad och förstärkt ledning och styrning och skapa en bättre arbetsmiljö för chefer och medarbetare. Mot bakgrund av detta förändrade även stödfunktionerna sina arbetssätt för att kunna ge ett mer samlat och verksamhetsnära stöd till cheferna.

4.1 Uppföljning avsatta medel

4.1.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö

Södersjukhuset har startat både övergripande och lokala arbetsmiljöinsatser kopplat till regionsmedel. Exempel på centrala projekt är bland annat att fortsatt ha en rehabcoach som stödjer chefer och HR i svåra rehabärenden, en hälsopedagogtjänst som arbetar brett ut mot verksamheterna främst utifrån den organisatoriska och sociala arbetsmiljön, och en del av en arbetsmiljöspecialist för att stärka det systematiska arbetsmiljöarbetet. Syftet är att minska sjukfrånvaron och öka frisknärvaron för att säkra kompetensförsörjningen och ge verksamheten förutsättningar att skapa en god arbetsmiljö som bidrar till en hållbar och hälsofrämjande arbetsplats.

4.1.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning är en strategisk prioritet för Södersjukhuset. Arbetet sker i nära samverkan mellan verksamheter, stödfunktioner och ledning för att långsiktigt säkra rätt kompetens och en hållbar försörjning.

Arbete pågår med att integrera kompetensplanering i verksamhetsplaneringsprocessen. Ett sjukhusövergripande projekt ”Kompetens omvårdnad” har startat för att vidareutveckla process, verktyg och insatser kopplat till kompetensförsörjning specifikt inom Omvårdnadsområdet.

Region Stockholms IT-stöd Kompetenstorget har lanserats och arbete pågår med att informera chefer om hur det används. Systemet samlar stöd för kompetensutveckling och strategisk planering i ett verktyg. Som ett första steg i implementeringen har Södersjukhuset prioriterat medarbetarsamtalet.

I övrigt fortsätter arbetet med aktiviteter för att öka kvarstannandet. Exempel på sådana aktiviteter är fortsatt implementering av de regiongemensamma kompetensstegarna, översyn av chefers förutsättningar, ett aktivt arbete med att utveckla arbetsmiljön och ett stort antal såväl centrala som lokala projekt som syftar till att höja kompetensen inom olika områden i organisationen där behov har identifierats.

4.1.3 Chefsförsörjning, ledarskap- och medarbetarskap i hela Region Stockholm

Södersjukhuset har tilldelats regionala medel för chefsutveckling. Medlen används främst för coaching på individ- och gruppnivå med stöd av upphandlade konsulter.

Södersjukhuset genomför även utvecklingsinsatser för nya ledningsgrupper i syfte att stärka effektivitet, ledarskap och samarbete. En chefsdag planeras i december där samtliga chefer deltar för lärande, nätverkande och inspiration.

Inom regiongemensamma aktiviteter bidrar Södersjukhuset bland annat med handledare i Utvecklande ledarskap. Deltagande sker även i arbetsgrupper och nätverk som arbetar med upphandling av ledarskapstjänster, kompetensmodell för första linjens chefer samt framtagande och implementering av tillämpningsanvisningar för chef och ledarskap.

Internt pågår arbete med översyn och utveckling av sjukhusets obligatoriska chefsutbildningsprogram, vidareutveckling av verktyg kopplade till ledar- och medarbetarsyn samt utveckling av introduktionsprogram för nyanställda.

En översyn av chefers förutsättningar genomfördes förra året som bland annat resulterat i en beslutad organisationsprincip och ett chefsspann som anger antal medarbetare per chef. Aktiviteter kopplat till detta pågår.

Vid årsskiftet infördes en ny organisation på SÖS vilket även innebär nya arbetssätt för stödfunktioner såsom HR och Ekonomi. Syftet med dessa nya arbetssätt är att kunna ge ett ännu bättre stöd till chefer i verksamheten, vilket enligt de första utvärderingarna verkar gett god effekt.

4.2 Helårsarbeten

	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. % utfall fg år	Prognos år	Budget år
Närvaro	3 196	3 111	85	4,1 %	3 308	3 182
Frånvaro	1 584	1 530	54	-1,7 %	1 506	1 453
Extratid	393	382	11	-5,3 %	388	376
Totalt	**5 173**	**5 023**	**150**	**1,5 %**	**5 202**	**5 011**
Varav avtalad tid	4 780	4 641	139	2,1 %	4 814	4 635

** Avtalad tid avser den sammanlagda tiden för närvaro och frånvaro och motsvarar sysselsättningsgraden i förhållande till aktuellt antal dagar under perioden.*

Budget för helårsarbeten rapporterat i ovanstående tabell avviker från Sös slutliga budget 2026, varför den kommenterande texten avviker mot tabellen.

4.2.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Sjukhuset har fler HÅA än vad som ryms inom lönebudgeten.

Personalvolymen uppgick per augusti 2026 till 4 780 helårsarbeten (HÅA) avseende avtalad tid, exklusive extratid. Detta innebär en ökning med 100 HÅA jämfört med samma period föregående år. Närvarotiden har ökat med 128 HÅA, samtidigt som frånvaron minskat med 28 HÅA jmf. med föregående år. Ökningen förklaras bland annat av att sjukhuset har förstärkt bemanningen inom akuten, PVI och den nya enheten G-CDU.

Den totala personalvolymen, inklusive extratid, uppgick till 5 173 HÅA, vilket är 78 HÅA fler än föregående år. Jämfört med samma period föregående år har timtid minskat med 17 HÅA och övertid har minskat med 10 HÅA (inkl. fyllnadstid).

Av sjukhusets anställda i augusti är 6,4% tidsbegränsat anställda, varav många är vikarier för medarbetare som av olika skäl inte är i tjänst. Under 2026 fortsätter Södersjukhuset arbetet med schemaplanering och uppföljning för att säkerställa en ändamålsenlig bemanning och god kostnadskontroll.

4.2.2 Prognos i jämförelse med budget

Sjukhusets stora utmaning är att anpassa bemanningen till de ekonomiska förutsättningarna. Antalet helårsarbetare har ökat mot förgående år, sjukhuset prognostiserar dock att antalet kommer att minska. Den beslutade minskningen avser framför allt extratid, dvs timavlönade samt arbete på övertid.

4.3 Sjukfrånvaro

Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**5,72%**	**6,26**
- varav kvinnor	*6,35%*	*7,05*
- varav män	*3,36%*	*3,27*
Fördelat på period	**2026**	**2025**
1 - 14 dagar	*2,59%*	*2,75%*
15 - 90 dagar	*1,04%*	*0,87%*
91 - dagar	*2,09%*	*2,64%*

Sjukfrånvaron har minskat kontinuerligt under det senaste året och ligger nu på 5,72% vilket är lägre än målvärdet (6%).

Det är den korta respektive långa sjukfrånvaron som minskat i relation till föregående år. Framför allt ser vi en större minskning vad gäller den långa sjukfrånvaron, där vi också under ett antal år har gjort stora insatser bland annat med hjälp av en intern rehabcoach. Sjukfrånvaron är fortsatt betydligt högre bland kvinnor än män, men den stora minskningen ser vi i gruppen kvinnor.

Södersjukhuset fortsätter att arbeta för en hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö genom att systematiskt förebygga ohälsa, minska sjukfrånvaro och stärka chefers förutsättningar att bedriva ett aktivt arbetsmiljöarbete. Vi har ett fortsatt fokus på att minska sjukfrånvaron och öka frisknärvaron vilket är viktigt ur arbetsmiljö- och kompetensförsörjningsperspektiv. Arbetet med att sänka sjukfrånvaron följs upp kontinuerligt i ledningsforum på olika nivåer i organisationen. Den nya arbetsmodellen för att sänka sjukfrånvaron ”riskorienterat arbetssätt” har fortsatt att implementeras i verksamheterna. Syftet är att åstadkomma ett ännu mer strukturerat, systematiskt och förebyggande arbete med att minska sjukfrånvaron på såväl individ- som på arbetsgruppsnivå.

Frisknärvaron förväntas öka med ett aktivt systematiskt arbetsmiljöarbete i verksamheten i kombination med att Sjukhuset har ett brett utbud av hälsofrämjande aktiviteter och stödresurser på individ- och gruppnivå som är framtagna baserat på det identifierade behovet.

5 Ekonomi

Intäkter

Sjukhusets intäkter för perioden januari t.o.m. augusti uppgår till 4 774 mnkr, vilket är 86 mnkr högre än budget. Intäkterna är 6,1 % högre än under motsvarande period föregående år.

Sålda primärtjänster uppgår till 4 317 mnkr, vilket är 23 mnkr lägre än budget. Den negativa avvikelsen förklaras främst av färre förlossningar än budgeterat. Utfallet påverkas även av lägre produktion inom ögonsjukvårdens sidoavtal samt lägre intäkter från utomlänsvård.

Försäljningen av övriga tjänster uppgår till 109 mnkr, vilket är 21 mnkr högre än budget. Avvikelsen förklaras främst av intäkter för intensivvårdstjänster.

Erhållna bidrag uppgår till 209 mnkr, vilket är 59 mnkr högre än budget. Den positiva avvikelsen förklaras bland annat av olika riktade statsbidrag till förlossningsvården, till sexuellt våldsutsatta, till cancerområdet, till kompetensförsörjning samt till sommarbemanning. Även bidrag och ersättningar till forskning och utbildning påverkar positivt.

Övriga intäkter uppgår till 84 mnkr och överstiger budget med 30 mnkr. Avvikelsen förklaras framför allt av läkemedelsåterbäring, ersättning för regionens projekt för återhämtning inom operationsverksamheten samt ersättningar för arbetsmiljöinsatser och kompetensförsörjning. Kostnader för arbetsmiljöinsatserna och kompetensförsörjningen uppstår successivt under året.

Kostnader

Sjukhusets kostnader för perioden januari t.o.m. augusti uppgår till 4 663 mnkr, vilket är 137 mnkr högre än budget. Kostnaderna är 7,0 % högre än under motsvarande period föregående år.

Personalkostnader inklusive inhyrd personal uppgår till 2 957 mnkr och är 93 mnkr högre än budget. Avvikelsen förklaras främst av en högre personalvolym än budgeterat samt av att kostnaderna för övertid och timtid inte har minskat i planerad takt. Sommarmånaderna har en säsongspåverkan på såväl timtid som övertid. Kostnaderna för timtid och övertid är samtidigt lägre än under motsvarande period föregående år. Kostnaderna för inhyrd personal har i princip upphört och är ca 10 mnkr lägre än budget. Antalet anställda har behövt öka på G-CDU (ny verksamhet), PVI (op/ane/steril), akutmottagningen samt vårdadministration (med sekr).

Kostnaden för läkemedel uppgår till 442 mnkr och är 6 mnkr lägre än budget. I kostnaderna för rekvisitionsläkemedel ingår även Beyfortus, en antikroppsbehandling mot RS-virus, med cirka 11 mnkr. Motsvarande ersättning redovisas under övriga intäkter.

Köpta verksamhetsknutna tjänster uppgår till 241 mnkr och är 31 mnkr högre än budget. Avvikelsen förklaras främst av ökade kostnader för köpta vårdrelaterade tjänster, såsom nukleärmedicinska tjänster och laboratorietjänster, samt kostnader för REMEO (intensivvårdstjänster). Motsvarande intäkter finns för dessa intensivvårdstjänster.

Materialkostnaderna uppgår till 275 mnkr och är 27 mnkr högre än budget. Kostnaderna har ökat med 10,2 % jämfört med motsvarande period föregående år, vilket delvis förklaras av sjukhusets högre produktion. Sjukhuset har högre kostnader för materialinköp till PCI-labbet samt ökade kostnader från Medicarrier, inkluderat ökade orderavgifter. Sjukhuset betalar även en avgift för beredskapslager.

Lokal- och fastighetskostnaderna uppgår till 464 mnkr och är 13 mnkr lägre än budget. Den ökade hyran för byggnad 17/18 har börjat belasta resultatet från och med juli, medan kostnaden

i budgeten är periodiserad från januari.

Övriga kostnader uppgår till 284 mnkr och är 5 mnkr högre än budget. Avskrivningarna är samtidigt 7 mnkr lägre än budget.

Resultat

Resultatet ackumulerat till och med augusti uppgår till minus 17,5 mnkr, vilket är 44,9 mnkr lägre än budgeterat resultat.

5.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Patientavgifter	56	56	0	-4,4 %	89	87
Sålda primärtjänster	4 317	4 340	-23	4,8 %	6 533	6 583
Försäljning övriga tjänster	109	88	21	27 %	167	141
Erhållna bidrag	209	150	59	20,1 %	329	228
Övriga intäkter	84	54	30	31,1 %	151	95
Verksamhetens intäkter	**4 774**	**4 688**	**86**	**6,1 %**	**7 268**	**7 134**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-2 957	-2 864	-93	6,8 %	-4 539	-4 380
- varav inhyrd personal	*-1*	*-12*	*11*	*-86,1 %*	*-2*	*-15*
Köpta primära sjukvårdstjänster	0	0	0		0	0
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-241	-210	-31	9,5 %	-355	-319
Läkemedel	-442	-448	6	7,4 %	-670	-677
Materialkostnader	-275	-248	-27	10,2 %	-420	-378
Lokal- och fastighetskostnader	-464	-477	13	7,2 %	-724	-720
Övriga kostnader	-284	-279	-5	3 %	-415	-425
Verksamhetens kostnader	**-4 663**	**-4 526**	**-137**	**7 %**	**-7 124**	**-6 898**
Avskrivningar	-129	-136	7	0,9 %	-202	-205

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Finansnetto	0	1	-1	-91,2 %	1	2
Justering pension mm.	0	0	0		0	0
Resultat**	**-17,5**	**27,4**	**-44,9**		**-57,5**	**33**

* mkr
** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

5.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år

5.1.2 Prognos i jämförelse med budget

Sjukhuset prognostiserar ett negativt resultat för helåret med 57,5 mkr. Intäkterna överstiger budget med 134 mnkr och kostnaderna överstiger budget med 226 mnkr vilket innebär en negativ avvikelse mot budget med 91 mnkr.

Det prognostiserade underskottet är främst hänförligt till bemanningskostnader och kostnader för laboratorieanalyser och material. Åtgärder för att väsentligen minska merkostnader såsom timtid och övertid pågår men bedömningen är att det kommer att ta längre tid än planerat att få full ekonomisk effekt.

Intäkter

Sålda primärtjänster prognostiseras totalt att understiga budget med 50 mnkr. Orsaken är att förlossningsvolymerna samt utomlänsintäkterna prognostiseras att inte uppnår budget. Sjukhusets förlossningsuppdrag är väsentligt högre än de förlossningar som sjukhuset nu har.

Sjukhuset prognostiserar att måluppfyllelsen i DRG-poäng kommer att överstiga vårduppdragets målvolym med ca 4% ffa hänförligt till den nya verksamheten G-CDU. Sjukhuset har budgeterat för den produktionen och intäkterna bedöms uppnå budget.

Erhållna bidrag prognostiseras till ca 101 mkr högre än budget. Övriga intäkter prognostiseras överstiga budget med ca 56 mnkr.

Kostnader

Personalkostnaderna exklusive inhyrd personal prognostiseras överstiga budget med 173 mnkr. Lönekostnader prognostiseras öka med 6,1% jämfört med föregående år. Kostnaderna för inhyrning prognostisera minska med 13 mkr jämfört mot budget. Åtgärder för att minska bemanningskostnader pågår och beräknas ge effekt under året vilket är inarbetat i prognosen.

Kostnader för laboratorietjänster prognostiseras att överstiga budget med 16 mkr och öka med ca 2 mnkr jämfört med föregående år.

Materialkostnader prognosticeras öka med 42 mnkr jämfört mot budget och 20 mnkr jämfört mot föregående år.

5.1.3 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Summa personalkostnader	**-2 955,7**	**-2 852,2**	**-103,5**	**7,1 %**	**-4 537,8**	-4 364,9

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Förändring sem- och löneskuld	28,8	43,5	-14,7	-17,8 %	-37,4	-9,2
Lönekostnad	-2 005,6	-1 938,1	-67,5	5,7 %	-2 986,1	-2 882,7
- varav övertid	*-40,9*	*-33,4*	*-7,5*	*-10,4 %*	*-55,8*	*-68,4*
- varav sjuklönekostnad	*-33,1*	*-34,2*	*1,1*	*-0,1 %*	*-51,1*	*-52,3*
PO-pålägg	-947,3	-926,2	-21,1	8,9 %	-1 454,3	-1 415,2
Övriga personalkostnader	-32	-32	0	18 %	-60	-58
Inhyrd personal	**-1,3**	**-11,7**	**10,4**	**-86,1 %**	**-1,6**	**-14,9**
- varav läkare	*-0,2*	*-0,1*	*-0,1*	*-1,5 %*	*-0,3*	*-0,1*
- varav sjuksköterskor	*-1,2*	*-11*	*9,8*	*-86 %*	*-1,4*	*-13,9*
- varav övrig personal	*0,1*	*-0,6*	*0,7*		*0,1*	*-0,9*
Personalkostnad inkl inhyrd personal	**-2 957**	**-2 863,9**	**-93,1**	**6,8 %**	**-4 539,5**	**-4 379,8**

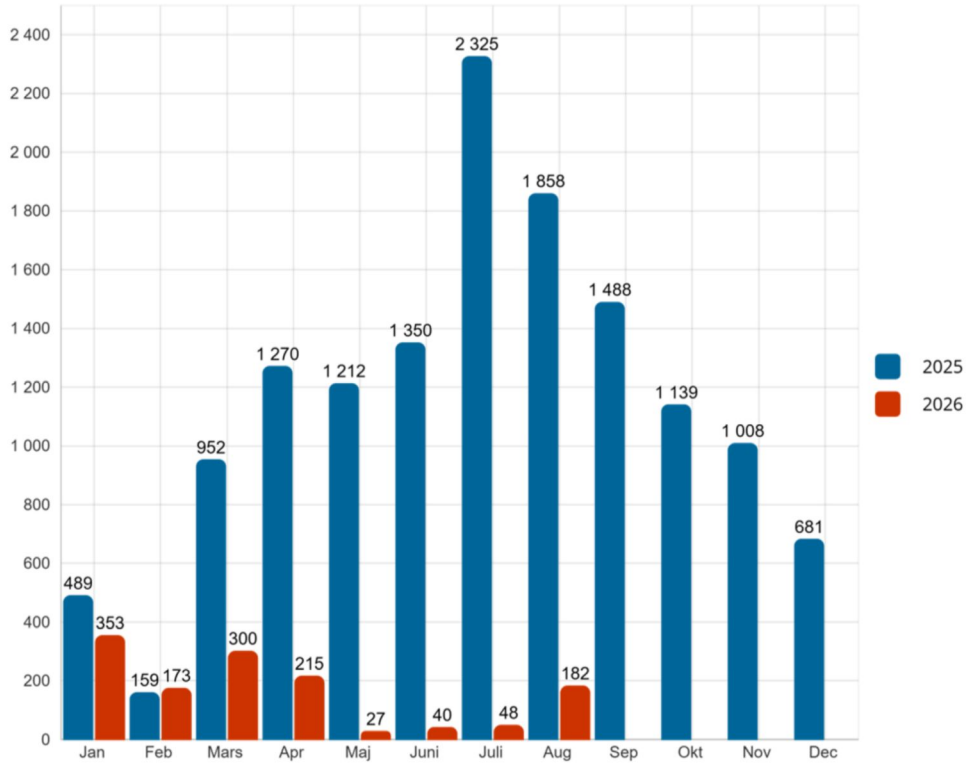
* mkr

Förändring av sem- och löneskuld avviker negativt mot budget med 14,7 mnkr och mot föregående år med 6,2 mnkr. Den negativa avvikelsen mot budgeten avser ett minskat uttag av läkarjour och intjänad komp-tid. Förändring av semesterskuld avviker däremot positivt med 4 mnkr mot budget och 1,4 mnkr mot föregående år pga. ett ökat uttag av semester.

Övertidskostnader har minskat med ca 10% och kostnader för timlön är oförändrad jämfört med föregående år för perioden jan - aug. Antalet timmar övertid har minskat 16% och timtid har minskat 6%. Kostnader för sjuklön är oförändrad jämfört med samma period föregående år, dock har sjukfrånvaron minskat till 5,7% jämfört med 6,5% vid samma period föregående år.

Kostnaden för inhyrd personal har minskat med 86% jämfört med föregående år.

Kostnad inhyrd personal



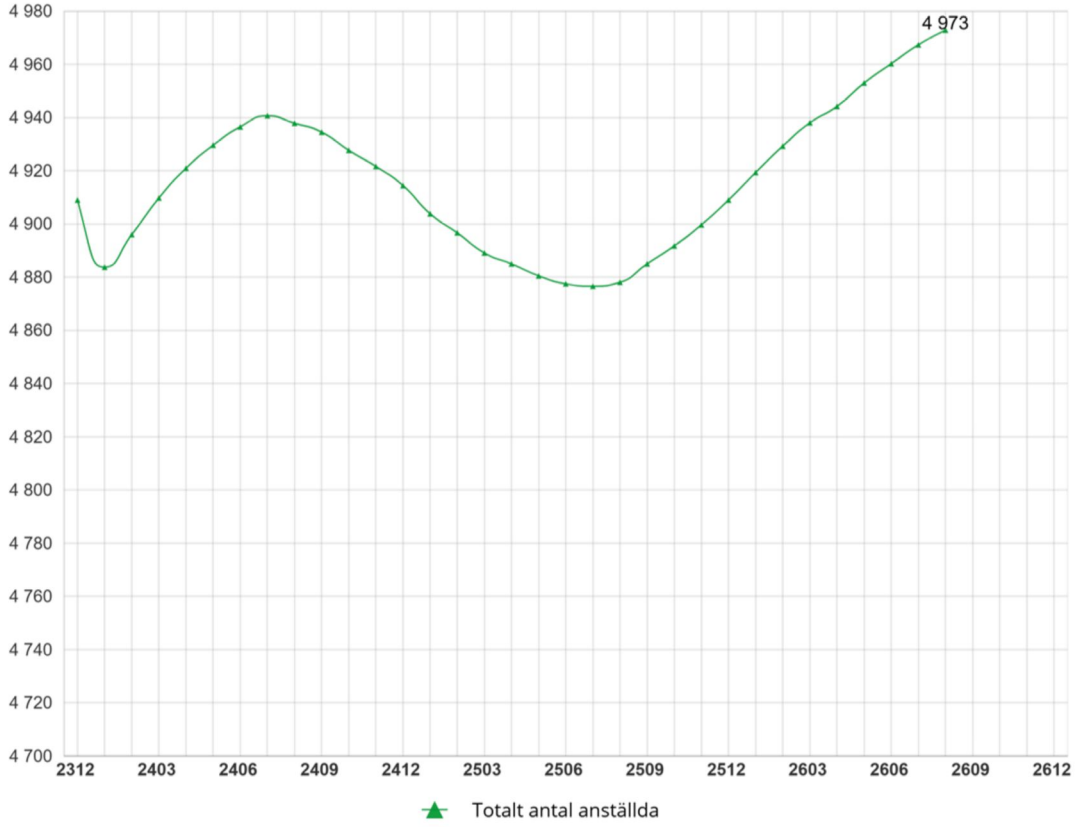
Antal anställda

Antal anställda (rullande 12 månader) har ökat med 95 och är 4 973 per 2608 att jämföra med 4 878 (2508). Av ökningen är 38 tidsbegränsat anställd personal.

Förstärkning av antalet anställda har gjorts på G-CDU (ny verksamhet), PVI (op/ane/steril), akutmottagningen samt vårdadministration (med sekr). Flera av de riktade bemanningsförstärkningarna har bidragit till förbättrade patientflöden, kortare ledtider och bättre förutsättningar i arbetsmiljön.

Sjukhuset jobbar med att minska behovet av timanställda och arbete på övertid. Dispensförfarande vid samtliga rekryteringar används fortsatt.

-



Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Prognos i jämförelse med budget

5.1.4 Konsultkostnader

Externa Konsultkostnader (Mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. %	Prognos år	Budget år
Juridik	-0	-0	0	0 %	0	-0
PR	0	0	0	0 %	0	0
Management	0	0	0	0 %	0	0
IT	-5	-3	-2	40,7 %	-9	-5
Övriga	-6	-6	0	86,3 %	-8	-9
Summa externa konsultkostnader	**-11**	**-9**	**-2**	**61,1 %**	**-17**	**-14**

Konsultkostnaderna utgör 11 mnkr och avviker negativt mot budget med 2 mnkr. Avvikelsen mot budget avser 5G projekt, där kostnaden ersätts av EU-medel. Sjukhuset arbetar kontinuerligt med konsultväxling där möjlighet finns.

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Prognos i jämförelse med budget

5.1.5 Administrativa kostnader

Administrativa kostnader (mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Administrativa kostnader	-77	-77	0	-0,4 %	-120	-122

Administrativa kostnader uppgår till 77 mnkr, vilket är i nivå med budget. Indikatorn omfattar endast kostnader.

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Prognos i jämförelse med budget
Sjukhuset prognostiserar således att uppnå målet.

5.1.6 Säsongsvariationer
Under sommarmånaderna går vårdproduktionen ner något hänförligt till semester. Kostnadsbudgetens andel på sommarmånaderna är fortfarande något för hög. Vilket får till följd att det redovisade resultatet förbättras under sommaren.

Projekt avslutas ofta i slutet av året vilket innebär att kostnader och intäkter resultatavräknas i slutet på året.

5.2 Åtgärder för ett resultat i balans

Åtgärder (Mnkr)	Budgeterad effekt 2026	Realiserad effekt 2026	Prognostiserad effekt 2026	Avvikelse prognostiserad effekt jmft budget 2026	Budgeterad effekt 2027	Budgeterad effekt 2028	Budgeterad effekt 2029
Intäkter	30	25	46	16			
Omställningsstöd förlossning	20	22	22	2			
Bemanning	33	24	58	25			
Labtjänster	13	4	13	0			
Material	3	2	8	5			
Läkemedel	0	4	6	6			
Inhyrd personal	0	8	12	12			
Övrigt	1	1	2	1			

Åtgärder (Mnkr)	Budgeterad effekt 2026	Realiserad effekt 2026	Prognostiserad effekt 2026	Avvikelse prognostiserad effekt jmft budget 2026	Budgeterad effekt 2027	Budgeterad effekt 2028	Budgeterad effekt 2029
Summa	100	90	167	67			

Intäkter

I åtgärdsplanen ingår en produktion som överstiger vårduppdraget, i enlighet med sjukhusets behovsbaserade produktionsplan för 2026. Om sjukhuset producerar över 102,25 % DRG poäng, realiseras en överproduktion som inte är hänförlig till G-CDU. T.o.m. aug har sjukhuset producerat 104,8 % av målnivån för DRG-poäng. Detta medför en intäktsökning under perioden om cirka 25 mnkr avseende överproduktion, som inte är hänförlig till G-CDU.

Omställningsstöd förlossning

Sjukhuset har fått totalt omställningsstöd om 12 mnkr samt stimulansmedel om 10 mnkr för 2026. Sjukhusets uppdrag är 5 700 förlossningar men sjukhuset uppnår inte den volymen. För att kunna upprätthålla kapaciteten om 5 700 förlossningar, behöver sjukhuset ett omställningsstöd i storleksordningen ca 25 mnkr.

Bemanning

Sjukhuset arbetar för att minska sjukfrånvaron och därmed de kostsamma bemanningslösningar som det ofta innebär att ersätta en medarbetare med kort varsel. Fokus är att reducera övertid och timlön med tydliga måltal för verksamheterna och en genomgång av schemaläggningen för att minska behovet av övertid och timtid pågår tillsammans med en HR-specialist. Ytterligare åtgärder är att efterlevnaden av överenskommelsen för jourkomp och kortvarsel ersättning förstärks samt att sjukhuset tillämpar dispensförfarande av alla anställningar.

Verksamheterna har genomfört bemanningsåtgärder för 24 mnkr.

Sjukhuset har aktivt arbetat med att minska inhyrning av vårdpersonal och kommer framöver endast hyra in personal vid särskilda behov när bemanningssituationen kräver.

Labtjänster

En översyn av labbanalyser sker kontinuerligt på hela sjukhuset. Med adekvat provtagning kan sjukhuset effektivisera och minska kostnader relaterat till prover, fokus på Kloka kliniska val bidrar till denna utveckling. Tillsammans med Karolinska universitetslaboratoriet drevs ett projekt med mål att minska kostnader för laboratorietjänster genom att hitta åtgärder som reducerar kostnadsbasen. Snittkostnaden är i nivå med fg år, vilket innebär en kostnadsrecucering med 2% motsvarande prisuppräkningen. Verksamheterna har genomfört åtgärder för 4 mnkr.

Inhyrd personal

Verksamheterna har genomfört åtgärder för inhyrd personal för 8 mnkr.

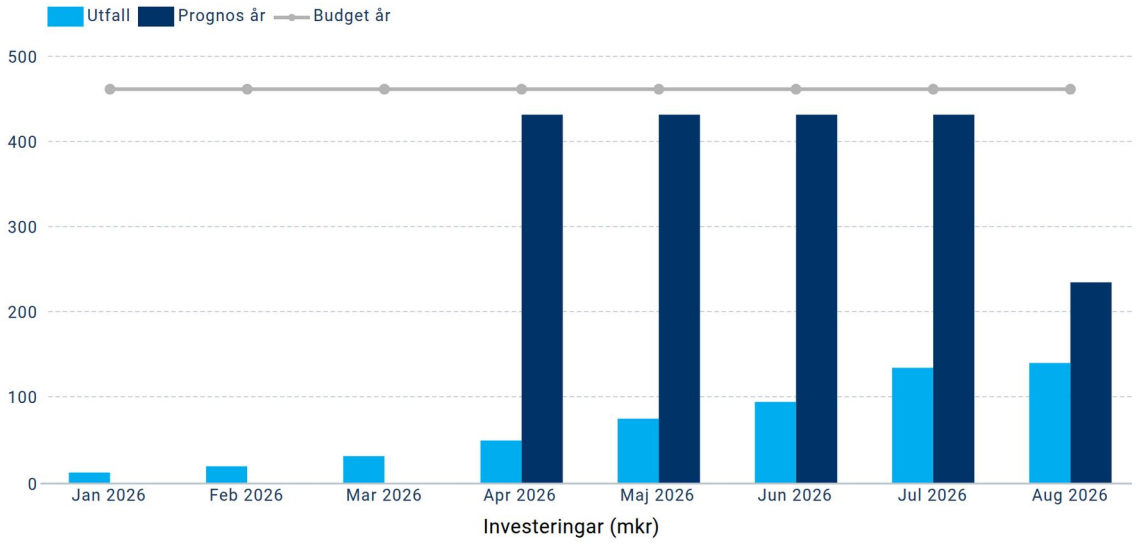
Material

Verksamheterna har genomfört åtgärder för 2 mnkr. Sjukhuset har ett cirkulärt arbetssätt, mindre svinn och minskad användning av engångsmaterial appliceras.

Läkemedel och Övrigt

Verksamheterna har genomfört åtgärder för ca 5 mnkr.

5.3 Investeringar



5.3.1 Investeringsplanens genomförbarhet och risk

Målsättningen är att sjukhuset ska reinvestera enligt plan, dock finns det en viss risk för att sjukhusets resurser inte räcker till för att realisera planerade investeringar. Det är viktigt att investeringsramen för de påbörjade/inplanerade investeringar som ännu inte hunnit genomföras, kan skjutas fram och nyttjas det år som investeringsutgiften faktiskt uppstår.

Omvärldsläget medför att det finns risk för fördröjningar av leveranser samt stora kostnadsökningar.

När det gäller investeringar avseende IT-stöd och infrastruktur kopplat till patientsäkerhet och effektivare arbetssätt pekar utvecklingen på att investeringsbehovet byts ut i större utsträckning mot köp av tjänster. Det föreligger stor risk att sjukhusets löpande driftskostnader ökar i samband med detta skifte samtidigt som avskrivningar minskar.

5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget

Det ackumulerade investeringsutfallet uppgår till 140,1 mnkr vilket motsvarar en upparbetningsgrad på 30,4% i förhållande till budgeterade 460,6 mnkr. Beslutade investeringar fram till och med augusti är 276 mnkr, varav 195 mnkr avser investeringar som beslutades under 2025 men har flyttats fram och förväntas införas 2026. Investeringarna utgör till största del reinvesteringar i medicinteknisk utrustning, samt modernisering av vårdplatser by 17/18.

5.3.3 Årets prognos i jämförelse med budget

Årets prognos uppgår till 234,5 mnkr vilket motsvarar en prognosticerad upparbetningsgrad mot budget på 50,9 %. Sjukhuset planerar att besluta om investeringar motsvarande 343 mkr under 2026.

Prognosen avviker med 226 mnkr mot budget. Avvikelserna för innevarande år och för investeringsplanen som helhet förklaras framförallt av periodiseringseffekter för röntgenutrustning, BY 17/18 och projekt på PVI såsom Nya IVA/MIVA, reinvestering av operationsmoduler, samt Sterilen. Detta innebär tidsförskjutningar från år 2026 till 2027. Tidsförskjutningarna förklaras framförallt av förseningar i byggprojekten vilket i sin tur leder till försenade upphandlings-/inköpsprocesser.

Resterande del av avvikelsen förklaras av projekt där avtal eller upphandling pågår, samt investeringar vars genomförande förskjutits eller behöver samordnas med andra satsningar.

5.3.4 Ny- och ersättningsinvesteringar

Investeringar (mkr)	Utfall ack. innev. år	Prognos innev.år	Budget innev. år	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Nyinvesteringar	74,884	125,351	148,772	-23,421	50,33
Ersättningsinvesteringar	65,220	109,174	311,807	-202,633	20,92
Totalt investeringar	**140,104**	**234,525**	**460,579**	**-226,054**	**30,42**

5.3.5 Utfall och prognos enskilda investeringsobjekt

5.3.6 Driftsatta investeringsobjekt

5.3.7 Kommande investeringsbeslut för investeringsobjekt > 100 mnkr

Investeringsobjekt	Typ av beslut	Inv. utgift beslut Mkr	Total inv. utgift inv. objekt Mkr	Datum beslut nämnd/bolags styrelse	Datum planerat beslut RS/RF
Utrustning till ny strålbyggnad by 27	Planering	226	226	Q2 2027	2027
Ombyggnad vårdplatser, by 14 & 15	Planering	120	120	Q2 2027	2027

Södersjukhuset har två kommande investeringsbeslut i utrustning som överstiger 100 mnkr och de avser utrustning till ny strålbyggnad samt utrustning och inventarier till ombyggnation av By 14/15.

Akutsjukhusnämnden/Södersjukhuset

Fördjupad sammanställning mål, risker och åtgärder

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning..... 3

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet..... 4

2.1 # 5 Ekonomi..... 4

2.2 Skyddsförkläden..... 14

3 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035..... 16

3.1 # 6 Miljö och Social hållbarhet..... 16

4 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare..... 18

4.1 # 7 Kompetensförsörjning..... 18

5 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov..... 21

5.1 #4 Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT..... 21

6 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet..... 25

6.1 #4 Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT..... 25

6.2 # 2 Säkerhet, juridik och informationssäkerhet..... 26

7 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare..... 31

7.1 # 7 Kompetensförsörjning..... 31

1 Läsanvisning

Detta är en fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas nivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Risknivå

- Mycket hög (röd) - Ej acceptabla risker. Åtgärder måste finnas för att sänka risknivån så långt det är möjligt. Avvikelser måste motiveras.
- Hög (orange) - Risker tolereras enbart då åtgärder eller kontroller inte är praktiskt genomförbara eller ekonomiskt försvarbara. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Medelhög (gul) - Risker tolereras enbart om kostnader för åtgärder och kontroller överstiger nyttan. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Låg (grön) - Risker accepteras generellt utan åtgärd men ska bevakas. Nödvändigt att visa att de bibehålls på denna nivå.
- Mycket låg (ljusgrön) - Risker accepteras utan åtgärd.

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

- Streck, ej påbörjad
- Grön, enligt plan
- Gul, merparten åtgärdat men vissa delar kvarstår
- Röd, åtgärd ej enligt plan

Effekt av åtgärd beskriver hur väl de åtgärder som genomförts har haft önskad riskreducerande effekt.

- Streck, ej bedömt
- Grön, bedöms ge önskad effekt
- Gul, att uppnå önskad effekt bedöms som osäkert
- Röd, bedöms inte få önskad effekt

Kontroller

Status beskriver om kontrollen är genomförd och om det finns avvikelser.

- Streck, kontrollen ej planerad att genomföras under perioden eller kommer att genomföras under kommande period/er.
- Grön, kontrollen är genomförd utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

2.1 # 5 Ekonomi

2.1.1 Risk för negativ avvikelse mot resultatkrav

91203



Riskvärde
12
Sannolikhet
4
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Under de senaste åren har sjukhuset arbetat strukturerat med att införa gemensam produktions- och kapacitetsplanering. Sjukhusets produktion har ökat och till och med varit högre än avtalad volym i sjukhusavtalet. Sjukhuset har därigenom ökat intäkterna. Sjukhuset har också jobbat fokuserat med att anpassa bemanningen till de ekonomiska förutsättningarna. Sjukhuset har anställt egen personal och använder endast inhyrd personal vid särskilda bemanningssituationer. Fokus har varit på att förbättra schemaplaneringen och därigenom kunna minska övertidsarbete. Dispensförfarande tillämpas på samtliga rekryteringar. Prognosen för 2025 visar att sjukhusets ekonomiska resultat är nära noll och således närmar sig resultatkravet. I budget 2026 ökar åter den ekonomiska utmaningen då sjukusavtalets uppräkning är lägre än uppräkningen av löner och personalomkostnadspålägg. Sjukhuset har också startat en ny verksamhet, G-CDU, för bättre akut omhändertagande av äldre patienter. I budget 2026 har sjukhuset inte fått finansiering för uppdraget vilket ökar den ekonomiska risken att inte uppnå resultatkravet.
Konsekvens
Akutsjukhusnämnden godkänner inte att sjukhuset inte uppnår ekonomiskt

resultatmål. ASN kräver nya "akuta" åtgärder.
Stora negativa underskott år efter år riskerar att undergräva förtroendet för sjukhuset budget och ekonomiska styrning och respekten att hålla en ekonomi i balans hos första linjens chefer.

Kommentar

Nya krav på effektivisering kommer varje år. Det blir allt svårare för verksamheterna att uppnå effektiviseringsåtgärder. Verksamheterna fortsätter att ta fram nya kostnadsbesparande åtgärder där det går. Sjukhusledningen jobbar med sjukhusgemensamma åtgärder. Sannolikheten ökat. Sjukhusets ekonomiska resultat har försämrats. Verksamheterna klarar inte att genomföra beslutade åtgärder fullt ut. Områdena behöver identifiera åtgärder som ger effektiviseringar inom området.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning linjeorganiosationens intäkter	

Frekvens
Månatlig uppföljning (10-11 ggr/år) av ekonomiska resultat, åtgärdsplaner och produktion.
Månadsuppföljningsmöten med verksamheterna (ca 10 ggr/år).

Beskrivning
Verksamheterna tar fram åtgärdsplaner. Summerad åtgärdsplan för sjukhuset. Månatlig uppföljning av utfall ekonomi och produktion, redovisning och diskussion på sjukhusets ledningsgrupp. Månatlig uppföljning av verksamheternas åtgärder och produktionsplan. Uppföljningsmöten med verksamheterna 8-10 ggr/år.

Kommentar
Månadsvisa resultatuppföljningar, enligt plan.

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Sänka kostnadsnivåerna	2025-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Under 2026 fortsatt fokus på att uppnå volymer enligt produktionsplan. Forsätta anpassning av bemanning till de ekonomiska ramarna. Fortsatt dispensförfarande, schemaplanering, minskning av övertid och timanställda. Verksamheterna tar fram åtgärdsplaner. Månatlig uppföljning av verksamheternas åtgärdsplaner.

Åtgärd

Sjukhusgemensam VP aktivitet att jobba med införande av dimensionering och kapacitetsplanering.
Produktionsplanering med löpande uppföljning och styrning av att planerad produktion genomförs.

Kommentar

Negativ resultatavvikelse, åtgärdsprogram ger inte full effekt.

2.1.2 Bristande fakturaunderlag till konferens/planeringsdagar

91257



Riskvärde
6
Sannolikhet
2
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Risk för avvikelser mot gällande regelverk
Konsekvens
Förtroendeskada för sjukhuset

Kommentar

Det kontinuerliga arbetet med att påminna om vilka regler som gäller ger effekt men, fortfarande förekommer det att underlag saknas till fakturor.

Kontroll	Status
Namn Analyser och stickprov	

Frekvens
Månatligen då åtgärder baserat på iakttagelser rapporteras till ED, verksamhetschefer, områdeschefer och sjukhusdirektör.

Beskrivning
Redovisningssektionen genomför IK genom stickprov och kontoanalys samt infordrar material från verksamheterna när det saknas.

Kommentar

Månatliga kontroller har genomförts, där det framkommit att det vid flera fall fortfarande saknas korrekta underlag bifogade fakturan.

Åtgärd

Kontrollera alla transaktioner över 4000 kr	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**	**Effekt av åtgärd**
	2025-03-21	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Revisorerna granskar årligen via stickprov och hittar varje år ett eller flera brister i underlag. Redovisningsenheten tar fram ett utbildningsmaterial och fortsätter med månatliga stickprovskontroller. När det saknas underlag begärs dessa in i efterhand.

Kommentar

Månatlig uppföljning och stickprovskontroller. Fortsätter påminna och informera berörda om vikten av att alla relevanta underlag ska bifogas fakturan. Arbete pågår med att förtydliga instruktionen, kommer att kommuniceras ut i organisationen under hösten.

2.1.3 Risk för oegentligheter inom inköp och upphandling

111919

Riskvärde
4
Sannolikhet
1
Konsekvens
4

Riskbeskrivning
Risk för oönskat beteende i form av korruption, muta och jäv i samband med inköp och upphandlingar.
Konsekvens
Om tillräckliga kontroller och åtgärder inte vidtas kan oegentligheter förekomma. Detta kan leda till såväl ekonomisk skada som förtroendeskada för verksamheten.

Kontroll	**Status**

Namn
Information och ekonomisk kontroll

Frekvens
Tertialvis

Beskrivning
Inom inköpsområdet genomförs förebyggande arbete för att minska risken för oegentligheter.

Inför varje annonserad upphandling informeras kravställare/expertdeltagare om hur upphandlingsprocessen går till, vikten av affärsetik, att följa lagen samt hur

Kontroll	Status

leverantörsdialoger sker. I varje upphandling använda Region Stockholms uppförandekod för leverantörer.
I upphandlingsunderlag kravställs obligatoriska och frivilliga uteslutningsgrunder. Omfattningen av de frivilliga uteslutningsgrunderna och begärda kontroller varierar beroende på aktuellt upphandlingsobjekt.
Vid användning av nya leverantörer genomförs ekonomisk kontroll.

Kommentar

Kontrollen genomförd enligt plan, kontroll visade att upphandlare inför uppstart av upphandling har informerat om regler, sekretess och jäv.

Åtgärd

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Informationsmaterial	2025-03-21	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Ta fram informationsmaterial om lagregler, såsom jäv och mutor ges till expertdeltagare i upphandling och att krav på uppförandekoden för leverantörer alltid ingår i sjukhusets upphandlingsunderlag.
Framtagande av rutin för uppföljning av leverantörer registrerade i CW genomförs genom SKV4820.

Kommentar

Inför upphandling ges information om regler och gällande lagar, jäv och sekretess. Utkast till nya jävsblanketter har tagit fram, att användas i upphandlingar

---

2.1.4 Risk för oegentligheter i samband med hantering i Heroma

111932

Riskvärde
4
Sannolikhet
1
Konsekvens
4

Riskbeskrivning
Chefer signerar utanordningslista varje månad. Dock sker det i efterhand, dvs utbetalning är redan gjord, och alla chefer signerar inte. Kontroll av att alla chefer signering utanordningslistan behöver göras regelbundet.
Konsekvens
Om tillräckliga kontroller och åtgärder inte vidtas kan oegentligheter förekomma. Detta kan leda till såväl

ekonomisk skada som förtroendeskada
för verksamheten.

Kommentar

Förtätade kontroller genomförs.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning	

Frekvens
HR-avdelningen kontrollerar varannan månad.

Beskrivning
Kontroll av att alla chefer signering utanordningslistan behöver göras regelbundet.

Kommentar

Kontroller sker enligt fastställd rutin.

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Utanordningslista	2025-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Kontroll varannan månad införs.

Kommentar

Åtgärden ger effekt. Antalet osignerade listor har minskat.

2.1.5 Risk för oselektiva besparingar inom vårdadministration

135265



Riskvärde
4
Sannolikhet
2
Konsekvens
2

Riskbeskrivning
Krav på budgetbesparingar i administration kan leda till att vårdadministrativa funktioner måste genomföra minskningar i personal.
Konsekvens
Kan leda till att arbetsuppgifter flyttas till vårdpersonal, och att vissa arbetsuppgifter kraftigt försenas, minskar i kvalitet eller uteblir helt.

Kommentar

Vårdadministration har nu varit en egen organisation en längre tid och har fått tillskott av resurser och därmed kunnat rekrytera. Det finns kvarstående utmaningar inom verksamheten med registrering av vårdkontakter, men det mesta av arbetet ligger i fas och detta är i första hand inte en konsekvens av tidigare besparingar.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning arbetsuppgifter **Frekvens** Kontroller sker månatligen i samband med uppföljning av produktion. **Beskrivning** Tydliggöra arbetsuppgifter och rollbeskrivningar för vårdadministrativ personal. Följa upp produktion för arbetsuppgifter utifrån kvalitet, tid och volym. **Kommentar** Pga ökad korttidssjukfrånvaro på VA 1 (Akuten) samt på VA 2 (IM och Kardiologen) har oskrivna diktat ökat kraftfullt på dessa enheter. Conscriptor anlitad under perioden 24/8-30/9 för att minska backlog. Regelbunden uppföljning av arbetet med leverantören och uppdragsgivaren.	

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status
Prioritering och utveckling arbetsprocesser	2025-01-01	2026-12-31	

Åtgärdsbeskrivning
Genomföra prioritering av arbetsuppgifter samt transparens av prioritering. Utveckla administrativa processer, anpassa verksamheten, samt arbeta med

Åtgärd

automatiseirng och digitalisering för att öka produktivitet.

Kommentar

2.1.6 Ekonomiska styrsystem hämmar nya vårdformer

135266



Riskvärde
6
Sannolikhet
2
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Nya vårdformer är ex slv som polikliniseras, distanskonsultationer, Hospital@Home och prehospitala insatser från sjukhuset
Konsekvens
Om nya ersättningsmodeller ej införs risk för att nya effektiva vårdinsatser ej införs

Kommentar

För 2026 ingen ändring men förändringar i ersättningssystem planeras för 2027. Påverkar exempelvis övergång i dagvård/kirurgi, konsultinsatser och sjukhus hemma

Kontroll	Status
Namn Kontrolleras i avtalsutskottet	

Frekvens
Ev förändringar redovisas via ändringar i Sjukhusavtalet

Beskrivning
Frågan tas upp regelbundet inom Utskott Avtal och diskuteras i förhandlingar med HSF

Kommentar

Inga nya vårdformer har införts. Ersättning poliklinisering lyfts återkommande i möten med Hsf.

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Arbete inom regionen	2025-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Samsyn och förändringsarbete i de de ekonomiska styrsystemet inom Regionen samt stöd från Socialstyrelsen (ex DRG)

Kommentar

Hanteras inför 2027 i Samberedningen.

2.1.7 Bristande avtalsuppföljning

202006

Riskvärde
6
Sannolikhet
2
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
En avsaknad av systematisk avtalsuppföljning kan innebära en risk för att oegentligheter/ välfärdsbrott sker. Då sjukhuset hanterar skattemedel behöver sjukhuset säkerställa att leveranser och betalning sker enligt avtal, samt att sunda affärer genomförs med seriösa leverantörer. Bristande avtalsuppföljningen kan medföra att leverantörer efter upphandling beter sig oseriöst, tex. genom att fakturera felaktigt eller åsidosätter sina skyldigheter enl. lag.
Konsekvens
Ekonomisk skada och förtroendeskada.

Kommentar

Sannolikhet oförändrad sedan Verksamhetsplan. Inga kontroller genomförda än. Kontrollåtgärd görs sista kvartalet.

Kontroll	Status
Namn Kontroll av åtgärdsplanen	

Kontroll	Status

Frekvens
Terialvisa kontroller

Beskrivning
Kontrollera att den lagda åtgärdsplanen följs enligt tidplan.

Kommentar

Kontroll är inte utförd vid delåret, då åtgärderna inte är påbörjade.

Åtgärd

Enligt åtgärdsplan	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2026-01-01	2026-12-31	○	–

Åtgärdsbeskrivning
Sjukhuset har en övergripande riktlinje för avtalsförvaltning som behöver uppdateras. Sjukhuset behöver skapa rutiner och checklistor för hur avtalsuppföljningen ska går till. Sjukhuset har en befintlig modell för prioritering av avtal. Denna modell ska ses över och ett systematiskt arbete ska implementeras för att upprätthålla modellen. En dedikerad processledare ska rekryteras.

Kommentar

Kontroll ej genomfört då inga åtgärder har vidtagits under perioden, dedikerad processledare börjar kvartal 3.

2.1.8 Vårdkontakter blir inte registrerade i tid i TakeCare.

214120

Riskvärde
9

Sannolikhet
3

Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Hög korttidssjukfrånvaro påverkar produktionen. Mindre bemanning.

Konsekvens
Vårdkontakter som inte blir rapporterade i tid skapar en "backlog".

Kommentar

Hög korttidssjukfrånvaro påverkar produktionen, mindre bemanning. Vårdkontakter som inte blir rapporterade i tid skapar en "backlog".

Kontroll	Status
Namn Månadsvis avstämning	

Frekvens
månatligen

Beskrivning
Avstämning med enhetschefer månadsvis. En åtgärdsplan tas fram månadsvis i enheter där vårdkontakter inte har blivit rapporterade i tid i TakeCare..

Kommentar

Kontrollerna kvarstår

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Fördelning av befintliga resurser inom Vårdadministration. Rätt fördelning av timanställda.	2026-07-03	2026-12-31		

Kommentar

Följer åtgärderna enligt åtgärdsplan. Ger inte full effekt.

2.2 Skyddsförkläden

219776



Riskvärde
12
Sannolikhet
4
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Risk att inte volymkrav i avtal gällande tjänst för cirkulära skyddsförkläden föreligger p g a ändrat datum för volymkrav. .
Konsekvens
Konsekvenser innebär vite för Sös

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av inköp	

Frekvens
Sker enligt plan.

Beskrivning
Kontroller görs genom att kontrollera inköpta produkter i QlikSense.

Kommentar

Följer kontroller enligt plan.

Åtgärd

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Arbete mot centralt inköp	2026-09-08	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Åtgärder som kan vidtas innebär centralt inköp av den volym som saknas, samt påskynda cirkulering på de verksamheter som använder.

Kommentar

Åtgärdsarbete påbörjat. Ger viss effekt.

3 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

3.1 # 6 Miljö och Social hållbarhet

3.1.1 Risk för att produkter som är bättre ur klimatsynpunkt ej används/köps in p g a att de kostar mer

	Riskvärde	Riskbeskrivning
111759	4	Risk för att produkter som är bättre ur klimatsynpunkt ej används/köps in p g a att de kostar mer.
	Sannolikhet	
	2	
	**Konsekvens**	**Konsekvens**
	2	Miljömål uppnås ej

Kommentar

De produkter som är målsatta har t o m ökat i inköp.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av miljömål enligt ordinarie uppföljningar.	
Frekvens Uppföljning tertial	
Beskrivning Uppföljning sker tertialvis. Redovisning till ledningsgrupp.	
Kommentar Kontrollerna är genomförda enligt plan och utan avvikelse.	

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Mål för indikator	2024-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning

Åtgärd

Varje verksamhetsområde behöver upprätta mål för att nå indikator.

Kommentar

Uppföljning har genomförts för att kontrollera de produkter som har målsatts. Andelen har ökat för dessa hittills i år, t o m 31 aug 2026.

4 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

4.1 # 7 Kompetensförsörjning

4.1.1 Bemanning och kompetensförsörjning

91207



Riskvärde
12
Sannolikhet
3
Konsekvens
4

Riskbeskrivning
Bemanningssituationen avseende sjuksköterskor har förbättrats men är fortsatt bekymmersam vad gäller vissa specialiteter och inom en del verksamhetsområden speciellt inom 24/7-verksamhet. Enstaka verksamhet har även svårt att rekrytera specialistläkare.
Bemanningssituationen kan ibland medföra problem med att upprätthålla antalet fastställda vårdplatser och en ansträngd bemanningssituation kan även få negativa konsekvenser för arbetsmiljön vilket också kan påverka kvarstannandet.
Konsekvens
Svårigheter att hålla vårdplatser öppna

Kommentar

Fortsatt svårt att rekrytera och behålla vissa kompetenser.

Kontroll	Status
Namn Nyckeltalskontroller	

Frekvens
Löpande under året med avstämning i samband med delårsbokslut då åtgärder baserat på iakttagelser rapporteras till vd och därmed styrelse.

Beskrivning
Kontroller i form av löpande analys av HR-nyckeltal såsom personalomsättning/kvarstannande, sjukfrånvaro, antal anställda/helårsarbetare, övertid/timtid redovisas regelbundet i sjukhusets ledningsgrupper på olika nivåer samt på månatliga uppföljningsmöten.

Kontroll	Status

Kommentar

Kontroller har genomförts enligt plan på uppföljningsmöten.

Åtgärd

	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Flertalet aktiviteter	2023-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Ett stort antal aktiviteter pågår för att stärka bemanningssituationen. Kompetensstegar implementeras för flera yrkesgrupper bland annat sjuksköterskor. Betald specialistutbildning för sjuksköterskor och undersköterskor erbjuds.

Sjukhusövergripande kompetensutvecklingsprogram för sjuksköterskor och undersköterskor har tagits fram och kopplats till kompetensstegen. Fortsatt stort fokus på ledarutveckling och på att skapa bra förutsättningar för chefer.
Ett stort antal centrala och lokala insatser är pågående för att stärka arbetsmiljön och främja hälsosamma arbetsplatser däribland en fortsatt satsning på att erbjuda möjligheter till återhämtning, friskvårdsbidrag samt ett löpande åtgärdsarbete för att minska sjukfrånvaron. Ett nytt riskorienterat arbetssätt har introducerats för att minska sjukfrånvaron.

Det pågår även ett fortsatt arbete med att effektivisera schemaläggning för att skapa en hållbar bemanning. Nya riktlinjer implementeras och utbildningsinsatser fortsätter för att höja kompetensen inom området.

En återhämtningspilot för omvårdnadspersonal inom operation och anestesi har startats inom Regionen och kommer att utvärderas under 2026.

Kommentar

Åtgärder har skett under perioden enlig åtgärdsbeskrivning som fastställts vid årets början.

4.1.2 Sjukfrånvaro ej minskar

174056

Riskvärde
6
Sannolikhet
2
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Sjukfrånvaron är relativ hög framför allt inom vissa yrkesgrupper.
Konsekvens
En hög sjukfrånvaro försvårar bemanning och kan därmed ha en negativ påverkan på patientsäkerhet,

arbetsmiljö, kvalitet och tillgänglighet.
Det kan även ha en negativ påverkan
på sjukhusets kostnader.

Kommentar

Sjukfrånvaro påverkar bemanning, arbetsmiljö, patientsäkerhet och ekonomi negativt. Samtidigt har sjukfrånvaron har minskat under perioden.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning	

Frekvens
Varje månad

Beskrivning
Sjukfrånvarotal följs upp regelbundet såväl centralt som lokalt i ledningsgrupper och på månatliga uppföljningsmöten.

Kommentar

Kontroller enligt plan. Sker månatliga upföljningar.

Åtgärd

Flertalet åtgärder	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
En roll som rehabcoach har inrättats för att stödja chefer och HR i arbetet med att minska sjukfrånvaron. Ett nytt riskorienterat arbetssätt har introducerats i verksamheten för att inventera tydliga riskgrupper, såväl individer som arbetsgrupper. Riktade åtgärder har tagits fram till de olika riskgrupperna. Hälsofrämjande åtgärder vidtas kontinuerligt med stöd av bland annat sjukhusets hälsoteam. Tydliga sjukskrivningsrutiner kommuniceras och omtankesamtal förs.

Kommentar

Flera olika åtgärder sker under året. Sjukfrånvaron har minskat under perioden och ligger nu under målvärdet på 6%

---

5 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov

5.1 #4 Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT

5.1.1 Risk att patienter vistas på akutmottagning mer än 4 timmar

93425



Riskvärde
6
Sannolikhet
3
Konsekvens
2

Riskbeskrivning
Risk att indikatorn "Vård i rätt tid: Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning" ej uppnås.
Konsekvens
Patienter som söker akutmottagning bör bli bedömda och utredda så snart det är möjligt med målet inom 4 timmar. Om patienten skall erbjudas vård inom slutenvården bör patienten få komma till avdelning inom 1 timme efter det att beslut om inläggning har tagits. När en patient får vänta längre introduceras en risk att patienten inte får den omvårdnad och/eller den medicinska behandling som är ordinerad. Det föreligger då en risk att patienten kan försämras i sitt allmäntillstånd samt att arbetsmiljön påverkas i en negativ riktning för personal på akutmottagningen.

Kommentar

Fortsatt effekt ses av vidtagna åtgärder och ytterligare åtgärder är planerade för hösten.

Kontroll	Status
Namn Analys	
Frekvens 1 gång per månad	
Beskrivning Utfallsmått följs i Kommitté akut vård 1 gång per månad.	

Kontroll	Status

Kommentar

Kontroller över 4h-målet sker kontinuerligt, både på klinik-, kommitté- och sjukhusnivå.

Åtgärd

Aktivitet på akuten	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2024-01-27	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Det pågår ett intensivt arbete i syfte att förbättra ledtiderna på akuten. Vårdplatsmöten med samtliga kliniker tre gånger per vecka och vid behov oftare. Fortsatt förbättrad process avseende in-och utskrivningsprocessen, vilket har redan lett till förbättrad platstillgång för akuta patienter och arbetet fortsätter. Intensifierad kontakt med våra mottagare så som geriatrik, rehabilitering och palliativa vårdenheter. Den palliativa processen förbättras internt och i samarbete med ASIH Södra. Ökat samarbete och stöd till vårdgrannar som remitterar till akutmottagningen har potential att minska antalet remisser till akuten. Inom akutmottagningen pågår ständigt arbete inom områdena effektivitet och flöden; under första delen av år 2024 har bl a en modul för uppegående patienter startats, vilken avlastar övriga moduler trots låg resurssättning. Inom kommitté akut vård, vars huvudsyfte är att minska ledtiderna på akuten, finns 5 utskott där många av utskotten testar olika aktiviteter för att minska ledtiderna. Det pågår också ett projekt där Sös undersöker möjligheterna att starta en Geriatrisk bedömningsenhet G-CDU vilket skulle minska väntetiderna på akuten för de äldre patienterna.

Kommentar

Pågående åtgärder inom inskrivning, triage, provtagning och väntan på slutenvårdsplats bedöms bidra till fortsatt riskreducering.

5.1.2 Väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist, andel

173855

Riskvärde
6
Sannolikhet
2
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Risk att indikatorn för måluppfyllelse, väntande till behandling inom 90 dgr hos specialist inte uppfylls.
Konsekvens
Patienter väntar för länge och måluppfyllelsen nås ej, då indikatorn inte uppnås.

Kommentar

Resultatet har succesivt förbättrats. Sös uppnår regionens mål. Konsekvensen kvarstår - Patientsäkerhetsrisker vid lång väntan.

Kontroll	Status
Namn Genom MU/ UT	

Frekvens
Månatligen

Beskrivning
Frågan bevakas och följs regelbundet på MU/ UT med verksamheterna.

Kommentar

Kontrollen är genomförda utan avvikelser enligt plan.

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Arbete gentemot produktionsplan (operationsplan).	2026-05-09	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
För att sjukhuset ska uppnå indikatorn för måluppfyllelse, "väntande till behandling inom 90 dgr hos specialist" , ska arbete ske i enlighet med produktions och operationsplanen.

Kommentar

Enligt plan. Produktionsplanen följs och köer minskar.

5.1.3 Flytt av barnakut till vuxenakut

	Riskvärde	Riskbeskrivning
173856	6	Verksamheten byter lokal. Ev nya arbetssätt och flöden ska implementeras.
	Sannolikhet 2	

	Konsekvens	Konsekvens
→	3	Flöden kan påverkas negativt

Kommentar

Ingen förändring i riskvärdering.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning	

Frekvens
Fortlöpande, initialt dagligen

Beskrivning
Fortlöpande uppföljning/kontroller initialt under/efter flytten

Kommentar

Fortlöpande uppföljning/kontroller initialt under/efter flytten. Ingen ny kontroll är tänkt i nuläget

Åtgärd

Planering	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
God planering inför flytt

Kommentar

6 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

6.1 #4 Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT

6.1.1 Upprätthålla ändamålsenliga vårdutrymmen

124652



Riskvärde
9
Sannolikhet
3
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Det finns en risk att vårdutrymmen inte uppfyller erforderliga krav/behov kopplade till bl a inomhusklimatet, buller/störande ljud, ljus och tillgänglighet.
Konsekvens
Om vårdens lokaler på sjukhuset inte är ändamålsenligt utformade så kan det påverka medarbetarens arbetsmiljö och förmågan att utföra vårduppdraget.

Kommentar

Sjukhuset har en strategisk fastighetsplanering för att alla lokaler ska vara ändamålsenliga. Det finns en teknisk skuld som inte kan åtgärdas på kort sikt. Inga väsentliga förändringar avseende sannolikhet och konsekvens för risken.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning lokalgenomgång	

Frekvens
Årligen i samband med APK och vid identifierade behov.

Beskrivning
Årlig kontroll av den fysiska arbetsmiljön sker i och med APK (arbetsplatskontroll). Arbetsplatskontroll; en checklista för undersökning av bl a området den fysiska arbetsmiljön (arbetsplatsens utformning, ergonomi, brand, tillgänglighet). Vid avvikelser kopplat till lokaler så ska ansvarig chef felanmälan till fastighetsägaren.

Kommentar

Kontroller genomförda.

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Genomgång av lokaler	2024-05-15	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Fastighetsägaren gör regelbundna OVK, obligatorisk ventilationskontroll och tillgänglighetsronder i sjukhusets lokaler.

Kommentar

By 17/18 nu avslutad med 168 nya vårdrum som är moderna och med godkända mått enl AMV. Planering fortsätter för resterande vårdavdelningar som inte är renoverade ännu.

6.2 # 2 Säkerhet, juridik och informationssäkerhet

6.2.1 Pågående dödligt våld (PDV)

111800

Riskvärde
4
Sannolikhet
1
Konsekvens
4

Riskbeskrivning
Terrorangrepp, demonstrationer, psykiskt sjuka. Eftersom sjukhuset är en öppen miljö där hot- och våldssituationer kan uppstå utan förvarning, är det avgörande att medarbetarna vet hur de ska agera vid en PDV-händelse. En sådan situation innebär stor risk för personalens liv och hälsa, vilket gör kontinuerlig utbildning, övning och uppdaterade åtgärdslistor nödvändiga för att bibehålla trygghet och handlingsberedskap.
Konsekvens
Hot mot det robusta sjukhuset

Kontroll	Status
Namn Riskområdet inkluderas i den omfattande Risk och Säkerhetsanalys (RSA) som genomförs regelbundet på Södersjukhuset.	

Kontroll	Status

Frekvens
I RSA identifieras risker och sårbarheter med högt riskvärde och den färdigställda rapporten underställs den regionala enheten för katastrofmedicinsk beredskap (EKMB). Analysen är sekretessbelagd och därför redovisas inte risker och sårbarheter i detalj men utgör grunden för ”civilt försvar” och sjukhusets olika kontroll-, åtgärds- och beredskapsplaner för att upprätthålla ”Det robusta sjukhuset” i händelse av kris eller höjd beredskap.

Beskrivning
Riskområdet inkluderas i den omfattande Risk och Säkerhetsanalys (RSA) som genomförs regelbundet på Södersjukhuset. Analysen har ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, dvs de samhällsviktiga verksamheter som finns inom Södersjukhuset kring samhällsskydd och beredskap. Den görs strukturerad baserad på instruktioner från MSB.

Kommentar

kontroll genomförd utan avvikelser.
Åtgärder kvarstår fortfarande för i år, och behöver fortsätta löpande. Uppdatera PDV-plan, följa upp verksamheternas åtgärdslistor, fortsätta utbilda löpande.

Åtgärd

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Analys i RSA	2024-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Analysen av sjukhusets risker och sårbarheter är sekretessbelagd, men utgör grunden för arbetet med civilt försvar och de kontroll-, åtgärds- och beredskapsplaner som säkerställer ett robust sjukhus vid kris eller höjd beredskap. Som en del av detta arbete har Södersjukhuset en fastställd PDV-plan (pågående dödligt våld), bilagd den kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen. Löpande utbildningar och föreläsningar genomförs, och flera verksamheter tar fram egna verksamhetsanpassade åtgärdslistor för att stärka sin lokala handlingsberedskap.

Kommentar

Kvarstår att uppdatera PDV-planen och följa upp verksamheternas åtgärdslistor samt kontinuerligt fortsätta utbilda inom PDV.

6.2.2 Dokumenthantering av styrande dokument

	Riskvärde	Riskbeskrivning
135255	6	Styrande dokument och riktlinjer läggs



Sannolikhet
2
Konsekvens
3

inte alltid i EDIT (versionshantering) och det finns ingen tydlighet för hur sökfunktion ska etableras direkt mot systemet.
Konsekvens
Då sökfunktion ej etablerad i EDIT läggs kopior på intranätet (risk att de ej uppdateras när original ändras och gamla versioner ligger kvar). Det finns också kultur med "lokala pärmar". En särskild risk är hantering av reservrutiner.

Kommentar

Utskottet har kommit igång med arbetet på ett bra sätt. Kartläggning har visat att många verksamheter lagrat enligt riktlinje, andra har jobb kvar och göra.

Kontroll	Status
Namn Kontroll via utskott	

Frekvens
Regelbunden uppföljning i möten. Förslag är att Utskottet underställs Kommitté Vårdkvalitet och patientsäkerhet.

Beskrivning
Nytt utskott bildas 2026 (U Riktlinjer & Anvisningar (Ersätter Utskott DÄKK) för upprätthålla riktlinjer för hanteringen av, riktlinjer, styrande dokument och digital ärendehantering.

Kommentar

Utskott riktlinjer och anvisningar är startat. Implementering av nya intranätet i Q1 /Q2 då kommer rätt version av edit att komma ut vid sökning.

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Riktlinjer för hantering av dokument	2025-01-01	2026-12-31		

Åtgärd

Åtgärdsbeskrivning
Ett strukturerat arbete (via arbetsgrp/nytt utskott?) för etablera sökfunktion och för att bevaka, upprätthålla riktlinjer för hanteringen av dokument

Kommentar

Uppstart av utskott och genomförande av lagring i Edit sjukhusövergripande.

6.2.3 Bristfällig regelefterlevnad FoUUi

174049



Riskvärde
8
Sannolikhet
2
Konsekvens
4

Riskbeskrivning
Lagar, riktlinjer, etiska krav och styrdokument följs inte vid FoUUi-arbete inom verksamheterna.
Konsekvens
Kan leda till juridiska och etiska överträdelser, indragen finansiering, skadat anseende, sämre patientsäkerhet och negativa tillsynsbeslut.

Kommentar

Fortsatt arbete enl. plan. Stödresurser finns på plats.

Kontroll	Status
Namn Rapportering	

Frekvens
2 ggr per år

Beskrivning
Regelbundet rapportera utfall och avvikelser inom FoUUi

Kommentar

Kontroll	Status
Röd, kontrollen är inte genomförd. Områdeschefer bör avrapportera löpande i SLG.	

Åtgärd

Styrande dokument	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Säkerställa styrande dokument och beslut som klargör ansvar, roller och processer, informera om utbildningar för aktuell personal. Implementera rutiner för internkontroll och uppföljning.

Kommentar
Regelbunden uppföljn. inom omr av utfall och avvikelser säkerställs genom krav på handlingsplaner & indikatorer för att realisera FoUUi-strategin.

7 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

7.1 # 7 Kompetensförsörjning

7.1.1 Efterlevnad regelverk bisysslor

111140



Riskvärde
4
Sannolikhet
2
Konsekvens
2

Riskbeskrivning
Vid uppföljning och kontroll av gällande regler har det visat sig att sjukhuset har brister både vad gäller anmälan av bisyssla i systemet, omhändertagande av närmaste chef samt godkännande av beslutande chef.
Konsekvens
Sjukhuset följer inte lag och avtal.

Kommentar

Hanteringen har förbättrats. Information och utbildningar har givits

Kontroll	Status
Namn Systematiska kontroller	

Frekvens
Kontroller fyra gånger/år via HR-avdelningen samt stickprovskontroller under året.

Beskrivning
"Systematiska kontroller via HR-avdelningen samt informationsinsatser via lokala ledningsgrupper och på arbetsplatsträffar. Systematiska kontroller via HR-avdelningen samt informationsinsatser via lokala ledningsgrupper och på arbetsplatsträffar.

Kommentar

Genomförts enligt plan. Obs! Försämrat systemstöd, Södersjukhuset har felanmält och regionen har kontakt med leverantören av Heroma för åtgärder.

Åtgärd

Åtgärdstrappa	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2025-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
En ny tillämpningsanvisning är framtagen inom regionen och i samband med att denna implementeras kommer en informationsinsats till chefer och medarbetare genomföras. Ett bisysslerråd med syfte att stödja en kvalitetssäkrad bedömning och tillämpning av anvisningarna kommer att inrättas under året.

Kommentar

Ny åtgärd from T3, under hösten genomförs utbildningsinsatser inom området .

7.1.2 Otillräcklig tid FoUUi

174053

Riskvärde
9
Sannolikhet
3
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Resurser och tid frigörs inte från klinisk verksamhet för att bedriva FoUUi. FoUUi-aktiviteter prioriteras ned vid hög klinisk belastning.
Konsekvens
Minskat FoUUi-utfall för SöS, minskad finansiering, försämrad kompetensutveckling, minskad vårdkvalitet, svårigheter att uppfylla uppdrag och mål.

Kommentar

Arbete enl.plan. Samma värdering som tidigare. Stödresurser finns på plats.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning	

Frekvens
Enligt etablerad plan

Beskrivning
Uppföljning och rapportering av kriterier och utfallsmått på uppföljningar med ledningen och via USVE-enkät.

Kontroll	Status

Kommentar

Uppföljningen bör även här ske på områdesnivå mot SLG (utöver USVE-enkäter).

Åtgärd

Kravställning	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Tydliggöra krav och ansvar för FoUUi i linjeorg genom styrande dokument, förvalta underlag för USVE-uppföljning

Kommentar

Implementeringen av strategin sker genom verksamheternas prioriteringar under ett tydligt områdesansvar.

Akutsjukhusnämnden/Södersjukhuset

Bilaga 1: Sammanställning mål, risker, kontroller och åtgärder

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning..... 3

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet..... 4

3 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035..... 7

4 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare..... 8

5 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov..... 9

6 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet..... 10

7 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare..... 12

1 Läsanvisning

Bilaga 1 ger en övergripande sammanställning av risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas nivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Risknivå

- Mycket hög (röd) - Ej acceptabla risker. Åtgärder måste finnas för att sänka risknivån så långt det är möjligt. Avvikelser måste motiveras.
- Hög (orange) - Risker tolereras enbart då åtgärder eller kontroller inte är praktiskt genomförbara eller ekonomiskt försvarbara. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Medelhög (gul) - Risker tolereras enbart om kostnader för åtgärder och kontroller överstiger nyttan. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Låg (grön) - Risker accepteras generellt utan åtgärd men ska bevakas. Nödvändigt att visa att de bibehålls på denna nivå.
- Mycket låg (ljusgrön) - Risker accepteras utan åtgärd.

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

- Streck, ej påbörjad
- Grön, enligt plan
- Gul, merparten åtgärdat men vissa delar kvarstår
- Röd, åtgärd ej enligt plan

Effekt av åtgärd beskriver hur väl de åtgärder som genomförts har haft önskad riskreducerande effekt.

- Streck, ej bedömt
- Grön, bedöms ge önskad effekt
- Gul, att uppnå önskad effekt bedöms som osäkert
- Röd, bedöms inte få önskad effekt

Kontroller

Status beskriver om kontrollen är genomförd och om det finns avvikelser.

- Streck, kontrollen ej planerad att genomföras under perioden eller kommer att genomföras under kommande period/er.
- Grön, kontrollen är genomförd utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Risk för negativ avvikelse mot resultatkrav	Uppföljning linjeorganiosationens intäkter **Frekvens** Månatlig uppföljning (10-11 ggr/år) av ekonomiska resultat, åtgärdsplaner och produktion. Månadsuppföljningsmöten med verksamheterna (ca 10 ggr/år).				
			Sänka kostnadsnivåerna **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Bristande fakturaunderlag till konferens/planeringsdagar	Analyser och stickprov **Frekvens** Månatligen då åtgärder baserat på iakttagelser rapporteras till ED, verksamhetschefer, områdeschefer och sjukhusdirektör.				
			Kontrollera alla transaktioner över 4000 kr **Startdatum** 2025-03-21 **Slutdatum** 2026-12-31		
Risk för oegentligheter inom inköp och upphandling	Information och ekonomisk kontroll **Frekvens** Tertialvis				
			Informationsmaterial **Startdatum** 2025-03-21 **Slutdatum** 2026-12-31		

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Risk för oegentligheter i samband med hantering i Heroma	Uppföljning **Frekvens** HR-avdelningen kontrollerar varannan månad.				
			Utanordningslista **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Risk för oselektiva besparingar inom vårdadministration	Uppföljning arbetsuppgifter **Frekvens** Kontroller sker månatligen i samband med uppföljning av produktion.				
			Prioritering och utveckling arbetsprocesser **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Ekonomiska styrsystem hämmar nya vårdformer	Kontrolleras i avtalsutskottet **Frekvens** Ev förändringar redovisas via ändringar i Sjukhusavtalet				
			Arbete inom regionen **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Bristande avtalsuppföljning	Kontroll av åtgärdsplanen **Frekvens** Terialvisa kontroller				
			Enligt åtgärdsplan **Startdatum**		

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
			2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Vårdkontakter blir inte registrerade i tid i TakeCare.	Månadsvis avstämning **Frekvens** månatligen				
			Fördelning av befintliga resurser inom Vårdadministration. Rätt fördelning av timanställda. **Startdatum** 2026-07-03 **Slutdatum** 2026-12-31		
Skyddsförkläden	Uppföljning av inköp **Frekvens** Sker enligt plan.				
			Arbete mot centralt inköp **Startdatum** 2026-09-08 **Slutdatum** 2026-12-31		

3 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Risk för att produkter som är bättre ur klimatsynpunkt ej används/köps in p g a att de kostar mer	Uppföljning av miljömål enligt ordinarie uppföljningar. **Frekvens** Uppföljning tertial				
			Mål för indikator **Startdatum** 2024-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

4 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Bemanning och kompetensförsörjning 	Nyckeltalskontroller **Frekvens** Löpande under året med avstämning i samband med delårsbokslut då åtgärder baserat på iakttagelser rapporteras till vd och därmed styrelse.				
			Flertalet aktiviteter **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Sjukfrånvaro ej minskar 	Uppföljning **Frekvens** Varje månad				
			Flertalet åtgärder **Startdatum** 2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

5 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Risk att patienter vistas på akutmottagning mer än 4 timmar	Analys **Frekvens** 1 gång per månad				
			Aktivitet på akuten **Startdatum** 2024-01-27 **Slutdatum** 2026-12-31		
Väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist, andel	Genom MU/ UT **Frekvens** Månatligen				
			Arbete gentemot produktionsplan (operationsplan). **Startdatum** 2026-05-09 **Slutdatum** 2026-12-31		
Flytt av barnakut till vuxenakut	Uppföljning **Frekvens** Fortlöpande, initialt dagligen				
			Planering **Startdatum** 2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

6 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Risk	Kontroll	Komm entar	Åtgärd	Status	Effekt
Pågående dödligt våld (PDV)	Riskområdet inkluderas i den omfattande Risk och Säkerhetsanalys (RSA) som genomförs regelbundet på Södersjukhuset. **Frekvens** I RSA identifieras risker och sårbarheter med högt riskvärde och den färdigställda rapporten underställs den regionala enheten för katastrofmedicinsk beredskap (EKMB). Analysen är sekretessbelagd och därför redovisas inte risker och sårbarheter i detalj men utgör grunden för ”civilt försvar” och sjukhusets olika kontroll-, åtgärds- och beredskapsplaner för att upprätthålla ”Det robusta sjukhuset” i händelse av kris eller höjd beredskap.				
			Analys i RSA **Startdatum** 2024-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Upprätthålla ändamålsenliga vårdutrymmen	Uppföljning lokalgenomgång **Frekvens** Årligen i samband med APK och vid identifierade behov.				
			Genomgång av lokaler **Startdatum** 2024-05-15 **Slutdatum** 2026-12-31		
Dokumenthantering av styrande dokument	Kontroll via utskott **Frekvens** Regelbunden uppföljning i möten. Förslag är att Utskottet underställs Kommitté Vårdkvalitet och patientsäkerhet.				

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
			Riktlinjer för hantering av dokument **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Bristfällig regelefterlevnad FoUUi	Rapportering **Frekvens** 2 ggr per år				
			Styrande dokument **Startdatum** 2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

7 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Efterlevnad regelverk bisysslor	Systematiska kontroller **Frekvens** Kontroller fyra gånger/år via HR-avdelningen samt stickprovskontroller under året.				
			Åtgärdstrappa **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Otillräcklig tid FoUUi	Uppföljning **Frekvens** Enligt etablerad plan				
			Kravställning **Startdatum** 2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

Region Stockholm

Diarienummer
RS2025-1039

Akutsjukhusnämnden/Södersjukhuset

Plan för intern kontroll, delår 2026

Delår 2026

Innehållsförteckning

1 Bakgrund....3

2 Intern kontroll....4
2.1 Styr- och kontrollmiljö....4
2.2 Riskbedömning....4
2.3 Kontrollaktiviteter....6
2.4 Information och kommunikation....8
2.5 Övervakning och uppföljning....9
2.5.1 Uppföljning....9
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll....9
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser....9

3 Sammanställning av risker....10

1 Bakgrund

Enligt 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725) ska varje nämnd inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § samma lag har lämnats över till någon annan.

Region Stockholm har, utifrån kommunallagen, beslutat om riktlinjer för intern kontroll för Region Stockholm (RS 2024-0510, RS 2022–0326). Riktlinjen utgår från COSO-modellen, vilket innebär att systematiskt arbeta med att förutse risker och möjligheter samt att hantera och kommunicera dessa.

Region Stockholms arbete med intern kontroll syftar till att proaktivt säkerställa att verksamheten i enlighet med vad fullmäktige beslutar:

- uppnår fastställda mål och utför sitt uppdrag
- når långsiktig varaktighet och hållbarhet
- bedrivs ändamålsenligt, säkert och effektivt
- följer tillämpliga lagar, beslut, föreskrifter, avtal, styrande dokument med mera
- har tillförlitlig rapportering och information

2 Intern kontroll

Nämnden/bolaget tar i samband med budget och verksamhetsplanering fram en plan för intern kontroll. Denna plan uppdateras och följs sedan upp som ett led i den löpande rapporteringen och uppföljningen. Planen för intern kontroll utgör nämndernas och bolagens redovisning av arbetet med den interna kontrollen och är en viktig grund för den försäkran som lämnas om att nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll.

2.1 Styr- och kontrollmiljö

Styr- och kontrollmiljön är omgivningen som den interna styrningen och kontrollen verkar i och påverkas av, det vill säga fundamentet för nämnden/bolagets arbete med risk och intern kontroll.

God intern styrning och kontroll bygger på tydliga ansvar, fungerande processer och en kultur där fel och brister uppmärksammas och rapporteras. Alla medarbetare bidrar till den interna kontrollen, medan cheferna ansvarar för att risker inom det egna området identifieras, värderas och hanteras.

Södersjukhusets internkontrollplan, IKP, utgår från COSO-modellen och bygger på en samlad riskanalys. Sjukhusets ledning har varje höst ett möte där sjukhusets befintliga risker men även nya risker identifieras och värderas till sjukhusets internkontrollplan. För risker med förhöjd risknivå fastställs kontroller och vid behov riskreducerande åtgärder. Riskägaren följer löpande upp risken samt genomförda kontroller och åtgärder. Uppföljning sker tertialvis till sjukhusledningen och Akutsjukhusnämnden.

Sjukhusledningens gemensamma arbete med risker syftar bland annat till att tydliggöra ansvar och roller. Syftet är också att minska överlappning mellan IKP och andra etablerade uppföljningar, exempelvis risk- och sårbarhetsanalysen, kvalitetsuppföljningen och hållbarhetsrapporteringen. Risker som redan hanteras genom andra etablerade processer har därför inte tagits med i IKP.

I internkontrollplanen redovisas de identifierade risker och sårbarheter som inte är sekretessbelagda, tillsammans med tillhörande kontroller och åtgärder. Riskerna är indelade i följande sju riskperspektiv:

1. Fastighet, robust teknisk infrastruktur och IT
2. Säkerhet, juridik och informationssäkerhet
3. Försörjning av kritiska produkter
4. Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inklusive läkemedel och medicinteknik
5. Ekonomi
6. Miljö och social hållbarhet
7. Kompetensförsörjning

2.2 Riskbedömning

Riskbedömning handlar om hur risker för verksamheten identifieras, värderas och hanteras. Inom Region Stockholm används följande riskkategorier:

- Strategiska risker
- Ekonomiska risker
- Operativa risker
- Regelefterlevnadsrisker

I delårsuppföljningen ingår totalt 21 risker med en fastställd riskvärdering. Den aktuella riskvärderingen är fördelad enligt följande:

- 7 risker med hög risk
- 14 risker med medelhög risk

Risker med låg eller mycket låg riskvärdering accepteras ingår därför inte i den fortsatta uppföljningen inom internkontrollplanen. Riskområdet oegentligheter och välfärdsbrott har delats upp i flera konkreta risker som värderas och följs upp var för sig. Den övergripande risken har därför inget eget riskvärde och redovisas inte som en separat risk.

Av de 21 risker som har ett fastställt riskvärde vid delåret ingick 19 även i sjukhusets uppföljningen vid tertial 1. Av dessa har 15 en oförändrad värdering och 4 har minskat i värde. Ingen av de tidigare riskerna har ökat. Vid delåret har två nya risker tillkommit: risk avseende skyddsförkläden samt risk för att vårdkontakter inte registreras i tid i TakeCare. Båda de nytillkomna riskerna har värderats som höga.

Riskperspektiv 1–3: Fastighet, robust teknisk infrastruktur och IT, säkerhet, juridik och informationssäkerhet samt försörjning av kritiska produkter

Risknivån inom områdena är fortsatt medelhög till hög. Risken avseende dokumenthantering av styrande dokument har minskat från riskvärde 9 till 6 genom en lägre bedömd sannolikhet.

Den nytillkomna risken att inte uppnå avtalat volymkrav för cirkulära skyddsförkläden har värderats till 12 och utgör därmed en hög risk. Risken kan medföra vite för sjukhuset. Risken för bristfällig regelefterlevnad inom FoUUi är oförändrad på riskvärde 8.

Väsentliga risker:

- Skyddsförkläden, riskvärde 12
- Bristfällig regelefterlevnad inom FoUUi, riskvärde 8
- Dokumenthantering av styrande dokument, riskvärde 6

Riskperspektiv 4: Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inklusive läkemedel och medicinteknik

Riskläget inom området är i huvudsak oförändrat. Riskerna avseende vistelsetider över fyra timmar på akutmottagningen, väntande till behandling inom 90 dagar samt flytten av barnakuten ligger kvar på riskvärde 6.

Risken för att vårdkontakter inte registreras i tid i TakeCare har tillkommit och har vid delåret värderats till 9. Risken hanteras genom månadsvisa avstämningar med enhetschefer, åtgärdsplaner för berörda enheter samt omfördelning av befintliga resurser inom vårdadministrationen. Risken avseende ändamålsenliga vårdutrymmen är oförändrad på riskvärde 9.

Väsentliga risker:

- Vårdkontakter registreras inte i tid i TakeCare, riskvärde 9
- Upprätthålla ändamålsenliga vårdutrymmen, riskvärde 9
- Patienter vistas mer än fyra timmar på akutmottagningen, riskvärde 6
- Väntande till behandling inom 90 dagar, riskvärde 6
- Flytt av barnakuten till vuxenakuten, riskvärde 6

Riskperspektiv 5: Ekonomi

Ekonomiperspektivet präglas fortsatt av utmaningar. Det blir allt svårare och tar längre tid att få effekt av beslutade åtgärder. Risken för negativ avvikelse mot resultatkravet är oförändrat hög

med riskvärde 12.

Risken finansieringen av G-CDU har minskat från riskvärde 4 till 3. Riskerna avseende ekonomiska styrsystems påverkan på nya vårdformer och bristande avtalsuppföljning är oförändrade på riskvärde 6. Det är viktigt att ersättningssystem förändras i takt med vårdens utveckling.

Region Stockholm har identifierat ett obligatoriskt riskområde avseende felaktiga bidragsutbetalningar till externa aktörer. Risken påverkar inte sjukhuset eftersom sjukhuset inte betalar ut sådana bidrag. Den ingår därför inte i sjukhusets internkontrollplan men hålls under fortsatt bevakning.

Väsentliga risker:

- Risk för negativ avvikelse mot resultatkrav, riskvärde 12
- Ekonomiska styrsystem hämmar nya vårdformer, riskvärde 6
- Bristande avtalsuppföljning, riskvärde 6

Riskperspektiv 6: Miljö och social hållbarhet

Risknivån inom området är låg till medelhög. Risken för att produkter med bättre klimatprestanda inte används eller köps in på grund av högre pris har minskat från riskvärde 6 till 4.

Risken för att hållbarhetskrav inte ställs i upphandlingar har ökat från riskvärde 2 till 3, men ligger fortfarande på låg nivå.

Riskperspektiv 7: Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning är fortsatt ett av sjukhusets största strategiska riskområden. Risken för bemanning och kompetensförsörjning ligger kvar på riskvärde 12.

Risken för otillräcklig tid för FoUUi har minskat från 12 till 9 genom en lägre bedömd sannolikhet. Riskvärderingen avseende sjukfrånvaro är oförändrad på 6. Samtidigt har sjukfrånvaron minskat under perioden och ligger under målvärdet på 6 %. Månatliga kontroller genomförs enligt plan och flera åtgärder pågår under året. Riskvärderingen avseende efterlevnad av regelverket för bisysslor har minskat från 6 till 4 genom en lägre bedömd konsekvens.

Väsentliga risker:

- Bemanning och kompetensförsörjning, riskvärde 12
- Otillräcklig tid för FoUUi, riskvärde 9
- Sjukfrånvaron minskar inte, riskvärde 6

2.3 Kontrollaktiviteter

Utifrån riskanalysen prioriteras vilka kontroller och åtgärder som ska utföras för att acceptera, begränsa, dela eller eliminera riskerna för att uppnå en acceptabel risknivå. Kontroller och åtgärder ska också säkerställa beredskap för att hantera och reagera på oönskade situationer.

Södersjukhuset har under perioden fortsatt arbetet med kontroller och åtgärder inom samtliga riskperspektiv. Flertalet planerade kontroller har genomförts. Inom vissa riskområden planeras dock kontroller eller åtgärder till senare under året. Uppföljningen visar att flera insatser ger effekt, samtidigt som det inom några områden kvarstår avvikelser eller att genomförda åtgärder ännu inte har fått full effekt.

Utifrån riskanalysen prioriteras kontroller och åtgärder som ska minska sannolikheten för att en risk inträffar eller begränsa konsekvenserna. Kontrollerna används även för att bedöma om beslutade åtgärder genomförs enligt plan och ger avsedd effekt.

Riskperspektiv 1–3: Säkerhet, juridik och informationssäkerhet samt försörjning av kritiska produkter

Kontrollen avseende PDV har genomförts utan avvikelser. En fastställd PDV-plan finns och löpande utbildningar och föreläsningar genomförs. Det kvarstår att uppdatera PDV-planen, följa upp verksamheternas åtgärdslistor och fortsätta utbildningsinsatserna.

Inom dokumenthantering har ett nytt utskott för riktlinjer och anvisningar startats. Genomförd kartläggning visar att många verksamheter lagrar styrande dokument enligt riktlinjerna, medan andra har fortsatt arbete kvar. I samband med införandet av det nya intranätet ska rätt version från EDIT visas vid sökning.

För risken avseende bristfällig regelefterlevnad inom FoUUi pågår arbetet enligt plan och stödresurser finns på plats. Den särskilda kontrollen genom rapportering har dock inte genomförts. Regelbunden uppföljning av utfall och avvikelser ska säkerställas genom krav på handlingsplaner och indikatorer.

Riskperspektiv 4: Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inklusive läkemedel och medicinteknik

Kontroller av vistelsetider över fyra timmar på akutmottagningen genomförs kontinuerligt på klinik-, kommitté- och sjukhusnivå. Effekt ses av genomförda åtgärder och ytterligare insatser planeras under hösten. Pågående arbete med inskrivning, triage, provtagning och väntan på slutenvårdsplats bedöms bidra till fortsatt riskreducering.

Andelen patienter som väntar på behandling inom 90 dagar har successivt förbättrats och Södersjukhuset uppnår regionens mål. Kontrollerna har genomförts utan avvikelser. Produktionsplanen följs och köerna minskar.

Flytten av barnakuten följs fortlöpande under och efter flytten. Ingen ytterligare kontroll är planerad i nuläget.

Kontroller av vårdkontakter som inte registreras i tid i TakeCare kvarstår. Korttidssjukfrånvaro och minskad bemanning har bidragit till en upparbetad eftersläpning. Åtgärderna följer planen men har ännu inte fått full effekt.

Kontroller av vårdutrymmen har genomförts. Arbetet i byggnad 17 och 18 är avslutat och har resulterat i 168 nya vårdrum med moderna och godkända mått. Planeringen fortsätter för de vårdavdelningar som ännu inte har renoverats.

Riskperspektiv 5: Ekonomi

Månadsvisa uppföljningar av ekonomiskt resultat, produktion och verksamheternas åtgärdsplaner har genomförts enligt plan. Uppföljningen visar att det tar längre tid än planerat att inarbeta åtgärderna. Arbetet fortgår och åtgärderna bedöms ge allt bättre effekt.

Månatliga kontroller och stickprov av fakturaunderlag har genomförts. Kontrollerna visar att korrekta underlag fortfarande saknas i flera fall. Information och påminnelser fortsätter. Arbete pågår även med att förtydliga instruktionen, som ska kommuniceras i organisationen under hösten.

Kontrollen av oegentligheter inom inköp och upphandling har genomförts enligt plan. Den visar att deltagare inför upphandlingar har informerats om regler, sekretess och jäv. Utkast till nya jävsblanketter har också tagits fram.

Förtätade kontroller inom Heroma genomförs enligt fastställd rutin. Åtgärderna har gett effekt genom att antalet osignerade utanordningslistor har minskat.

Kontrollen av avtalsuppföljningen har inte genomförts vid delåret eftersom åtgärderna ännu inte har påbörjats. En dedikerad processledare börjar under tredje kvartalet och kontrollen planeras till årets sista kvartal.

När det gäller ekonomiska styrsystems påverkan på nya vårdformer har inga nya vårdformer införts under perioden. Ersättningsfrågor lyfts återkommande med HSF och hanteras inför 2027.

Riskperspektiv 6: Miljö och social hållbarhet

Uppföljningen av miljömålen har genomförts enligt plan och utan avvikelser. För de produkter med bättre klimatprestanda som omfattas av uppföljningen har andelen inköp ökat under året.

För riskerna avseende hållbarhetskrav i upphandlingar och systematiskt socialt hållbarhetsarbete redovisas inga genomförda kontroller eller åtgärder vid delåret. Kontroller sker årsvis.

Riskperspektiv 7: Kompetensförsörjning

Kontroller av nyckeltal för bemanning och kompetensförsörjning har genomförts enligt plan vid uppföljningsmöten. Flera åtgärder har genomförts under perioden, men det är fortsatt svårt att rekrytera och behålla vissa kompetenser.

Sjukfrånvaron följs upp månatligen och flera åtgärder har genomförts. Sjukfrånvaron har minskat under perioden och ligger under målvärdet på 6 %.

Systematiska kontroller av bisysslor har genomförts enligt plan. Information och utbildning har förbättrat hanteringen. Systemstödet i Heroma har dock försämrats. Felet har anmälts och regionen har kontakt med leverantören. Ytterligare utbildningsinsatser planeras under hösten.

När det gäller otillräcklig tid för FoUUi sker implementeringen av strategin genom verksamheternas prioriteringar under ett tydligt områdesansvar. Uppföljning av genomförandet är viktigt på alla ledningsnivåer, utöver uppföljningen genom USVE-enkäter.

2.4 Information och kommunikation

De funktioner som arbetar med riskhantering, intern kontroll, regelefterlevnad och internrevision behöver ha full tillgång till den information som krävs för god intern kontroll till exempel mål, policys, riktlinjer, risker, åtgärder, kontroller och eventuella avvikelser.

- **Plan för intern kontroll** tas fram årligen i samband med budget och verksamhetsplanering. Planen uppdateras och följs upp löpande under året.
- **Rapportering** sker tertialvis till sjukhusdirektören och ASN, vilket utgör en försäkran om att nödvändiga åtgärder vidtas.
- **Kommunikation** sker via ledningsgrupper och APT mm.
- **Rapporteringsvägar för oegentligheter** finns via närmaste chef, redovisningschef, säkerhetssamordnare eller anonymt via brev samt Region Stockholms visselblåsarfunktion.

2.5 Övervakning och uppföljning

Nämnden/bolagsstyrelsen har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde och ska säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Detta innebär att varje nämnd och styrelse har ett ansvar för att det finns en organisation och processer för den interna kontrollen.

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för regionens verksamheter, utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen har också uppsiktsansvar och ska övervaka hur den interna kontrollen sköts i nämnder och bolag samt utforma, utveckla och följa upp Region Stockholms arbete med intern kontroll.

2.5.1 Uppföljning

Enligt riktlinjen för intern kontroll ska nämnden/bolagsstyrelsen med hänsyn till sitt ansvar, kontinuerligt följa upp sin verksamhet och utvärdera de riskbedömningar som sker samt vidta åtgärder för att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig, effektiv och att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt. Uppföljningen innefattar också att utvärdera om samtliga komponenter i ramverket för intern kontroll är tillräckliga.

Uppföljning sker tre gånger per år till sjukhusledningen och rapporteras till nämnden tre gånger per år.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

Nämnden/bolaget ska följa regionens riktlinje för intern kontroll, (RS 2024-0510, RS 2022-0326).

Inga avsteg från riktlinjen har noterats.

2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd/styrelse samt i den löpande rapporteringen till regionledningskontoret. Förvaltningschef/VD ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår.

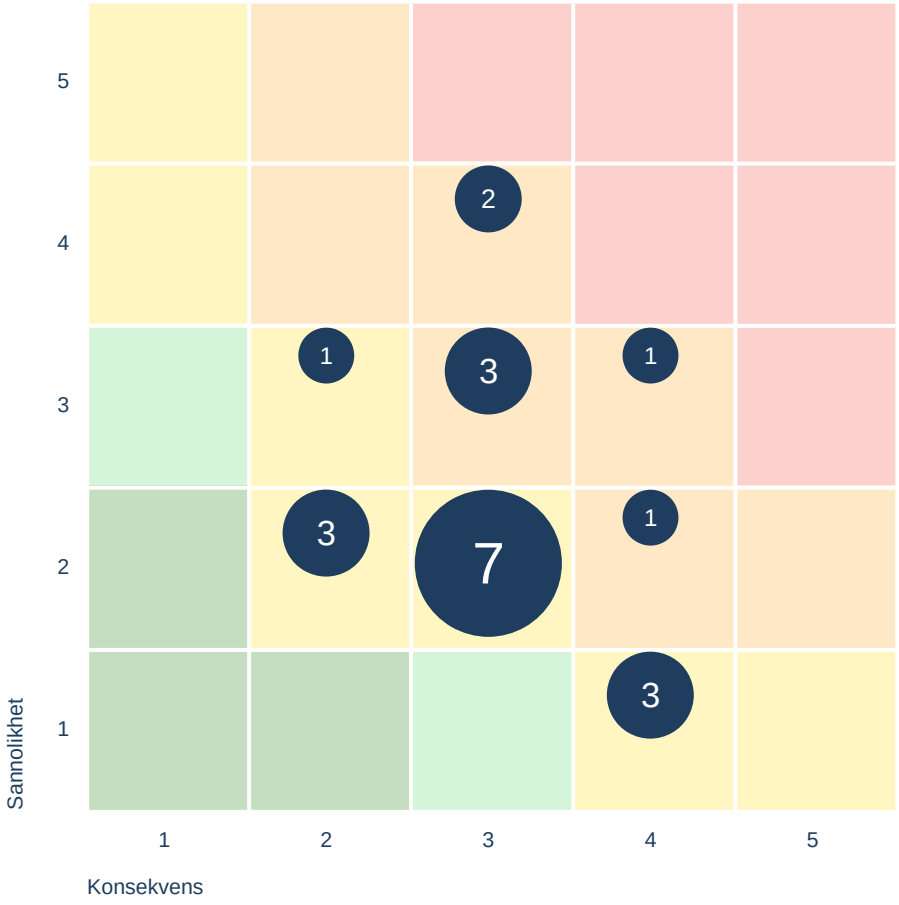
Inga väsentliga brister har uppmärksammats vid uppföljningen av sjukhusets internkontrollplan.

Regionrevisorernas senaste granskningsrapport avser räkenskapsåret 2025. Revisorernas samlade bedömning av den interna kontrollen 2025 är att Akutsjukhusnämnden inte har en helt tillräcklig styrning och kontroll. Revisorernas bedömning är att räkenskaperna 2025 är rättvisande.

Revisorerna lämnar rekommendationer till förvaltningarna i Akutsjukhusnämnden. Södersjukhuset omhändertar och följer lämnade rekommendationer.

Ett systematiskt arbete sker inom akutsjukhusnämnden för att beakta de bedömningar som regionrevisorerna lämnat i rapporten och för att åtgärda de rekommendationer som lyfts i årsrapporten. Akutsjukhusnämnden delar regionrevisorernas bedömning av de frågor som lyfts och kommer särskilt att arbeta för att stärka förvaltningarnas interna styrning och kontroll.

3 Sammanställning av risker



Mycket hög risk	
Hög risk	7 st
Medelhög risk	14 st
Låg risk	
Mycket låg risk	

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket hög	Katastrofal - Mycket allvarlig, får inte inträffa
4	Hög	Kritisk - Allvarlig, får helst inte inträffa
3	Medel	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
2	Låg	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten
1	Mycket låg, se frågetecknet	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

Mål	Lokalt mål		Risk	Riskägare
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet	# 5 Ekonomi	91203 →	Risk för negativ avvikelse mot resultatkrav	**Riskägare** Tarja Lepola
		214120	Vårdkontakter blir inte registrerade i tid i TakeCare.	**Riskägare** Åsa Rangert Derolf
		91257 →	Bristande	**Riskägare**

Mål	Lokalt mål			Risk	Riskägare
				fakturaunderlag till konferens/planeringsdagar	Tarja Lepola
		135266	→	Ekonomiska styrsystem hämmar nya vårdformer	**Riskägare** Sven Klaesson
		202006	→	Bristande avtalsuppföljning	**Riskägare** Tarja Lepola
		111919	→	Risk för oegentligheter inom inköp och upphandling	**Riskägare** Tarja Lepola
		111932	→	Risk för oegentligheter i samband med hantering i Heroma	**Riskägare** Helena Karlsson
		135265	→	Risk för oselektiva besparingar inom vårdadministration	**Riskägare** Åsa Rangert Derolf
		219776		Skyddsförkläden	**Riskägare** Birgitta Westin
		168367		Risk för oegentligheter och välfärdsbrott	**Riskägare** Tarja Lepola
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035	# 6 Miljö och Social hållbarhet	111759	↘	Risk för att produkter som är bättre ur klimatsynpunkt ej används/köps in p g a att de kostar mer	**Riskägare** Tarja Lepola
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare	# 7 Kompetensförsörjning	91207	→	Bemanning och kompetensförsörjning	**Riskägare** Helena Karlsson
		174056	→	Sjukfrånvaro ej minskar	**Riskägare** Helena Karlsson
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov	#4 Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT	93425	→	Risk att patienter vistas på akutmottagning mer än 4 timmar	**Riskägare** Annelie Liljegren
		173855	→	Väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist, andel	**Riskägare** Sven Klaesson
		173856	→	Flytt av barnakut till vuxenakut	**Riskägare** Fredrik Stenius
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet	#4 Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT	124652	→	Upprätthålla ändamålsenliga vårdutrymmen	**Riskägare** Lena Lundin
	# 2 Säkerhet, juridik och informationssäkerhet	174049	→	Bristfällig regelefterlevnad FoUUi	**Riskägare** Elham Hedayati
		13525	↘	Dokumenthantering av	**Riskägare**

Mål	Lokalt mål			Risk	Riskägare
		5		styrande dokument	Emma Lindback
		111800	→	Pågående dödligt våld (PDV)	**Riskägare** Lena Lundin
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare	# 7 Kompetensförsörjning	174053	↘	Otillräcklig tid FoUUi	**Riskägare** Elham Hedayati
		111140	↘	Efterlevnad regelverk bisysslor	**Riskägare** Helena Karlsson

Region Stockholm

Diarienummer
RS2025-1039
ASN 2026-5349



Akutsjukhusnämnden/Södertälje sjukhus

Delårsrapport

Augusti 2026

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar 4
1.1 Väsentliga händelser 4

2 Styrning och ledning 5
2.1 Verksamhetsfakta 5
2.2 Mål 5
2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa 5
2.2.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv 9
2.2.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig 10
2.3 Uppdrag 12
2.4 Intern kontroll 12
2.4.1 Arbetet med intern kontroll 12
2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller 12
2.4.3 Försäkran 14

3 Verksamhet 15
3.1 Vårdproduktion 15
3.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år 15
3.1.2 Prognos i jämförelse med budget 16
3.2 Produktivitet 16

4 Personal 18
4.1 Uppföljning avsatta medel 18
4.1.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö 18
4.1.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning 18
4.1.3 Chefsförsörjning, ledarskap- och medarbetarskap i hela Region Stockholm 19
4.2 Helårsarbeten 19
4.2.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år 19
4.2.2 Prognos i jämförelse med budget 19
4.3 Sjukfrånvaro 20

5 Ekonomi 21
5.1 Resultat 22
5.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år 23
5.1.2 Prognos i jämförelse med budget 23
5.1.3 Personalkostnader inklusive inhyrd personal 25
5.1.4 Konsultkostnader 26

5.1.5 Administrativa kostnader 26
5.1.6 Säsongsvariationer 27
5.2 Åtgärder för ett resultat i balans 27
5.3 Investeringar 27
5.3.1 Investeringsplanens genomförbarhet och risk 28
5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget 28
5.3.3 Årets prognos i jämförelse med budget 28
5.3.4 Ny- och ersättningsinvesteringar 28
5.3.5 Utfall och prognos enskilda investeringsobjekt 29
5.3.6 Driftsatta investeringsobjekt 29

Bilagor

Bilaga 1: Övriga avsättningar ansvarsförbindelser och tvister DÅ 2026

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar

1.1 Väsentliga händelser

Södertälje sjukhus har för 2026 fått ett ökat vårduppdrag inom huvuduppdraget med 3,36 %. Utöver det har sjukhuset fått ett utökat uppdrag med 1000 vårdtillfällen avseende geriatrisk vård samt ett nytt uppdrag inom öppenvårdskardiologi, Hjärtcentrum. Sjukhusets produktion inom huvuduppdraget, mätt i DRG-poäng, uppgår till 101 % ackumulerat augusti.

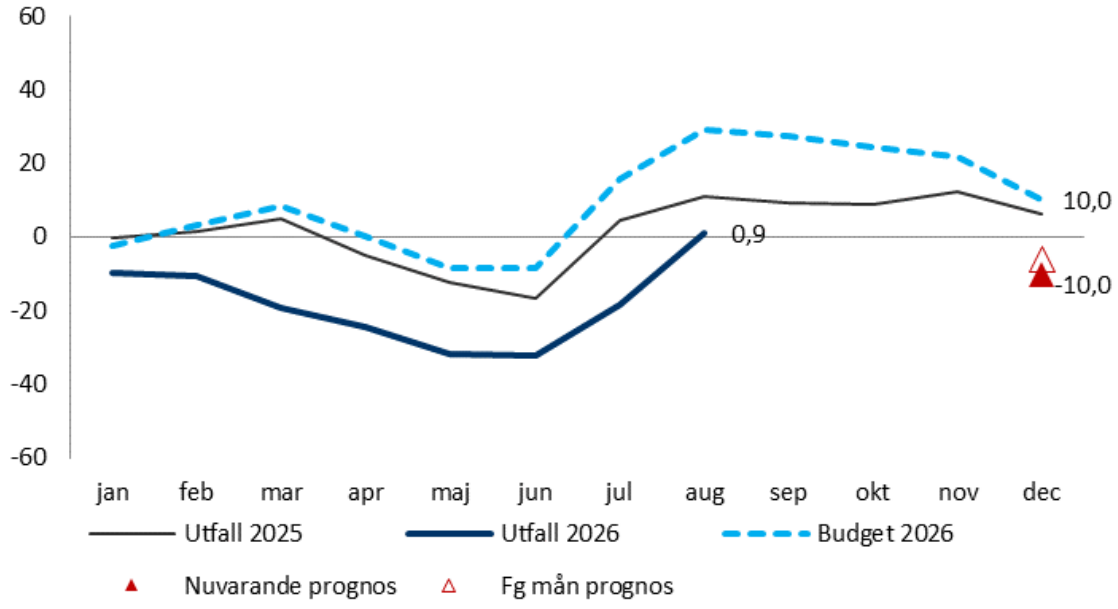
Sjukhuset redovisar fortsatt en hög tillgänglighet. För augusti uppnår sjukhuset en tillgänglighet till mottagning på 87 %, vilket är över målnivån på 70 %. Tillgänglighet till behandling uppnår 91 %, vilket även det är över målnivån på 80 %.

Södertälje sjukhus redovisar ett positivt resultat på 0,9 miljoner kronor ackumulerat augusti. Avvikelse jämfört med periodiserad budget uppgår till -28,4 miljoner kronor. Sjukhusets intäkter avviker positivt med 3,2 % samtidigt som kostnaderna avviker negativt med 5,5 % jämfört med periodiserad budget.

De högsta kostnadsavvikelserna jämfört med ackumulerad budget avser bemanningskostnader, sjukvårdstjänster och material.

Sjukhuset rapporterar en årsprognos på -10 miljoner kronor, vilket är 20 miljoner kronor sämre än årets resultatkrav. Den negativa prognosen hänförs främst till bemanningskostnader, sjukvårdstjänster och material. Kostnaderna påverkas bland annat av ett ökat antal vårdplatser, arbetet med att öka och bibehålla en god tillgänglighet samt en fortsatt låg andel inhyrd personal.

Resultatutveckling



2 Styrning och ledning

2.1 Verksamhetsfakta

Sedan 1 januari 2025 drivs Södertälje sjukhus som en förvaltning inom akutsjukhusnämnden (ASN).

Södertälje sjukhus har ett kombinerat uppdrag som när- och akutsjukhus och bedriver i huvudsak specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård. Sjukhuset är därtill ett undervisningssjukhus med en universitetssjukvårdenhet där universitetssjukvård bedrivs.

Sjukhuset tillhandahåller 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 närakut, barn- och ungdomsmottagning, neurologisk öppenvård, röntgenverksamhet och ett av två Diagnostiskt Centrum inom Region Stockholm. Sjukhuset har även ett uppdrag avseende utökad rådgivning och samordning av vård för patienter med långvarig smärta och uppdraget Min barnmorska Södertälje, en vårdform där en liten grupp av barnmorskor följer en kvinna och hennes familj genom graviditet, födsel och första veckan med det nyfödda barnet. Under 2026 tillkom ett nytt uppdrag avseende kardiologisk öppenvård, Hjärtcentrum.

Region Stockholms vision ”Region Stockholm - för en jämlik, öppen, hållbar och konkurrenskraftig Stockholmsregion där invånarna ges likvärdiga livschanser och hög livskvalitet”, är 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.

2.2 Mål

2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa

Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov

Kommentar

Att säkerställa tillgänglig vård utifrån patienternas behov är av högsta prioritet för sjukhuset. Under 2025 bedrevs ett målmedvetet arbete för att förbättra tillgängligheten, vilket gav mycket goda resultat. Under 2026 har sjukhuset fortsatt detta arbete för att ytterligare förbättra den goda tillgängligheten. Detta sker dels genom ett regionsgemensamt arbete med produktions- och kapacitetsstyrning samt arbete i så kallade strömgrupper, och dels genom ett lokalt arbete på sjukhuset. Interna processer och arbetssätt ses över med förbättrad visualisering och tätare avstämningar över verksamhetsområdesgränserna. Detta har lett till ytterligare förbättringar i

tillgängligheten vilket gav ett gott utgångsläge inför sommaren. Målvärdet för såväl tid till behandling som första besök överträffas.

I början av 2026 flyttade de geriatriska vårdavdelningarna in i nya, verksamhetsanpassade lokaler och det geriatriska uppdraget utökades. Detta har möjliggjort ytterligare optimering av arbetssätt och processer vilket kan ha bidragit till de fina resultaten.

Särskilda insatser för att optimera vårdflödet för sköra äldre genomförs. Ett exempel är att geriatriska patienter med akut höftfraktur direkt läggs in på geriatrisk avdelning där de får en sammanhållen vårdkedja preoperativt, postoperativt och under rehabiliteringsfasen.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	91 %	80 %		>=80 %	80 %
Kommentar Andelen patienter som får behandling inom 90 dagar är fortsatt mycket hög, högre än motsvarande period föregående år. Det sjukhusövergripande arbetssätt som infördes 2025 fungerar väl.					
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	87 %	61 %			Öka från år 2 025
Kommentar Andelen patienter som får nybesök hos specialist inom 30 dagar är fortsatt hög. Jämfört med årssiffran för 2025, uppnås målvärdet med marginal.					
Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	34	37			Minska från år 2 025
Kommentar På akutmottagningen arbetar sjukhuset vidare med de arbetssätt som gav goda resultat föregående år. Under 2025 hade Södertälje sjukhus kortast väntetid till första läkarbedömning av regionens akutmottagningar, och denna tid har kortats ytterligare under 2026.					
Total vistelsetid på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	213	198			Minska från år 2 025
Kommentar Den totala vistelsetiden på akutmottagningen är fortsatt jämförelsevis kort men något högre jämfört med föregående år. Under sommaren så har sjukhuset haft ett ökat inflöde jämfört med föregående år vilket kan ha påverkat vistelsetiden. Arbetet med att förbättra arbetssätten och flödet fortgår.					

Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Kommentar

Sjukhusets förbättringsarbeten syftar till att skapa förutsättningar för en vård som är säker, effektiv och av hög kvalitet.

För att skapa en lärande organisation krävs både struktur och kompetens inom

teambaserat, medarbetardrivet förbättringsarbete. Under året genomförs därför olika aktiviteter som stödjer detta, riktade till både chefer och medarbetare. De forum som finns för ledning och styrning över verksamhetsgränserna fortsätter att vidareutvecklas.

Under 2026 prioriteras bland annat förstärkt patientmedverkan, både i det direkta vårdmötet och i utvecklings- och förbättringsarbeten. En ny organisation för patientvägledning med höjd kompetens är på plats. Uppföljning av patientupplevelse har stärkts genom att samtliga patienter nu får en digital nöjdhetsenkät PREM (Patient Reported Experience Measures) efter avslutad vårdtid och vårdbesök.

För att öka patientsäkerheten i vårdens övergångar samt stödja omställningen till god och nära vård finns sedan en tid en väl fungerande samverkan med kommunerna och primärvården i närområdet. Inom ramen för styrgruppen "God och nära vård" drivs fortsatt gemensamt arbete med Södertälje kommun, SLSO primärvård (Stockholms läns sjukvårdsområde) och öppenvårdspsykiatrin. Under 2026 har fler kommuner anslutit till detta samarbete.

Arbetet med att effektivisera vårdflödet, både internt och i övergången till kommunal omsorg, fortsätter med oförminskad kraft. För att underlätta vårdövergångar för de sköra äldre pågår flera aktiviteter, där geriatrisk konsult både på akutmottagningen och på närliggande SÄBO (särskilda boenden) är goda exempel. En utmaning under 2026 är neddragna korttidsplatser inom kommunal omsorg, vilket försvårar utskrivningsprocessen. Trots detta ligger utskrivningsklara dagar fortsatt på en låg nivå.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle *(Regionfullmäktige)*	0,3	0,1	◆		Bibehålla eller minska från år 2 025

Kommentar

Antal utskrivningsklara dagar är något högre än det ackumulerade värdet på 0,2 för 2025 och motsvarande period föregående år men bibehålls på låg nivå. Data tas från LifeCare.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner *(Regionfullmäktige)*	3,6 %	3,5 %	●	<=4 %	<=4 %

Kommentar

Sjukhuset uppnår målet.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Genomföra en systematisk kartläggning av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter inom vårdverksamheten	2026	Genomförd	2026	Akutsjukhusnämnden, genom sina förvaltningar och en särskilt utsedd arbetsgrupp, har genomfört kartläggningar av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter. Arbetet har baserats på en inventering och sammanställning av kartläggningar som nyligen genomförts inom respektive förvaltning. Det saknas i dagsläget ett regionalt eller nationellt standardiserat tillvägagångssätt för denna typ av kartläggning, vilket innebär att olika metodansatser har tillämpats. Genom att sammanföra befintliga underlag har en övergripande och samlad bild kunnat tas fram. Den metodmässiga variationen bedöms ha bidragit till en bredare belysning av frågeställningen. Resultaten från de olika kartläggningarna uppvisar en hög grad av samstämmighet, vilket stärker tillförlitligheten i de identifierade mönstren. Mot bakgrund av genomförd analys har ett antal prioriterade aktivitetsområden identifierats. Dessa omfattar införande och spridning av AI-baserade lösningar såsom tal-till-text, AI-stöd för operationsplanering och AI-assistenter i syfte att minska dokumentationsbördan och effektivisera administrativa arbetsflöden. Vidare prioriteras automatisering och robotisering av administrativa processer, bland annat inom journalhantering, registrering, kodning, tolkbeställningar och olika former av patientadministration. Kartläggningarna har även identifierat schemaläggning och bemanningsplanering som ett gemensamt utvecklingsområde. Arbetet kommer därför att fokusera på utvärdering och spridning av effektiva arbetssätt för central schemaläggning och bemanningsplanering samt förberedelser inför införandet av nya digitala systemstöd. Ett ytterligare prioriterat område är att systematiskt identifiera och avveckla administrativa arbetsmoment som inte bedöms skapa tillräckligt värde för verksamheten. Arbetet omfattar även fortsatt utveckling av principen om rätt kompetens på rätt plats genom översyn av arbetsfördelning och uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper. Slutligen prioriteras samordning och effektivisering av onboardingprocesser genom återanvändning av befintliga digitala lösningar, standardiserade arbetssätt och samverkan med pågående regionala initiativ. De prioriterade aktiviteterna bedöms sammantaget ha god potential att minska den administrativa belastningen, öka verksamhetens effektivitet och frigöra mer tid för patientnära arbete.

2.2.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet



Kommentar

Sjukhuset redovisar ett positivt resultat på 1 miljon kronor ackumulerat augusti. Resultatet är 28 miljoner kronor sämre än periodiserad budget. Sjukhusets intäkter avviker positivt med 3,2 % och de totala kostnaderna, inklusive avskrivningar och finansnetto, avviker negativt med 5,5 % jämfört med ackumulerad budget. Per augusti rapporteras en årsprognos som uppgår till -10 miljoner kronor, vilket innebär en negativ avvikelse jämfört med årets resultatkrav på 20 miljoner kronor. För ytterligare kommentarer se avsnitt 5 ekonomi.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Administrativa kostnader ska minska *(Regionfullmäktige)*	41,5 mkr	39,5 mkr		65,2 mkr	Enligt budget 2 026

Kommentar

Sjukhuset uppvisar en positiv kostnadsavvikelse jämfört med periodiserad budget och rapporterad prognos är i nivå med årets budget.

Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035



Kommentar

Arbetet fortsätter med att systematiskt minska miljö- och klimatpåverkan och förbättra sjukhusets miljöprestanda. Miljöarbetet styrs som tidigare genom miljöledningssystemet, som är certifierat enligt ISO 14001.

Under 2026 fokuserar sjukhuset på att minska svinnet av engångsprodukter samt att fortsätta implementeringen av cirkulära skyddsförkläden. Mätning och uppföljning av faktiska utsläpp är fortsatt en utmaning och prioriteras i utvecklingsarbetet.

I de upphandlingar som sjukhuset genomför ställs hållbarhetskrav där detta är möjligt.

Arbetet fortsätter även med att öka livslängden och materialåtervinningen i produkt- och materialflöden. Tillvaratagande av använda kläder inom ramen för sjukhusets "Garderob" (projekt för patienter som saknar egna kläder vid hemgång) bidrar också till resurseffektivitet och ökad livslängd.

Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling

Kommentar

Sjukhuset bedriver ett systematiskt och aktivt arbete med social hållbarhet i det dagliga vårdmötet för att säkerställa likvärdig och samtidigt individanpassad vård. Ingen diskriminering får förekomma på grund av kön, sexuell läggning, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, ålder, funktionsnedsättning eller andra individuella egenskaper. Sjukhuset har en gemensam beteendekod, grundad på sjukhusets värdegrund, som gäller för alla medarbetare i organisationen.

Inom ramen för Verksamhetsstrategi Agenda 2027 genomförs utbildningsinsatser med fokus på bemötande. Arbetet med att färdigställa en riktlinje för hur de sju diskrimineringsgrunderna praktiskt ska hanteras ur ett patientperspektiv fortskrider. Vidare prioriteras genomförandet av åtgärder baserade på den kartläggning av det systematiska arbetet med social hållbarhet som redan har genomförts.

2.2.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig

Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Kommentar

Sjukhuset strävar efter att vara en attraktiv arbetsgivare genom ett långsiktigt och systematiskt arbete som främjar kvarstannande, underlättar rekrytering och stärker arbetsgivarvarumärket. För att lyckas med detta anser sjukhuset att det är viktigt att lyssna på medarbetare och chefer.

Samarbetet inom regionen och akutsjukhusnämnden intensifierades under 2025 och utvecklas vidare under 2026, vilket stärker regionen i stort och därigenom också sjukhuset.

Under början av året har upplägget för den sjukhusgemensamma introduktionen för nyanställda utvecklats. Syftet med att centralisera delar av introduktionen är att avlasta chefer, höja kvaliteten och öka nyanställdas nöjdhet, vilket i sin tur bidrar till högre kvarstannande. Sjukhuset deltar aktivt i den regiongemensamma planeringen av ett samlat upplägg för preboarding och onboarding.

Arbetet med ledarskapsutveckling, som pågått under flera år, har fortsatt under 2026. Ett gott ledarskap skapar engagemang och motivation. Cheferna erbjuds bland annat individuell coaching, och olika former av mentorskap inom och mellan regionens sjukhus vidareutvecklas. Sjukhuset arbetar även vidare med värdegrund och ledargrund.

Sjukhuset har intensifierat arbetet med strategisk kompetensplanering för hela sjukhuset. Kompetensutveckling är en central del i att vara en attraktiv och hållbar

arbetsgivare. I början av året har implementering av regionens kompetensförsörjningsstrategi påbörjats. Det innebär bland annat införande av verktyget Kompetenstorget som grund för fortsatt arbete. En resurs har tillsatts på heltid för att arbeta med Regionens modell för kompetensplanering, för alla yrkeskategorier inom hela sjukhuset. Sjukhuset har som mål att samtliga yrkeskategorier med kompetenssteg ska vara korrekt placerade innan 2026 års slut. Under 2026 prioriteras även att höja den digitala kompetensen bland medarbetarna.

Magnetmodellen är en evidensbaserad organisationsmodell som syftar till att attrahera och behålla omvårdnadspersonal genom förbättrad arbetsmiljö, ledarskap och kvalitet. Modellen bygger på att omvårdnadskompetens tas tillvara på alla nivåer, vilket ökar patientsäkerheten och skapar en attraktiv arbetsplats.

Sjukhusets pågående arbete med att införa Magnetmodellen i samtliga vårdverksamheter pågår enligt plan. Detta är ett långsiktigt arbete med flera delprojekt och involverar chefer och medarbetare med syfte att stärka omvårdnadskompetens- och kvalitet vilket kan bidra till ökad nöjdhet och kvarstannande. Förberedelser inför en certifiering pågår och fortlöper enligt plan.

För att uppnå hälso- och sjukvård av hög kvalitet är det avgörande att kompetensförsörjningen är tillfredsställande och att verksamheten kan rekrytera och behålla medarbetare. Detta bidrar till att skapa bättre förutsättningar för ett aktivt förbättringsarbete.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning *(Regionfullmäktige)*	99,5 %	99 %		99 %	99 %

Kommentar

Sjukhuset uppnår målet för delåret, vilket beror på att sjukhuset har rekryterat egen personal.

Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Kommentar

För att uppnå målet om en hållbar arbetsplats följer sjukhuset systematiskt upp nyckeltal såsom kvarstannande, sjukfrånvaro och övertid, både på övergripande nivå och inom specifika verksamheter. Vid behov upprättas riktade handlingsplaner.

Sjukhuset arbetar systematiskt för att stödja chefer och medarbetare i frågor som rör sjukfrånvaro, arbetsanpassning och rehabilitering. Företagshälsovården hjälper sjukhuset att arbeta förebyggande med dessa frågor. Ett årshjul används för att strukturera olika aktiviteter som tas upp månadsvis på chefsmöten för att säkerställa ett kontinuerligt stöd.

Sjukhuset har nolltolerans mot hot, våld och kränkande särbehandling. Frågor om

utsatthet ingår i den årliga medarbetarundersökningen som genomförs under hösten och beaktas i handlingsplaner när behov föreligger. Ett löpande utbildningsarbete pågår för att medarbetare ska känna sig trygga och bättre rustade att hantera hot- och våldssituationer.

Sjukhuset har infört ett nytt digitalt verktyg, ”AI assistent HR” en assistent baserad på artificiell intelligens för personalfrågor, för att underlätta för cheferna att snabbt få svar på sina frågor. Verktyget bidrar till ett smartare och effektivare arbetssätt samt minskad administration.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel sjukfrånvaro *(Regionfullmäktige)*	5,6 %	5,4 %		<6 %	<6 %

Kommentar

Sjukfrånvaron har gått ner sedan Tertial 1 och målvärdet uppnås för delåret. Nivån är något högre jämfört med samma period föregående år, framför allt på grund av ökad korttidssjukfrånvaro.

2.3 Uppdrag

Sjukhusets uppdrag redovisas i bilaga A1.

2.4 Intern kontroll

2.4.1 Arbetet med intern kontroll

Sjukhuset arbetar kontinuerligt med att utveckla och förbättra internkontrollen. Internkontrollplanen beskriver hur Södertälje sjukhus har identifierat och analyserat riskerna för att inte uppnå målen från fullmäktige under 2026, samt utarbetat en plan för att hantera och följa upp dessa risker.

Till delårsuppföljningen har en uppdatering av riskanalysen genomförts för perioden, 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 under året.

Sjukhusledningens avsikt inför 2026 var att arbetet med internkontrollen skulle utföras enligt plan. Södertälje sjukhus har av denna anledning inte identifierat några förändringar som påverkat sjukhusets förutsättningar till att bedriva en god intern kontroll.

Inga förändringar har gjorts i sjukhusets styr- och kontrollmiljö och inga avsteg har skett från Riktlinje för intern kontroll (RS 2022-0326).

2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller

Södertälje sjukhus har genomfört riskanalys enligt COSO-modellen av samtliga identifierade risker. Denna har resulterat i två risker med hög risk, sju med medelhög risk, två med låg risk och elva med mycket låg risk. De riskerna med ett samlat riskvärde över 3 medtages i internkontrollplanen och i bilaga 2 "Fördjupade

sammanställningen av mål, risker, kontroller och åtgärder".

Den risken med högst riskvärde är:

- Risk för att inte uppnå resultatkravet

Den risken som har näst högst riskvärde är:

- Risk för negativ inverkan på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi på grund av IT störningar och förseningar kopplat till kundanslutningsprocessen till Serviceförvaltningen IT (SF IT)

Resultatet av den uppdaterade riskvärderingen är att en risk minskat i riskvärde och två risker ökat i riskvärde sedan Tertial 1 rapporteringen.

Den risk som minskat är:

- Risk för att andelen av personalkostnader i hälso- och sjukvården som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning är under 99% som minskat från 4 till 2 och därmed har gått från medelhög risk till låg risk. Detta med anledning av att sjukhuset uppnår målvärdet.

De risker som ökat i riskvärde är:

- Risk för att inte uppnå resultatkravet som ökat från 6 till 12 och gått från medelhög risk till hög risk då prognosen har försämrats jämfört med inlämnad prognos i Tertial 1.
- Risk för att antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle inte bibehålls eller minskar jämfört 2025 som ökat från 2 till 6 och gått från mycket låg risk till medelhög risk då kommunen har minskat på antal korttidsplatser, vilket kan leda till längre ledtider.

Inga nya risker har tillkommit och inga risker har avslutats sedan Tertial 1 2026.

Sjukhuset har tagit fram kontrollaktiviteter och åtgärder för att hantera och minimera risker. Vissa kontroller och åtgärder är befintliga sedan tidigare då risken var med i internkontrollplanen under 2025 medan andra är nya för internkontrollplan 2026.

En ny kontroll och en åtgärd har tillkommit för risken "Risk för att antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle inte bibehålls eller minskar jämfört 2025". Kontrollen är "Uppföljning av statistik". Där data från LifeCare har tagits fram och analyserats. Åtgärden är "Uppföljning och dialog" där siffrorna följs upp och dialog förs i samverkansgrupp God och Nära vård där kommun, primärvård och sjukhus deltar.

En ny kontroll och två åtgärder har tillkommit för risken "Risk för att inte uppnå resultatkravet". Kontrollen är "Månadsbokslut, uppföljning och analys" där det ekonomiska utfallet följs upp regelbundet med verksamhetsansvariga. Åtgärderna är "Månadsuppföljningsmöten" där Sjukhusdirektör träffar respektive verksamhetschef / administrativ chef varje månad för genomgång av det aktuella läget, avseende ekonomi, prognos, åtgärder, produktion, tillgänglighet samt HR-frågor, och "Åtgärdsprogram för 2026" där ett åtgärdsprogram med resultatförbättrande åtgärder har arbetats fram.

2.4.3 Försäkran

Nämnden har försäkrat sig om att man genom förvaltningschefen vidtagit nödvändiga åtgärder för att uppnå en tillräcklig intern kontroll inom verksamheten, i enlighet med riktlinjen för intern kontroll (RS 2024-0510, RS 2022–0326).

3 Verksamhet

Södertälje sjukhus redovisar en måluppfyllelse för vårduppdrag 2026, mätt i DRG-poäng, på 101,0 %. Måluppfyllelsen för den akuta vården uppgår till 106,0 % och för den elektiva till 92,6 %.

Sjukhuset har ett fortsatt högt inflöde av akut sjuka patienter vilket påverkar den elektiva vården negativt. Det ökade akuta inflödet ställer stora krav på sjukhuset avseende bemanningen både på akutmottagningen och på vårdavdelningarna.

Akutmottagningens totala produktion är 11,1 % högre än budget och 12,1 % högre än vårduppdraget.

Det sjukhusövergripande arbetet med att minska den köställda vården fortgår. Andel väntande till nybesök inom vårdgarantin (30 dagar) är 87 % och andel väntande till operation/behandling inom vårdgarantin (90 dagar) är 91 % i slutet av månaden, vilket är högre än målnivån på 70 %, respektive 80 %. De patienter som själva valt att vänta eller som väntar av medicinska skäl är inte inräknade i dessa andelar. Det totala antalet väntande, inklusive patientvald och medicinsk väntan, är 1 049 patienter i mottagningskön och 1 048 patienter i behandlingskön.

3.1 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Besök, akuta	45 472	41 140	4 332	-0,7 %	68 138	61 392
Besök, elektiva	66 538	69 501	-2 963	4,3 %	105 373	107 957
Öppenvårdsbesök, totalt	**112 010**	**110 641**	**1 369**	**2,2 %**	**173 511**	**169 349**
- varav utomlän/utland	4 818	5 140	-322	-1,3 %	7 228	7 849
Slutenvårdstillfällen, akuta	9 459	9 398	61	3,4 %	14 012	14 167
Slutenvårdstillfällen, elektiva	2 338	2 450	-112	6,5 %	3 845	3 868
Slutenvårdstillfällen, totalt	**11 797**	**11 848**	**-51**	**4 %**	**17 857**	**18 035**
- varav förlossning, totalt	1 520	1 510	10	-2,2 %	2 266	2 256
- varav utomlän/utland	392	355	37	13,6 %	591	538
ASIH och palliativa vårddygn	16 131	18 718	-2 587	-3,4 %	25 533	28 120
Antal inskrivna ASIH	237	186	51	44,5 %	331	280
Antal vårdplatser	**193**	**193**	**0**	**3,8 %**	**193**	**193**

3.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Sjukhuset har producerat 112 010 öppenvårdsbesök, vilket är 1,2 % högre än periodiserad budget och 2,2 % högre jämfört med samma period föregående år.

Inom slutenvården har sjukhuset producerat 11 797 vårdtillfällen, vilket är 0,4 % lägre än periodiserad budget men 4,0 % högre än motsvarande period föregående år.

Den akuta vården har ökat under sommaren och är ackumulerat augusti högre jämfört med periodiserad budget. Även antalet ambulanser som har kommit till sjukhuset har ökat under sommarmånaderna, men är ackumulerat augusti 1,5 % lägre jämfört med samma period föregående år.

Den elektiva vården har ökat jämfört med samma period föregående år, men är lägre än periodiserad budget ackumulerat augusti.

Den genomsnittliga beläggningsgraden är 97 %, vilket är högre jämfört med samma period föregående år som var 94 %.

Antalet förlossningar uppgår till 1 305 stycken, lika många som under samma period föregående år men det är 323 förlossningar (20 %) färre jämfört med budget.

Sjukhuset redovisar 193 disponibla vårdplatser, exklusive sjukhusets 6 IVA-vårdplatser, vilket motsvarar budget.

3.1.2 Prognos i jämförelse med budget

Prognosen för öppenvården, mätt i antal besök, är 2,5 % högre än årets budget. För slutenvården, mätt i antalet vårdtillfällen, är prognosen 1,0 % lägre än årets budget.

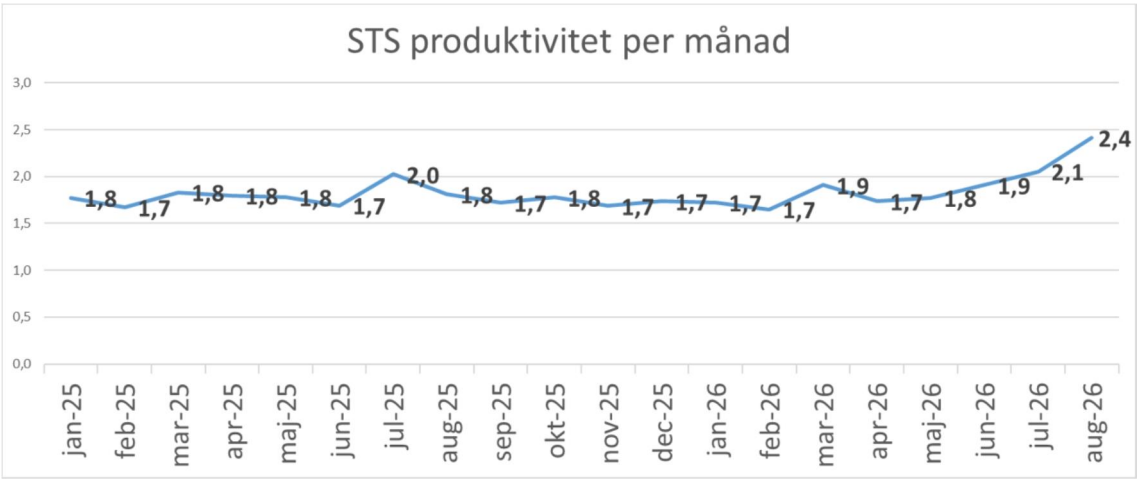
Prognosen baseras på produktionsutfallet ackumulerat augusti.

Måluppfyllelsen för vårduppdraget, mätt i DRG-poäng, prognosticeras till 100 % för helår, varav 103,9 % för öppenvården och 97,3 % för slutenvården.

3.2 Produktivitet

Södertälje sjukhus arbetar aktivt med att förbättra effektiviteten och produktiviteten. Ett stort antal nyckeltal följs upp löpande, exempelvis medelvårdtider, antal producerade DRG-poäng, närvarotid, inskolningstimmar och sjukfrånvaro.

Produktiviteten, som beräknas utifrån producerade DRG-poäng (all verksamhet inklusive sidoavtal och utomlänsvård) per helårsarbete, visas i tabellen nedan.



Sjukhusledningen följer ett antal KPI:er varje månad. Dessa KPI:er är:

- Säker vård – Oplanerad återinläggning inom 30 dagar
- Vård i rätt tid – Väntetid för nybesök (30 dagar) och behandling (90 dagar)
- Beläggning – Beläggning kl. 06:00 i snitt per månad och antal patienter i snitt med ”inläggningsbeslut” på akuten
- Vård i rätt tid – Andel patienter med ”inläggningsbeslut” som lämnar akuten inom 60 min
- Ekonomi i balans – Ackumulerat resultatutfall och prognos
- HR nyckeltal – Andel inhyrd personal av totala bemanningskostnader

Olika verksamheter följer olika nyckeltal över tid. Verksamhetsområde Akut följer ett stort antal indikatorer över tillgänglighet och processmått. Verksamhetsområde Vård följer varje månad kliniska timmar, det vill säga närvarotid inklusive inhyrd personal i relation till vårddygn. Inom den operativa verksamheten följs ett flertal produktionsmått kontinuerligt varje månad.

4 Personal

Södertälje sjukhus har kontinuerligt arbetat med insatser för att strukturera och tydliggöra det systematiska arbetet med att attrahera, rekrytera och introducera nya medarbetare. Arbetet har även syftat till att underlätta och avlasta det administrativa arbetet för sjukhusets chefer.

4.1 Uppföljning avsatta medel

4.1.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö

Sjukhuset arbetar för att skapa en hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö genom att fokusera på hållbart medarbetarskap och hållbart ledarskap. Arbete pågår kontinuerligt med följande aktiviteter:

- Vidareutveckla värdegrund och ledargrund
- Stärka stödet till chefer från staber och vårdnära service genom bland annat att förenkla och förbättra pre- och on-boarding
- Stärka den interna stoltheten, med stöd av strategisk och operativ kommunikation
- Att skapa förutsättningar för en hållbar förändring med en robust samarbetskultur. Insatsens upplägg är att involvera chefer och medarbetare, att stärka samsyn och gemensamma åtaganden vad gäller psykologisk trygghet, kommunikation och samarbete samt medverkan i att hantera problem och konflikter på ett lösningsorienterat sätt.

4.1.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning

Södertälje sjukhus har arbetat med ett antal aktiviteter som har syftat till långsiktigt hållbar kompetensförsörjning. En central del för att åstadkomma detta är att ge förutsättningar för en lärande organisation. Målet är att verksamheten ska kunna rekrytera och behålla medarbetare som bidrar till kontinuerligt förbättrings- och utvecklingsarbete.

Arbete pågår med att:

- Stärka sjukhusets strategiska satsningar inom kompetensutveckling genom Regionens kompetensförsörjningsstrategi - utveckla arbetet i Kommitté Kompetensutveckling
- Implementera Kompetenstorget - nytt Komptenstorg 2026
- Fullfölja implementeringen av kompetensstegar och stegtjänster - alla medarbetare som ”tillhör” en stege placeras på rätt nivå (Mål 90%)
- Öka digital kompetens i organisationen - Införa utbildning kring sjukhusets IT system vid introduktion av nya medarbetare - identifiera behov av utbildningsinsatser i digitala system
- Införa Magnetmodellen i samtliga vårdverksamheter enligt plan - processen för sjukhusets certifiering som Magnet-sjukhus är pågående.

4.1.3 Chefsförsörjning, ledarskap- och medarbetarskap i hela Region Stockholm

Fortsatt satsning på regelbundna chefsmöten för att säkerställa information och kommunikation inom sjukhuset. Chefsmöten syftar även till att skapa gemenskap, trygghet och intern stolthet. Södertälje sjukhus har även satsat på en årlig chefsdag för alla chefer med samma syften som ovan samt utbildning inom något aktuellt ämne.

Under 2024 genomfördes ledningsgruppsutveckling i sjukhusledningen, under 2025 genomfördes ledningsgruppsutveckling i verksamhetsområdenas ledningsgrupper. Under 2026 erbjuds alla chefer ett antal enskilda coaching tillfällen.

4.2 Helårsarbeten

	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. % utfall fg år	Prognos år	Budget år
Närvaro	946	880	66	5,3 %	951	921
Frånvaro	478	500	-22	2,6 %	469	454
Extratid	162	165	-3	1,9 %	170	165
Totalt	**1 586**	**1 545**	**41**	**4,1 %**	**1 590**	**1 540**
Varav avtalad tid	1 424	1 380	44	4,4 %	1 420	1 375

** Avtalad tid avser den sammanlagda tiden för närvaro och frånvaro och motsvarar sysselsättningsgraden i förhållande till aktuellt antal dagar under perioden.*

4.2.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Antal helårsarbeten inom avtalad tid, beräknad på närvaro- och frånvarotid, är 3,2 % högre än rapporterad budget och 4,4 % högre än föregående årets utfall. Närvarotiden är 7,5 % högre än budget och har ökat med 5,3 % jämfört med föregående år. Ökningen jämfört med föregående år kan härledas till de utökade vårduppdragen inom bland annat geriatrisk vård. Frånvarotiden är 4,4 % lägre än budget men har ökat med 2,6 % jämfört med föregående år. Extratiden är 1,8 % lägre än budget men har har ökat med 1,9 % jämfört med föregående år.

Sedan föregående rapportering har närvarotiden minskat samtidigt som både frånvarotid och extratid ökat, vilket härleds till sommarsemestrar. Sjukhuset arbetar kontinuerligt med att minska sjukfrånvaro och övertid, som en del av årets åtgärdsplan för att uppnå ekonomi i balans.

Sjukhusets bemanning av egenanställd personal har ökat samtidigt som andelen inhyrd personal fortsatt är på en låg nivå.

4.2.2 Prognos i jämförelse med budget

Prognosen för helårsarbeten är 3,3 % högre än budget.

Utfallet för helårsarbeten ackumulerat augusti är högre än budget, och därmed ökas sjukhusets prognos. Ökningen beror mestadels på utökad personal för arbetet med omställningslager, externa projekt och vidarefakturerade löner, vilka kompenseras av motsvarande intäkter. Ett ökat antal vårdplatser tillsammans med den låga andelen inhyrd personal får även det en påverkan på antal helårsarbeten.

Sjukhuset arbetar aktivt med besparingsåtgärder avseende bemanningskostnader, vilka beräknas ge effekt under kommande del av året.

4.3 Sjukfrånvaro

Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**5,59**	**5,40**
- varav kvinnor	*6,12*	*6,02*
- varav män	*3,36*	*2,56*
Fördelat på period	**5,59**	**5,40**
1 - 14 dagar	*2,56*	*2,36*
15 - 90 dagar	*1,02*	*1,10*
91 - dagar	*2,02*	*1,95*

Den procentuella sjukfrånvaron är 5,59 % ackumulerat augusti 2026. Det är en ökning jämfört med samma period föregående år men är fortsatt under målvärdet på 6 %. Ökningen är främst kopplad till män samt kortidssjukfrånvaro (1-14 dagar) och långtidssjukfrånvaro (över 91 dagar). Andelen sjukfrånvaro som är 15-90 dagar lång har minskat.

Sjukhuset arbetar aktivt med förebyggande insatser för att minska sjukfrånvaron. Stödet till chefer och medarbetare i frågor som rör sjukfrånvaro, arbetsanpassning och rehabilitering sker systematiskt och proaktivt med hjälp av företagshälsovården. En hållbar schemaläggning främjar medarbetarnas återhämtning. Vid behov har extra åtgärder, såsom förstadagsintyg och personalstödjande insatser, implementerats. Arbetet inkluderar även regelbunden uppföljning av sjukfrånvaron tillsammans med respektive verksamhetschef.

5 Ekonomi

Ackumulerat augusti redovisar sjukhuset ett negativt resultat på 28,4 miljoner kronor jämfört med periodiserad budget. Sjukhusets intäkter avviker positivt med 3,2 % samtidigt som kostnaderna avviker negativt med 5,5 % jämfört med periodiserad budget.

De högsta kostnadsavvikelserna jämfört med ackumulerad budget avser bemanningskostnader, sjukvårdstjänster och material. Sjukhusledningen har sedan tidigare tagit fram ett åtgärdsprogram för kostnadsreducering som inkluderar effektiviserad bemanning, enhetliga materialinköp samt kloka kliniska val. Åtgärdsprogrammet inkluderar även en åtgärd avseende ökade intäkter.

Södertälje sjukhus rapporterar en årsprognos på -10 miljoner kronor, vilket är 20 miljoner kronor sämre än årets resultatkrav. Den negativa prognosen hänförs främst till bemanningskostnader, sjukvårdstjänster och material.

För 2026 har sjukhuset fått ett utökat vårduppdrag vilket medför att både intäkter och kostnader är högre än motsvarande period föregående år.

5.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Patientavgifter	19	17	2	8,8 %	28	26
Sålda primärtjänster	1 246	1 227	19	8,7 %	1 870	1 859
Försäljning övriga tjänster	28	28	0	5,4 %	46	45
Erhållna bidrag	35	27	8	30 %	51	38
Övriga intäkter	20	9	11	46,8 %	36	14
Verksamhetens intäkter	**1 348**	**1 307**	**41**	**9,5 %**	**2 031**	**1 982**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-893	-850	-43	9,2 %	-1 358	-1 320
- varav inhyrd personal	*-5*	*-2*	*-3*	*-34,8 %*	*-5*	*-2*
Köpta primära sjukvårdstjänster	0	0	0		0	0
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-71	-59	-12	13,2 %	-105	-90
Läkemedel	-50	-48	-2	13,8 %	-77	-74
Materialkostnader	-72	-60	-12	15 %	-108	-94
Lokal- och fastighetskostnader	-129	-129	0	17,4 %	-194	-194
Övriga kostnader	-100	-99	-1	3,2 %	-150	-150
Verksamhetens kostnader	**-1 314**	**-1 245**	**-69**	**10,2 %**	**-1 992**	**-1 923**
Avskrivningar	-33	-33	0	15,5 %	-49	-49
Finansnetto	0	0	0	-86,7 %	0	0
Justering pension mm.	0	0	0		0	0
Resultat**	**0,9**	**29,3**	**-28,4**		**-10**	**10**

* mkr
** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

5.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Sjukhusets utökade uppdrag jämfört med föregående år medför att både vårdintäkter och kostnader avseende bemanning, vårdtjänster, läkemedel, material och avskrivningar är högre än motsvarande period föregående år. Ökningen avseende lokalkostnader hänförs till de nya våningsplanen i hus 20.

Utfall i jämförelse med budget

Verksamhetens totala intäkter är 42 miljoner kronor (3,2 %) högre än periodiserad budget.

Sjukhusets totala intäkter avseende samtliga vårduppdrag är enligt tabellen 19 miljoner kronor (1,6 %) högre än periodiserad budget. Den positiva avvikelsen hänförs framför allt till vårdval förlossning, vårdval höft/knä samt utomlänsintäkter.

Erhållna bidrag avviker, enligt tabellen, positivt med 8 miljoner kronor (32 %). Sjukhuset har bland annat erhållit tillkommande medel avseende AT- och ST-ersättning samt statsbidrag inom cancerområdet och för sommarbemanning.

Övriga intäkter avviker positivt, avvikelsen hänförs främst till ersättning avseende omställningslager, externa projekt samt läkemedel.

Verksamhetens totala kostnader (inklusive avskrivningar och finansnetto) är 70 miljoner kronor (5,5 %) högre än budget.

Bemanningskostnaderna avviker, enligt tabellen, negativt med 43 miljoner kronor (5,1 %). Kostnaden för egenanställd personal avviker negativt med 40 miljoner kronor (4,7 %) och kostnaden för inhyrd personal avviker negativt med 3 miljoner kronor jämfört med periodiserad budget. Avvikelsen hänförs bland annat till övertid, timlön och höga inskolningskostnader kopplat till nyanställd personal. Den procentuella avvikelsen avseende egenanställd personal fortsätter att minska, jämfört med föregående rapportering är minskningen 0,3 procentenheter.

Sjukhusets kostnader för vårdtjänster avviker negativt med 12 miljoner kronor (20,9 %). Avvikelsen hänförs dels till kostnader för laboratorietjänster, dels till kostnader för granskningstjänster inom radiologi.

Läkemedelskostnaderna överskrider budget med 2 miljoner kronor. Avvikelsen hänförs främst till specifika läkemedel där sjukhuset erhåller motsvarande ersättning.

Materialkostnader överskrider budget med 12 miljoner kronor (19,5 %). Kostnadsavvikelsen hänförs till stor del till material inom operationsverksamheten, delvis kopplat till operationsroboten.

5.1.2 Prognos i jämförelse med budget

Sjukhuset rapporterar en negativ prognos på -10 miljoner kronor vilket är en avvikelse jämfört med resultatkravet på -20 miljoner kronor.

Totalt prognosticerade intäkter, är 49 miljoner kronor (2,5 %) högre än budget. Avvikelsen hänförs främst till vårdintäkter, bidrag och övriga intäkter.

Högre intäkter än budgeterat avseende vårdvalen höft/knä och förlossning bidrar till

den positiva prognosen gällande sålda primärtjänster.

Erhållna bidrag prognosticeras bli 13 miljoner kronor (33,6 %) högre än budgeterat med anledning av att sjukhuset erhållit statsbidrag för bland annat sommarbemanning och riktade kompetensinsatser samt en ökad AT- och ST-ersättning.

Under innevarande år erhåller sjukhuset även högre intäkter än budgeterat avseende bland annat omställningslager, externa projekt, operationspilot och kompetensutveckling.

Totalt prognosticerade kostnader är 69 miljoner kronor (3,6 %) högre än budget. De största negativa avvikelserna avser bemanningskostnader, vårdtjänster och material.

Den största negativa prognosavvikelsen, -38 miljoner kronor (2,9 %), avser bemanningskostnader, det är flera faktorer som påverkar kostnadsutvecklingen. Tillkommande medel för bland annat omställningslager och externa projekt, sjukhusets arbete med att öka och bibehålla tillgängligheten samt att bibehålla den låga andelen inhyrd personal tillsammans med ett ökat antal vårdplatser, får samtliga en negativ påverkan på årets bemanningskostnader.

Kostnader för vårdtjänster prognosticeras, enligt tabellen, bli 15 miljoner kronor (16 %) högre än budgeterat. Sjukhuset fortsätter ha höga kostnader för både röntgen- och laboratorietjänster.

Materialkostnaderna prognosticeras, enligt tabellen, bli 14 miljoner kronor (13,6 %) högre än budgeterat. Det är främst kostnader inom operationsverksamheten som är höga.

5.1.3 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Summa personalkostnader	**-888,4**	**-848,2**	**-40,2**	**9,6 %**	**-1 352,7**	-1 317,7
Förändring sem- och löneskuld	12,1	-1,4	13,5	38,9 %	0,3	-2,1
Lönekostnad	-604,8	-556,9	-47,9	8,8 %	-894	-865,2
- varav övertid	*-21,9*	*-8,3*	*-13,6*	*16,3 %*	*-31,9*	*-12,4*
- varav sjuklönekostnad	*-9,4*	*-7,5*	*-1,9*	*15,2 %*	*-13,7*	*-11,6*
PO-pålägg	-283,7	-273,2	-10,5	11,6 %	-436,5	-424,2
Övriga personalkostnader	-12	-17	5	32,1 %	-23	-26
Inhyrd personal	**-4,9**	**-1,7**	**-3,2**	**-34,8 %**	**-5,4**	**-2,3**
- varav läkare	*-2,1*	*-0,4*	*-1,7*	*58,4 %*	*-2,2*	*-0,7*
- varav sjuksköterskor	*-2,7*	*-1,2*	*-1,5*	*-55,3 %*	*-3,2*	*-1,6*
- varav övrig personal	*0*	*0*	*0*		*0*	*0*
Personalkostnad inkl inhyrd personal	**-893,3**	**-849,9**	**-43,4**	**9,2 %**	**-1 358,1**	**-1 320**

* mkr

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

De totala bemanningskostnaderna uppgår till 893,3 miljoner kronor, vilket är 5,1 % högre än budget och 9,2 % högre än föregående år. Sjukhusets kostnader för den egna personalen är 4,7 % högre än budget och 9,6 % högre än föregående år. Ökningen jämfört med budget beror till stor del på höga kostnader för övertid, timlön och inskolning. Sjukhuset har även ökade kostnader för arbete med omställningslager och olika externa projekt, för vilka sjukhuset erhåller motsvarande intäkter. Ökningen jämfört med föregående år beror på den utökade bemanningen relaterad till produktionsökning och de nya geriatriska vårdplatserna.

Kostnaden för inhyrd personal uppgår till 4,9 miljoner kronor, vilket är högre än budget, men 34,8 % lägre än föregående år. Andel inhyrd personal av den totala bemanningskostnaden har ökat under sommaren, men är fortsatt låg och uppgår till 0,5 %, vilket kan jämföras med 0,9 % under samma period föregående år. Det pågående regiongemensamma arbetet med att minska andelen inhyrd personal till förmån för ett ökat antal egenanställd personal har gett effekt.

Merparten av den totala kostnaden för inhyrd personal avser sjuksköterskor och då främst inom 24/7-verksamheten. Sjukhuset har ett fortsatt, men minskat, behov av att hyra in sjuksköterskor för att kunna upprätthålla adekvat vårdkapacitet på vårdavdelningar, operationsavdelningen och inom intensivvården.

Inhyrning av läkare har ökat under sommarsemestrarna, mest inom Närakuten,

relaterad till produktionsökningen.

Prognos i jämförelse med budget
Prognosen för bemanningskostnader, inklusive inhyrd personal, är 2,9 % högre än årets budget. Prognosen är baserad på kostnadsutfallet ackumulerat augusti, som visar kostnadsökning för övertid och sjuklöner.

Kostnadsprognosen för inhyrd personal visar en ökning jämfört med budget men är fortsatt lägre än målvärdet på 1 % av den totala personalkostnaden.

Sjukhuset är till viss del fortsatt beroende av att hyra in personal men omfattningen har minskat markant. Det är främst sjuksköterskor som hyrs in för att kunna bemanna det antal vårdplatser som sjukhuset är i behov av. Sjukhuset är fortsatt beroende av att kontinuerligt hyra in akutläkare till närakuten, vilket har ökat under sommarmånaderna.

Sjukhuset arbetar aktivt med besparingsåtgärder som avser bemanningskostnader.

5.1.4 Konsultkostnader

Externa Konsultkostnader (Mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. %	Prognos år	Budget år
Juridik	0	-0	0	0 %	-0	-0
PR	-0	0	-0	0 %	-0	0
Management	0	0	0	0 %	0	0
IT	-0	-1	1	-54,4 %	-0	-1
Övriga	-0	-1	1	0 %	-0	-1
Summa externa konsultkostnader	**-0**	**-1**	**1**	**-35,5 %**	**-1**	**-2**

Utfall i jämförelse med budget och föregående år
Södertälje sjukhus har sedan flera år tillbaka haft låga konsultkostnader och främst nyttjat konsulter till specifika uppdrag där spetskompetens krävs.

Ackumulerat utfall är i nivå med budget och lägre än föregående år.

Prognos i jämförelse med budget
Rapporterad prognos är i nivå med budget.

5.1.5 Administrativa kostnader

Administrativa kostnader (mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Administrativa kostnader	-40	-43	3	0,7 %	-65	-65

Utfall i jämförelse med budget och föregående år
Ackumulerat utfall avseende administrativa kostnader är lägre än periodiserad budget. Jämförelse mellan åren påverkas av vakanshållning under föregående år.

Prognos i jämförelse med budget
Rapporterad prognos avseende administrativa kostnader är i nivå med årets budget.

5.1.6 Säsongsvariationer
Vid periodisering av årets budget har hänsyn tagits till säsongsvariationer såsom produktionsrelaterad ersättning i vårdavtalen, reglering av semesterskuld och kostnader avseende läkemedel, vårdtjänster samt vårdmaterial. Detta för att harmonisera med faktiskt utfall, då vårdkapaciteten är lägre under sommarperioden, kopplat till medarbetarnas semesteruttag.

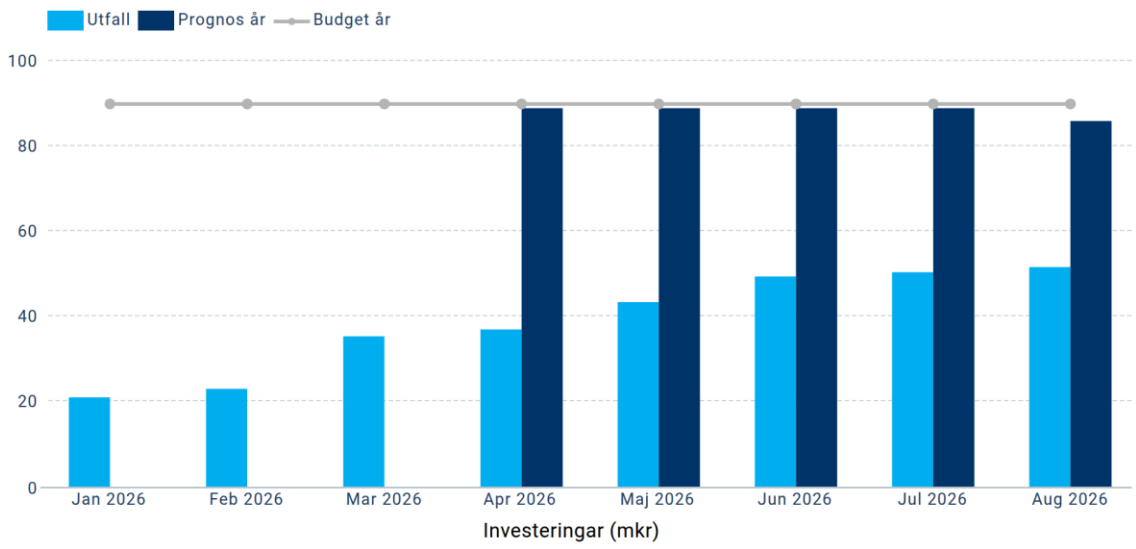
5.2 Åtgärder för ett resultat i balans

Åtgärder (Mnkr)	Budgeterad effekt 2026	Realiserad effekt 2026	Prognostiserad effekt 2026	Avvikelse prognostiserad effekt jmft budget 2026	Budgeterad effekt 2027	Budgeterad effekt 2028	Budgeterad effekt 2029
Effektiv bemanning	10,0	6,4	10,0	0,0			
Enhetliga materialinköp	5,0	3,1	4,0	-1,0			
Kloka kliniska val	5,0	0,9	2,0	-3,0			
Ökade intäkter		4,0	4,0	4,0			
Summa	20,0	14,4	20,0	0,0			

Södertälje sjukhus arbetar aktivt med att nå en ekonomi i balans. Åtgärden som planeras ge högst effekt är att effektivisera bemanningen.

Med anledning av sjukhusets negativa resultat pågår arbete med åtgärdsprogrammet.

5.3 Investeringar



5.3.1 Investeringsplanens genomförbarhet och risk

Sjukhuset har de senaste åren upplevt långa och osäkra leveranstider samt försenade leveranser i högre grad än tidigare. Detta medför ökade utmaningar med att hålla givna investeringsramar för respektive år, dock hålls angivna ramar över tid.

Omvärldsläget, med bland annat förlängda och fördyrade transportvägar, kan komma att påverka både leveranstider och inköpspriser även på längre sikt.

5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget

Ackumulerad investeringsutgift uppgår till 51 miljoner kronor vilket motsvarar en upparbetningsgrad mot budget på 57 %. Merparten hänförs till utrustningsinvesteringar avseende tillbyggnad av hus 20 som togs i bruk i början av året samt en operationsrobot.

5.3.3 Årets prognos i jämförelse med budget

Nu rapporterad prognos uppgår till 85,6 miljoner kronor vilket motsvarar en upparbetningsgrad mot budget på 95,5 %. Prognosen avviker med 4 miljoner kronor mot årets budget.

Avvikelsen förklaras av tidsförskjutningar mellan 2025 och 2026 och av tidsförskjutning mellan 2026 och 2027 samt mellan 2026 och 2028.

Tidsförskjutningen mellan 2025 och 2026 uppgår till ett värde av 2 miljoner kronor och hänförs till beställningar genomförda 2025 där leverans skedde först under 2026.

Tidsförskjutningen mellan 2026 och 2027 uppgår till ett värde av 3 miljoner kronor och hänförs till pågående upphandling avseende AI-fallprevention och tidsförskjutning av PDMS som medför att leveranser inte kommer hinna ske under innevarande år.

Tidsförskjutningen mellan 2026 och 2028 uppgår även den till ett värde av 3 miljoner kronor och hänförs till omprioriteringar och omvärderingar avseende teknisk livslängd för optimalt nyttjande av tilldelade resurser.

Tidsförskjutningen mellan 2025 och 2026 samt mellan 2026 och 2028 rapporterades redan i samband med bokslut för april.

Förändringarna mellan åren påverkar inte sjukhusets totalt tilldelade investeringsutrymme.

5.3.4 Ny- och ersättningsinvesteringar

Investeringar (mkr)	Utfall ack. innev. år	Prognos innev.år	Budget innev. år	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Nyinvesteringar	37,3	37,3	52,8	-15,5	70,64
Ersättningsinvesteringar	14,1	48,3	36,8	11,5	38,32
Totalt investeringar	**51,4**	**85,6**	**89,6**	**-4,0**	**57,37**

5.3.5 Utfall och prognos enskilda investeringsobjekt

Södertälje sjukhus har inga enskilda investeringsobjekt med en total budget överstigande 100 miljoner kronor.

5.3.6 Driftsatta investeringsobjekt

Södertälje sjukhus har inga enskilda investeringsobjekt med en total budget överstigande 100 miljoner kronor.

Södertälje 2026-09-11

Anna Gerber Ekblom

Sjukhusdirektör

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-1039

ASN 2026-5349



Akutsjukhusnämnden/Södertälje sjukhus

Fördjupad sammanställning mål, risker och åtgärder

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning 3

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet 4

2.1 Risk för brister i försörjning på grund av omvärldsfaktorer 4

2.2 Risk för negativ inverkan på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi på grund av IT-störningar och förseningar kopplat till kundanslutningsprocessen till Serviceförvaltningen IT (SF IT) 6

2.3 Risk för att inte uppnå resultatkravet 7

3 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035 9

3.1 Risk för att Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan är för hög 9

3.2 Risk för att utsläpp av växthusgaser inte minskar jämfört med 2019 -37% 10

4 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare 12

4.1 Risk för att följsamheten till riktlinjer och rutiner för Bisysslor inte ökat jämfört med 2025 12

5 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet 14

5.1 Förekomst av vårdrelaterade infektioner överstiger målet <= 4 % 14

5.2 Risk för att antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle inte bibehålls eller minskar jämfört 2025 16

6 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare 17

6.1 Risk för att Hot och våld på arbetet är över målet 8% 17

1 Läsanvisning

Detta är en fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas nivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Risknivå

- Mycket hög (röd) - Ej acceptabla risker. Åtgärder måste finnas för att sänka risknivån så långt det är möjligt. Avvikelser måste motiveras.
- Hög (orange) - Risker tolereras enbart då åtgärder eller kontroller inte är praktiskt genomförbara eller ekonomiskt försvarbara. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Medelhög (gul) - Risker tolereras enbart om kostnader för åtgärder och kontroller överstiger nyttan. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Låg (grön) - Risker accepteras generellt utan åtgärd men ska bevakas. Nödvändigt att visa att de bibehålls på denna nivå.
- Mycket låg (ljusgrön) - Risker accepteras utan åtgärd.

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

- Streck, ej påbörjad
- Grön, enligt plan
- Gul, merparten åtgärdat men vissa delar kvarstår
- Röd, åtgärd ej enligt plan

Effekt av åtgärd beskriver hur väl de åtgärder som genomförts har haft önskad riskreducerande effekt.

- Streck, ej bedömt
- Grön, bedöms ge önskad effekt
- Gul, att uppnå önskad effekt bedöms som osäkert
- Röd, bedöms inte få önskad effekt

Kontroller

Status beskriver om kontrollen är genomförd och om det finns avvikelser.

- Streck, kontrollen ej planerad att genomföras under perioden eller kommer att genomföras under kommande period/er.
- Grön, kontrollen är genomförd utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

2.1 Risk för brister i försörjning på grund av omvärldsfaktorer

137096



Riskvärde
4
Sannolikhet
2
Konsekvens
2

Riskbeskrivning
Risk för brister i försörjning (material, läkemedel med mera).
Konsekvens
Brister i försörjning kan påverka såväl flöde, robusthet och medicinsk kvalitet negativt.

Kontroll	Status

Namn
Bevakning av lager och försörjningsled

Frekvens
Löpande

Beskrivning
Bevakning avseende förbrukning, lager och leveranser utifrån behov.

Kommentar

Genomgång har hållits enligt plan. Inga betydande störningar eller avvikelser.

Namn
Genomgång av sjukhusets robusthet i Kommittén för katastrof och beredskap

Frekvens
Årligen

Beskrivning
Strukturerad genomgång av sjukhusets robusthet i Kommittén för katastrof och beredskap.

Kontroll	Status

Kommentar

Strukturerad genomgång av sjukhusets robusthet i Kommittén för katastrof och beredskap har hållits enligt plan.

Åtgärd

Samverkan regionalt	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2025-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Deltar i regionala samverkansforum avseende läkemedel och material.

Kommentar

Deltagit enligt plan.

Uppbyggnad av förbrukningslager på sjukhuset	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2025-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Beredskapslager för vätskor, läkemedel och material utökas i enlighet med regionala direktiv.

Kommentar

Fortlöper enligt plan.

2.2 Risk för negativ inverkan på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi på grund av IT-störningar och förseningar kopplat till kundanslutningsprocessen till Serviceförvaltningen IT (SF IT)

173635



Riskvärde
9
Sannolikhet
3
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Risk för negativ inverkan på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi på grund av IT-störningar och förseningar kopplat till kundanslutningsprocessen till SF IT.
Konsekvens
Negativ inverkan på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi.

Kontroll	Status

Namn
Uppföljning

Frekvens
Daglig

Beskrivning
Täta avstämningar med SF IT på olika nivåer. Leverantören arbetar intensivt med att komma till rätta med problemen.

Kommentar

Leverantören SF har erhållit medel för robusthetshöjande insatser från Regionledningskontoret (RLK) som bland annat kommer att avsättas för att resursförstärka genomförandet av kundanslutningsprocessen under kvartal 3 och 4 2026. Sjukhuset från och med kvartal 3 avropa konsultstöd från SF i form av teknisk applikationsförvaltare och rekrytering pågår inom enheten för digitalisering och e-hälsa för att förstärka den tekniska kompetensen.

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Lösa problem som finns i nya i IT-miljön och slutföra kundanslutningsprocessen	2025-11-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Löpande arbete med SF.

Åtgärd
Kommentar
Projektledare från SF har ansvar att följa upp restpunkter från fas 1 av kundanslutningen. SF har erhållit robusthetsmedel som kan användas till att slutföra kundanslutningsprocessen av Södertälje sjukhus IT-miljö.

2.3 Risk för att inte uppnå resultatkravet

173636





Riskvärde
12
Sannolikhet
4
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Risk att inte uppnå resultatkravet.
Konsekvens
Sjukhuset uppfyller inte uppdraget från fullmäktige vilket kan medföra en negativ påverkan på regionens ekonomi. En långsiktig ekonomisk hållbarhet med resultat enligt resultatkrav är avgörande för sjukhusets trovärdighet på sikt och skapar förutsättningar för att utveckla kärnverksamhet, förbättra kompetensförsörjning och arbetsmiljö och skapa en hållbar verksamhet.

Kommentar

Det samlade värdet för risken har gått upp då prognosen har försämrats jämfört med inlämnad prognos i Tertial 1.

Kontroll	Status
Namn Månadsbokslut, uppföljning och analys	
Frekvens Månadsvis	
Beskrivning Det ekonomiska utfallet följs upp regelbundet med verksamhetsansvariga. Sjukhusdirektör, ekonomidirektör, HR-direktör och chefläkare träffar verksamhetschefer /administrativa chefer minst 10 gånger per år för genomgång av läget avseende ekonomi, prognos, åtgärder, produktion, tillgänglighet samt HR-frågor. Sjukhusledningen rapporterar läget månadsvis till regionen enligt utskickade anvisningar.	

Kontroll	Status

Kommentar

Kontrollmomenten har utförts enligt plan.

Åtgärd

Åtgärdsprogram för 2026	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Ett åtgärdsprogram med resultatförbättrande åtgärder har arbetats fram. Åtgärdsprogrammet följs upp löpande som en del av månadsuppföljningen av respektive verksamhet.

Kommentar

Åtgärdsprogrammet har till viss del effektuerats, ytterligare åtgärder tas fram vid behov.

Månadsuppföljningsmöten	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Sjukhusdirektör träffar respektive verksamhetschef / administrativ chef minst 10 gånger per år för genomgång av det aktuella läget, avseende ekonomi, prognos, åtgärder, produktion, tillgänglighet samt HR-frågor. Vid dessa möten deltar även ekonomidirektör, HR-direktör, chefläkare samt controller. Fokus ligger på negativa avvikelser från målen och framtagande av handlingsplaner vid behov.

Kommentar

Månadsuppföljningsmöten har genomförts med samtliga verksamhetsområden enligt plan.

3 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

3.1 Risk för att Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan är för hög

88852



Riskvärde
6
Sannolikhet
3
Konsekvens
2

Riskbeskrivning
Den konsumtionsbaserade CO2-utsläppen ska minska genom att identifiera de produkter som sjukhuset använder som har hög CO2-påverkan. Möjligheten att ersätta CO2-belastande produkter ska analyseras. Detta innebär dock ett omfattande arbete som kräver relativt stora resurser för att genomföra.
Konsekvens
Att minska den konsumtionsbaserade klimatpåverkan är viktigt för att minska sjukhuset totala påverkan på klimatet. Då sjukhuset använder stora mängder material är påverkan på planeten relativt stor.

Kontroll	Status

Namn
Minskning av konsumtionsbaserade utsläpp

Frekvens
Tertial

Beskrivning
Risk för att indirekta växthusgasutsläpp som sjukhuset orsakar i sjukhusets värdekedja inte minskar.

Kommentar

Sjukhuset har fortsatt arbetet med att minskad överanvändning av skyddshandskar, ökad andel kanylburkar som har lägre klimatpåverkan (woodsafe) och användning av cirkulära skyddsförkläden.

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Minska de konsumtionsbaserade utsläppen	2023-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Genomföra aktiviteter för att minska konsumtionen av produkter med höga CO2-utsläpp. Fortsatt arbete med att minska matsvinn, användning av woodsafe, rätt användning av handskar och arbete med cirkulära skyddsförkläden.

Kommentar

Det pågår en dialog i med andra sjukhus om hur man kan utveckla ett gemensamt verktyg för att kunna mäta konsumtionsbaserade utsläpp, vilket är en svårighet i dag. Aktiviteter för att minska konsumtionen av produkter med höga CO2-utsläpp genomförs.

3.2 Risk för att utsläpp av växthusgaser inte minskar jämfört med 2019 -37%

137107

Riskvärde
6
Sannolikhet
3
Konsekvens
2

Riskbeskrivning
Att utsläpp av växthusgaser inte minskar jämfört med 2019 -37% på grund av att det är för kostsamt eller att material eller utrustning som kan bidra till att uppnå målet inte finns att köpa in.
Konsekvens
Att sjukhuset släpper ut för mycket växthusgaser som påverkar klimatet negativt.

Kontroll	Status
Namn Utsläpp av växthusgaser	

Frekvens
Årligen

Beskrivning
Procentuell minskning av klimatpåverkan från växthusgaser i jämförelse med basår 2019.

Kontroll	Status

Kommentar

Fortsatt arbete med att minska matsvinn, ökad andel kanylburkar som har lägre klimatpåverkan (woodsafe), rätt användning av handskar och arbete med cirkulära skyddsförkläden. Åtgärder har vidtagits för att ha än större kontroll på lustgasutsläpp.

Åtgärd

Minska utsläpp av växthusgaser jämfört 2019	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2025-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Fortsatt genomföra aktiviteter för att minska utsläpp av växthusgaser bland annat sjukhusets miljömål. Hållbarhetssamordnare initierar aktiviteter som följs upp i samband med uppföljning av lokala miljömål.

Kommentar

Fortsatt arbete med att minska matsvinn, ökad andel kanylburkar som har lägre klimatpåverkan (woodsafe), rätt användning av handskar och arbete med cirkulära skyddsförkläden. Åtgärder har vidtagits för att ha än större kontroll på lustgasutsläpp.

4 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

4.1 Risk för att följsamheten till riktlinjer och rutiner för Bisysslor inte ökat jämfört med 2025

98480



Riskvärde
4
Sannolikhet
2
Konsekvens
2

Riskbeskrivning
Risk för att medarbetare ägnar sig åt förtroendeskadlig verksamhet. Medarbetare som utför arbete åt flera arbetsgivare kan påverka medarbetarens hälsa och arbetsförmåga.
Konsekvens
Arbetsmiljö och patientsäkerhet kan försämras.

Kontroll	Status

Namn
Uppföljning

Frekvens
Så fort en bisyssla uppstår

Beskrivning
Varje medarbetare har ett ansvar att lägga in uppgift om bisyssla.

Kommentar

Information om att anmäla bisyssla finns i anställningsavtalet, checklista vid nyanställning och i materialet för medarbetarsamtal. Information finns även på sjukhuset intranät. En ny tillämpningsanvisning från Regionen finns. Inom akutsjukhusnämnden har ett gemensamt bisyssloråd inrättats inom ASN som sammanträder vid behov.

Åtgärd

Uppföljning	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**	**Effekt av åtgärd**
	2023-04-25	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Information om riktlinjer för bisyssla finns på Intranätet och ges i samband med anställning.

Kommentar

En påminnelse om hantering av bisyssla finns i sjukhusets årshjul, som aktivitet. I chefsforum påminns chefer om att uppmana medarbetare att anmäla bisyssla och att uppdatera den om den förändras.

Medarbetarsamtal	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**	**Effekt av åtgärd**
	2023-04-25	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Vid varje medarbetarsamtal ska fråga om bisyssla tas upp vilket även ingår i mallen för medarbetarsamtal.

Kommentar

Det är medarbetarens ansvar att anmäla bisyssla. Arbetsgivaren ska informera om att anmälan ska göras. Detta finns med på checklistan vid medarbetarsamtal och genomförs enligt sjukhusets rutiner.

5 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

5.1 Förekomst av vårdrelaterade infektioner överstiger målet <= 4 %

69403



Riskvärde
4
Sannolikhet
2
Konsekvens
2

Riskbeskrivning
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner överstiger <= 4 %.
Konsekvens
Risk för vårdskada och patientlidande samt förlängda vårdtider vilket påverkar sjukhusets vårdplatskapacitet.

Kontroll	Status
Namn Validering **Frekvens** Löpande **Beskrivning** Granska data från infektionsverktyget enligt regionala direktiv. **Kommentar** Validering görs enligt plan.	
Namn Uppföljning **Frekvens** Tertial	

Kontroll	Status

Beskrivning
Följer upp utfall och vidtar åtgärder vid behov.

Kommentar

Uppföljning görs enligt plan. VRI-data tas ut via Take Care och Infektionsverktyget.

Åtgärd

Kompetenshöjande utbildning/utbildningsinsatser	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2022-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Riktade utbildningsinsatser av relevanta yrkesgrupper vid introduktion och efter identifierade behov.

Kommentar

Riktade utbildningar och kompetenshöjande insatser genomförs enligt plan.

Systematiskt hygienarbete	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
	2025-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Utbildning/kompetenshöjning, certifiering av hygienombud på sjukhuset.

Kommentar

Hygienarbetet är prioriterat och flertalet aktiviteter pågår kontinuerligt. I samarbete med Vårdhygien Stockholm genomförs utbildningar, hygienronder samt stöd till sjukhusets hygienombud.

5.2 Risk för att antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle inte bibehålls eller minskar jämfört 2025

69404

Riskvärde
6

Sannolikhet
3

Konsekvens
2

Riskbeskrivning
Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle är högre än 2025.

Konsekvens
Påverkar sjukhusets vårdplatskapacitet negativt. Förlängd vårdtid kan medföra negativa konsekvenser för patienter.

Kommentar

Riskvärdet har ökat på grund av förändringar i kommunens arbete och i fördelningen av bland annat korttidsplatser.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av statistik	

Frekvens
Kvartalsvis

Beskrivning
Data från LifeCare.

Kommentar

Data från LifeCare har tagits fram och analyserats.

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Uppföljning och dialog	2026-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Siffrorna följs upp och dialog förs i samverkansgrupp God och Nära vård där kommun, primärvård och sjukhus deltar.

Kommentar

En viss ökning av tiden har noterats under delåret, relaterad till förändringar i kommunens arbete och fördelningen av bland annat korttidsplatser.

6 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

6.1 Risk för att Hot och våld på arbetet är över målet 8%

69494



Riskvärde
6
Sannolikhet
2
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Risk att antalet medarbetare som utsätts för hot och våld ökar i samband med högt inflöde av patienter till sjukhusets akutmottagning.
Konsekvens
Att sjukhuset får en otrygg arbetsmiljö.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning medarbetarenkät	

Frekvens
Årligen

Beskrivning
Ur ett medarbetar- och arbetsmiljöperspektiv är den årliga medarbetarenkäten den viktigaste objektiva uppföljningen som görs på sjukhuset.

Kommentar

Sjukhuset utgår från resultatet från senaste medarbetarundersökningen och fortsätter att arbeta systematiskt med att minimera risker för hot och våld.

Åtgärd	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Handlingsplan	2022-01-01	2026-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Får en enhet utslag på hot och våld i medarbetarenkäten ska detta tas med i den efterföljande handlingsplanen som kopplar till medarbetarenkäten. Medarbetare ges utbildning i att hantera hot- och våldssituationer.

Åtgärd

Kommentar

Virtual Reality (VR)-utbildningen ingår i introduktionsprogrammet för nyexaminerade sjuksköterskor samt undersköterskor. Sjukhuset utbildar även andra yrkesgrupper efter förfrågan och behov. Föreläsningar om ”pågående dödligt våld (PDV)” samt ”hot och våld” har genomförts som en del av det kontinuerliga arbetet. Det finns dessutom en e-utbildning, ”Lärande om hot och våld på jobbet”, på Kompetenstorget för alla medarbetare.

Region Stockholm

Diarienummer
RS2025-1039

Akutsjukhusnämnden/S:t Eriks Ögonsjukhus

Delårsrapport

Augusti 2026

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar....4
1.1 Väsentliga händelser....4

2 Styrning och ledning....5
2.1 Verksamhetsfakta....5
2.2 Mål....5
2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa....5
2.2.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv....8
2.2.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig....9
2.3 Uppdrag....10
2.4 Intern kontroll....11
2.4.1 Arbetet med intern kontroll....11
2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller....11
2.4.3 Försäkran....11

3 Verksamhet....12
3.1 Vårdproduktion....12
3.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år....12
3.1.2 Prognos i jämförelse med budget....13
3.2 Produktivitet....13

4 Personal....14
4.1 Uppföljning avsatta medel....14
4.1.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö....14
4.1.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning....14
4.1.3 Chefsförsörjning, ledarskap- och medarbetarskap i hela Region Stockholm....15
4.2 Helårsarbeten....15
4.2.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år....16
4.2.2 Prognos i jämförelse med budget....16
4.3 Sjukfrånvaro....16

5 Ekonomi....17
5.1 Resultat....17
5.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år....18
5.1.2 Prognos i jämförelse med budget....18
5.1.3 Personalkostnader inklusive inhyrd personal....18
5.1.4 Konsultkostnader....19
5.1.5 Administrativa kostnader....19

5.1.6 Säsongsvariationer....20
5.2 Åtgärder för ett resultat i balans....20
5.3 Investeringar....21
5.3.1 Investeringsplanens genomförbarhet och risk....21
5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget....21
5.3.3 Årets prognos i jämförelse med budget....21
5.3.4 Ny- och ersättningsinvesteringar....21
5.3.5 Utfall och prognos enskilda investeringsobjekt....21
5.3.6 Driftsatta investeringsobjekt....22

Bilagor

Bilaga 1: Bilaga 1 Sammanställning mål, risker, kontroller och åtgärder, delårsuppföljning 2026

Bilaga 2: Fördjupad sammanställning av mål, risker, kontroller och åtgärder, delårsuppföljning 2026

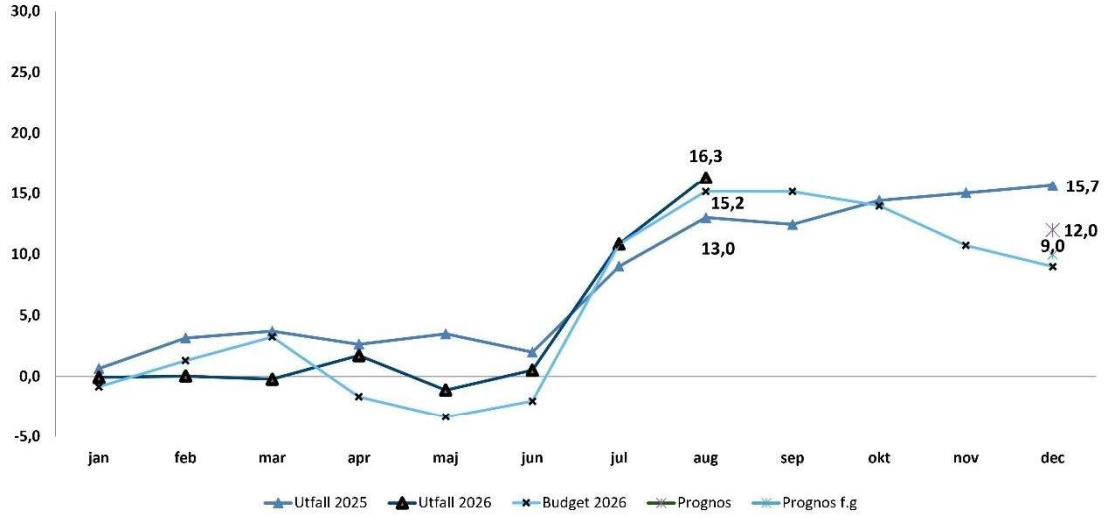
Bilaga 3: Plan för intern kontroll, delår 2026

Bilaga 4: H&S StE Investeringsplan 2026-2036 P2

Bilaga 5: H&S StE Prioritering och riskbedömning 2027- 2036 P2

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar

1.1 Väsentliga händelser



S:t Eriks Ögonsjukhus redovisar ett positivt resultat på 16,3 miljoner kronor, att jämföra med periodens budget på 15,2 miljoner kronor, det vill säga 1,1 miljoner kronor högre än budget. Resultatet för delåret förklaras av en högre vårdleverans både av inomläns-/utomlänspatienter jämfört med den periodiserade planen. **På helår förväntas resultatkravet på 9,0 miljoner kronor bli uppfyllt.**.

Vi uppfyller vårdgarantin med 73 procent för operation och behandling och med 79 procent för nybesök (30 dagar) per 31 augusti. S:t Eriks uppfyller regionens mål för vårdgarantin i prognos för 2026.

Tillgängligheten på akutmottagningen är god trots ett ökat söktryck på 20 procent. Genomsnittligt 85 procent av patienterna har en vistelsetid under 4 timmar på akutmottagningen, Akutens mediantid till läkare är 57 minuter.

2 Styrning och ledning

2.1 Verksamhetsfakta

S:t Eriks Ögonsjukhus ska bedriva specialiserad och högspecialiserad akut och planerad ögonsjukvård samt forskning och utbildning. Verksamheten ska omfatta de tjänster som i avtal överenskommits med hälso- och sjukvårdsnämnden, ägaren eller andra uppdragsgivare.

S:t Eriks Ögonsjukhus ska generera och sprida ny kunskap inom ögonsjukvård till övrig sjukvård inom regionen och landet enligt regionfullmäktiges fastställda mål.

2.2 Mål

2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa

Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov



Kommentar

För indikatorer gällande väntetider för åtgärd och nybesök så beräknas vi uppfylla målen för 2026. Väntetid till första läkarbedömning och total vistelsetid på akutmottagning har försämrats jämfört med föregående år och det beror på en kraftig ökning av akutbesök senaste månaderna. Till viss del hänger det ihop med den ökning av akutbesök som sätts inom hela Region Stockholm men en sannolik orsak är omorganisationen av den upphandlade specialiserade ögonsjukvården i Region Stockholm. Vi har förstärkt akutverksamheten resursmässigt för att möta efterfrågan. Vi räknar med att när övergångsperioden är klar så kommer läget stabiliseras och återgå till mer normala nivåer.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	73 %	66,9 %			80 %
Kommentar Tillgängligheten kommer att uppfyllas under hösten.					
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	79 %	68,5 %			Öka från år 2 025
Kommentar Inga avvikelser att notera.					
Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	57	41			Minska från år 2 025
Kommentar Söktrycket på akutmottagningen har under året ökat med 20 procent, vilket påverkar väntetiden negativt med givna resurser.					
Total vistelsetid på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	131	132			Minska från år 2 025
Kommentar Söktrycket på akutmottagningen har under året ökat med 20 procent, vilket påverkar vistelsetiden negativt med givna resurser.					

Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Kommentar

Vårdrelaterade infektioner (VRI) följs upp genom delrapporter enligt Region Stockholms handlingsprogram för att minska VRI inom hälso- och sjukvården. För det första tertialet är förekomsten av rapporterade VRI 0 %, vilket återspeglar att inga vårdrelaterade infektioner har registrerats under perioden. Arbetet med systematiskt patientsäkerhetsarbete fortsätter för att säkerställa en trygg och säker vård.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner *(Regionfullmäktige)*	0 %	0 %			<=4 %

Kommentar

Andelen patienter med VRI är 0 %. Fortsatt monitorering.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Genomföra en systematisk kartläggning av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter inom vårdverksamheten	2026	Genomförd		Akutsjukhusnämnden, genom sina förvaltningar och en särskilt utsedd arbetsgrupp, har genomfört kartläggningar av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter. Arbetet har baserats på en inventering och sammanställning av kartläggningar som nyligen genomförts inom respektive förvaltning. Det saknas i dagsläget ett regionalt eller nationellt standardiserat tillvägagångssätt för denna typ av kartläggning, vilket innebär att olika metodansatser har tillämpats. Genom att sammanföra befintliga underlag har en övergripande och samlad bild kunnat tas fram. Den metodmässiga variationen bedöms ha bidragit till en bredare belysning av frågeställningen. Resultaten från de olika

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
				kartläggningarna uppvisar en hög grad av samstämmighet, vilket stärker tillförlitligheten i de identifierade mönstren. Mot bakgrund av genomförd analys har ett antal prioriterade aktivitetsområden identifierats. Dessa omfattar införande och spridning av AI-baserade lösningar såsom tal-till-text, AI-stöd för operationsplanering och AI-assistenter i syfte att minska dokumentationsbördan och effektivisera administrativa arbetsflöden. Vidare prioriteras automatisering och robotisering av administrativa processer, bland annat inom journalhantering, registrering, kodning, tolkbeställningar och olika former av patientadministration. Kartläggningarna har även identifierat schemaläggning och bemanningsplanering som ett gemensamt utvecklingsområde. Arbetet kommer därför att fokusera på utvärdering och spridning av effektiva arbetssätt för central schemaläggning och bemanningsplanering samt förberedelser inför införandet av nya digitala systemstöd. Ett ytterligare prioriterat område är att systematiskt identifiera och avveckla administrativa arbetsmoment som inte bedöms skapa tillräckligt värde för verksamheten. Arbetet omfattar även

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
				fortsatt utveckling av principen om rätt kompetens på rätt plats genom översyn av arbetsfördelning och uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper. Slutligen prioriteras samordning och effektivisering av onboardingprocesser genom återanvändning av befintliga digitala lösningar, standardiserade arbetssätt och samverkan med pågående regionala initiativ. De prioriterade aktiviteterna bedöms sammantaget ha god potential att minska den administrativa belastningen, öka verksamhetens effektivitet och frigöra mer tid för patientnära arbete.

2.2.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet



Kommentar

S:t Eriks Ögonsjukhus uppfyller resultatkravet i delåret och i prognos för 2026.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Administrativa kostnader ska minska *(Regionfullmäktige)*	10,4 mkr	9,5 mkr			Enligt budget 2 026
Kommentar Inga avvikelser att notera					

Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035



Kommentar

Sjukhuset arbetar aktivt för att minska klimatpåverkan genom att leva upp till beställarens indikatorer och bedriva ett aktivt miljöarbete inom ramen för vår miljöcertifiering.

Givet sjukhusets storlek och att vi genom året arbetat aktivt med miljö och hållbarhet lyckas vi

inte fullt ut möta Regionledningskontorets krav på fem unika och nya åtgärder för att reducera vår konsumtionsbaserade klimatpåverkan. Det samma gäller för indikatorn *åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkter- och materialflöden*.

Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling



Kommentar

S:t Eriks Ögonsjukhus arbetar systematiskt för att minska diskriminering och stärka den sociala hållbarheten. Det systematiska arbetet innebär att skapa en inkluderande, jämlik och tillgänglig vård där diskrimineringsgrunderna hanteras proaktivt genom policy, utbildning, tillgänglighet, rutiner för klagomål och anpassningar, samt kontinuerlig utvärdering och förbättring. Genom dessa åtgärder säkerställs att alla patienter får den vård de behöver utan att utsättas för diskriminering baserat på deras kön, etnicitet, religion, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Detta systematiska arbete sker genom att:

- aktivt utbilda personalen om de olika diskrimineringsgrunderna (kön, könsöverskridande identitet, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder) samt de negativa effekterna av diskriminering.
- ha en tydlig och väl kommunicerad policy för jämlikhet och mångfald, där alla patienter ska behandlas med respekt och värdighet oavsett deras kön, könsöverskridande identitet, etnisk tillhörighet, religion, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.
- ha tydliga riktlinjer och rutiner för att säkerställa att vården är tillgänglig för alla, särskilt för patienter med funktionsnedsättning eller de som tillhör utsatta grupper. Det kan innebära att göra fysiska anpassningar av lokaler (t.ex. rullstolsramper, tillgång till hörselslingor), samt erbjuda anpassade tjänster som tolk eller stöd vid kommunikation för patienter med språkbarriärer.
- ha ett system (synpunkter och klagomål) för att ta emot och utreda klagomål från patienter om diskriminering (även anonyma). Dessa analyseras på verksamhetsnivå och vid brister vidtas åtgärder för att förbättra processerna och minska risken för diskriminering.
- ge patienter information på ett sätt som är lättförståeligt, till exempel genom användning av visuella hjälpmedel för personer med intellektuell funktionsnedsättning eller lättläst material för personer med språkbarriärer.
- ställa relevanta krav på social hållbarhet i våra upphandlingar och i de avtal vi ingår.

2.2.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig

Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare



Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i	100 %	100 %			99 %

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
förhållande till inhyrd bemanning *(Regionfullmäktige)*					

Kommentar

Ingen inhyrd sjukvårdspersonal på S:t Erik att notera.

Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Kommentar

Vi klarar regionens mål om att sjukfrånvaron ska vara under 6%. Se detaljerad information i delårsrapporten.

HME och hot och/eller våld redovisas efter genomförd OSA-kartläggning i november 2026. Insatser kopplat till att öka HME har genomförts under året och förhoppningen är att dessa ska bidra till att målet nås.

Vi har klarat målet för hot och/eller våld de senaste åren och prognosen är att vi klarar det även 2026.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel sjukfrånvaro *(Regionfullmäktige)*	5,8 %	6,6 %			<6 %

Kommentar

Vi klarar regionens mål om att sjukfrånvaron ska vara under 6%. Se detaljerad information i delårsrapporten.

2.3 Uppdrag

Akutsjukhusnämnden, genom sina förvaltningar och en särskilt utsedd arbetsgrupp, har genomfört kartläggningar av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter. Arbetet har baserats på en inventering och sammanställning av kartläggningar som nyligen genomförts inom respektive förvaltning.

Det saknas i dagsläget ett regionalt eller nationellt standardiserat tillvägagångssätt för denna typ av kartläggning, vilket innebär att olika metodansatser har tillämpats. Genom att sammanföra befintliga underlag har en övergripande och samlad bild kunnat tas fram. Den metodmässiga variationen bedöms ha bidragit till en bredare belysning av frågeställningen.

Resultaten från de olika kartläggningarna uppvisar en hög grad av samstämmighet, vilket stärker tillförlitligheten i de identifierade mönstren. Mot bakgrund av genomförd analys har ett antal prioriterade aktivitetsområden identifierats.

Dessa omfattar införande och spridning av AI-baserade lösningar såsom tal-till-text, AI-stöd för operationsplanering och AI-assistenter i syfte att minska dokumentationsbördan och effektivisera administrativa arbetsflöden.

Vidare prioriteras automatisering och robotisering av administrativa processer, bland annat inom journalhantering, registrering, kodning, tolkbeställningar och olika former av patientadministration. Kartläggningarna har även identifierat schemaläggning och

bemanningsplanering som ett gemensamt utvecklingsområde.

Arbetet kommer därför att fokusera på utvärdering och spridning av effektiva arbetssätt för central schemaläggning och bemanningsplanering samt förberedelser inför införandet av nya digitala systemstöd.

Ett ytterligare prioriterat område är att systematiskt identifiera och avveckla administrativa arbetsmoment som inte bedöms skapa tillräckligt värde för verksamheten. Arbetet omfattar även fortsatt utveckling av principen om rätt kompetens på rätt plats genom översyn av arbetsfördelning och uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper. Slutligen prioriteras samordning och effektivisering av onboardingprocesser genom återanvändning av befintliga digitala lösningar, standardiserade arbetssätt och samverkan med pågående regionala initiativ. De prioriterade aktiviteterna bedöms sammantaget ha god potential att minska den administrativa belastningen, öka verksamhetens effektivitet och frigöra mer tid för patientnära arbete.

2.4 Intern kontroll

2.4.1 Arbetet med intern kontroll

Arbetet med intern kontroll är oförändrat jämfört med föregående rapporteringsperiod.

2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller

De risker som sjukhuset identifierat berör i huvudsak vårdleverans. Övergången från LOV till LOU inom vårdval ögon har lett till ett ökat söktryck på sjukhusets ögonakutmottagning i takt med att de tidigare vårdvalsaktörerna stänger ner sina verksamheter. Det ökade söktrycket leder i sin tur till försämrad tillgänglighet. Sjukhuset för dialog med de blivande vårdvalsaktörerna och de avgående via HsF i syfte att dämpa de negativa effekterna.
Överdiagnostisering är ett annat område som sjukhuset arbetar aktivt med för att dämpa genom införande av kloka kliniska val.

Sammantaget har sjukhuset lyckats begränsa sannolikheten för samtliga identifierade risker. Detta gör att vi i dagsläget bara har två risker som presenteras i risksammanställningen då de andra har ett för lågt sammanlagt riskvärde.

2.4.3 Försäkran

Nämnden har försäkrat sig om att man genom förvaltningschefen vidtagit nödvändiga åtgärder för att uppnå en tillräcklig intern kontroll inom verksamheten, i enlighet med riktlinjen för intern kontroll (RS 2024-0510, RS 2022–0326).

3 Verksamhet

3.1 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Besök, akuta	23 908	20 480	3 428	20,5 %	34 800	30 800
Besök, elektiva	103 155	109 140	-5 985	1 %	159 000	170 000
Öppenvårdsbesök, totalt	**127 063**	**129 620**	**-2 557**	**4,2 %**	**193 800**	**200 800**
- varav utomlän/utland	6 733	5 960	773	4,1 %	10 300	9 300
Slutenvårdstillfällen, akuta	516	670	-154	-9,9 %	800	1 010
Slutenvårdstillfällen, elektiva	407	380	27	10,6 %	600	600
Slutenvårdstillfällen, totalt	**923**	**1 050**	**-127**	**-1,9 %**	**1 400**	**1 610**
- varav förlossning, totalt	0	0	0		0	0
- varav utomlän/utland	208	200	8	9,5 %	302	300
Antal vårdplatser	**16**	**16**	**0**	**0 %**	**16**	**16**

3.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Fokus på att fortsatt ökad tillgänglighet för patienterna under år 2026 samt att fortsätta minimera att tider står tomma inom planerade program. Dialog kring produktionsplanering och uppföljning av produktion sker kontinuerligt för att säkerställa att kapaciteten används så effektivt som möjligt.

Inom den akuta öppenvården är tillgängligheten 85 procent av de akut sökande har fått vård inom 4 timmar och ligger i nivån för samma period förra året. Men söktrycket har ökat enormt under våren och sommaren på akuten. I ökningen återfinns framförallt patienter över 45 år. Söktrycket förväntas vara fortsatt högt under hösten för att förhoppningsvis avta i samband med att de nya vårdvalsaktörerna kommer igång. Att tillgänglighetssiffran kan vara fortsatt relativt god beror verksamhetens resliens och omstruktering i bemanning men nuvarande akuta söktryck är inte hållbart av arbetsmiljöskäl.

Per sista augusti visar öppenvården en ökning med cirka 4 procent jämfört med samma period föregående år. Utomlänsvården har ökat med cirka 4,1 procent per sista augusti jämfört med samma period föregående år men skiljer sig i casemix jämfört med föregående år som visar sig på intäktssidan.

Slutenvården ligger i nivå jämfört med samma period föregående år. Utomlänsvården visar på en ökning på cirka 9 procent merparten av den ökningen skedde under april månad och under sommarmånaderna.

Intravitreala behandlingar har färre antal vårdhändelser jämfört med föregående år. Att de bilaterala injektionerna ökar samt att man inför läkemedel som förlänger perioden mellan behandlingar är åtgärder som leder till att undvika undanträngningseffekter av annan ögonsjukvård.

3.1.2 Prognos i jämförelse med budget

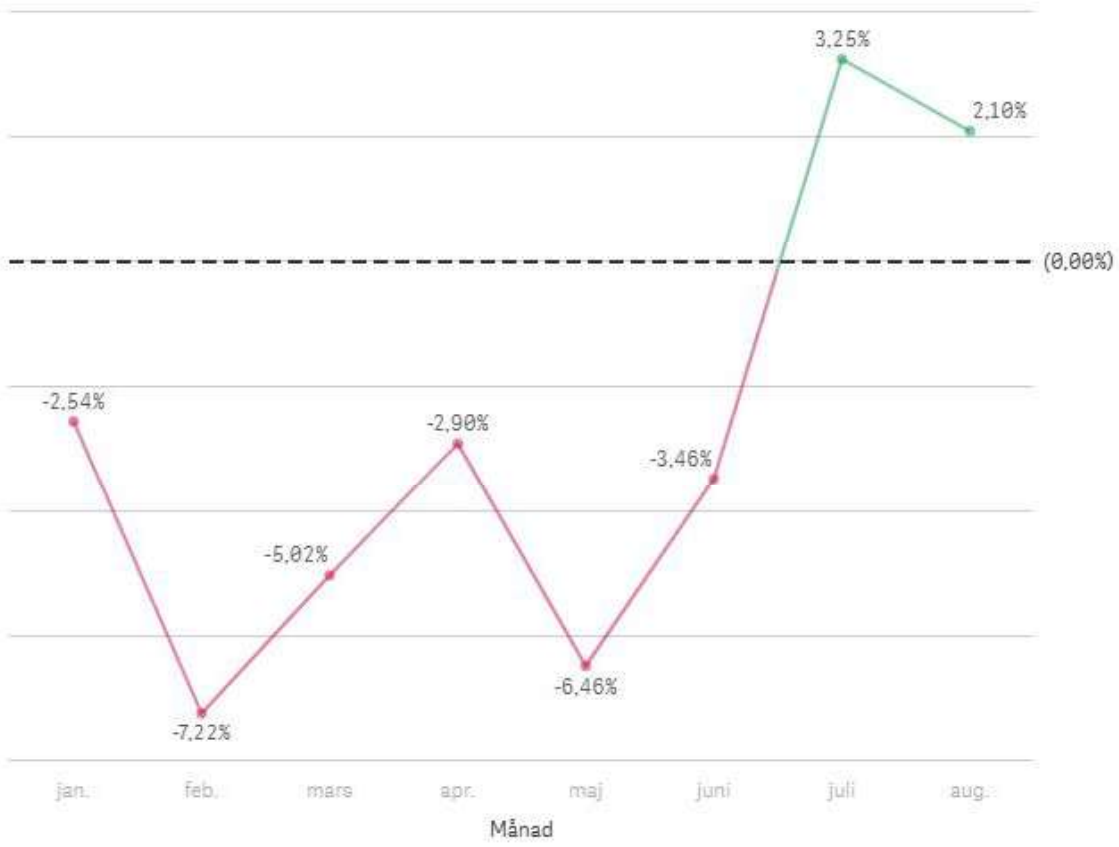
S:t Erik förväntas uppfylla vårdavtalet med Region Stockholm till 100 procent mätt i DRG-poäng.

3.2 Produktivitet

Kostnad per DRG-poäng för perioden är 76 445 kronor att jämföra med 77 065 kronor för 2025. Talen är inte justerade för inflation utan är uttryckta i löpande penningvärde. Detta innebär att sjukhusets produktivitet i löpande priser har ökat med 0,8 procent. Justerat för inflation mellan åren, så är **den reala produktiviteten högre.**

Produktiviteten mätt i producerad **DRG-poäng/närvarotid** visar dock på en minskat produktivitet med **3,1 procent.** Den ökade närvarotiden är resultatet av lyckad nyrekrytering till operation, vilket kommer ge en ökad kapacitet på operation då fler operationssalar kommer att kunna öppnas upp. Produktiviteten kommer framgent att öka när personalen blivit inskolad.

Se nedan graf i produktivitetsutveckling löpande jämförelse med 2025.



4 Personal

En pulsmätning har genomförts under maj som en uppföljning av OSA-kartläggningen i höstas. Mätningen utgjordes av ett fåtal frågor där några var gemensamma för alla och därutöver fanns möjlighet att lägga till några frågor som var mest relevanta för respektive enhet. Det samlade resultatet visar på ett positivt resultat där exempelvis möjligheten till återhämtning under arbetsdagen har förbättrats.

Arbetet med Kloka kliniska val och produktions- och kapacitetsstyrning fortsätter, vilket bidrar till en god arbetsmiljö.

Inflödet av patienter på akuten och till barnögonmottagningen har ökat markant till följd av ändringar i vårdvalet, vilket påverkar arbetsmiljön i hög grad.

4.1 Uppföljning avsatta medel

4.1.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö

Handlingsplaner utifrån kartläggningen av OSA är framtagna och åtgärder är inplanerade eller på gång. Exempelvis kommer en work-shop med chefer och föreläsningar för medarbetare hållas i oktober av företagshälsovården i klimakteriets påverkan på hälsa och mående kopplat till sjukfrånvaron. Ett fördjupat samarbete med företagshälsovården har inletts under våren och som fortsätter under hösten med målet att minska sjukfrånvaron. Spelregler för chefer har tagits fram samt att en utbildningsdag kring kommunikativt ledarskap. En utbildning för chefer i konflikthantering genomförs i oktober. Sjukfrånvaron minskar och målet om högst 6% sjukfrånvaro har nåtts.

Ett arbete pågår tillsammans med Samverkansgruppen kring läkarnas arbetsmiljö där fördjupande frågor utifrån OSA-kartläggningen tagits fram och som kommer att tas upp i medarbetarsamtalen.

I maj genomfördes en pulsmätning med fem av OSA-enkätens frågor som visade på en positiv förflyttning avseende fyra av fem frågor, exempelvis kring möjligheten till återhämtning under en arbetsdag samt att konflikter och samarbetsproblem hanteras på ett bättre sätt.

Sjukhusets hälsoinspiratörer ordnar ett "hälsobingo" under två veckor i maj med tema hälsa och välmående exempelvis finns aktiviteter att välja mellan såsom styrketräning, promenader, äta en måltid i lugn och ro, skärmfri kväll mm. I juni bjöds alla medarbetare in att delta i Blodomloppet med gemensamma träningstillfällen inför det. Det var drygt 70 medarbetare som deltog.

4.1.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning

Sjukhuset har ett traineeprogram för sjuksköterskor som pågår i tre terminer med placering i sex månader vardera på vårdavdelning, akuten och inom dagkirurgi. Programmet är populärt med

många sökande och tre sjuksköterskor antas årligen, syftet är att ge en bred inblick i det kliniska arbetet inom ögonsjukvård och få prova olika delar och utvecklas i sin yrkesroll.

Regionen erbjuder betald vidareutbildning till specialistsjuksköterska inom ögonsjukvård och det finns fem platser årligen.

Under april har ett kliniskt forskningscentrum startat på sjukhuset i nära samarbete med Karolinska Institutet. Genom partnerskapet med Karolinska Institutet kopplas klinisk verksamhet till ledande forskning inom ögon och syn vilket förväntas bidra positivt till attraktiviteten som arbetsgivare och den långsiktiga kompetensförsörjningen.

En ögonutbildning erbjuds alla medarbetare på sjukhuset, både vårdpersonal och andra yrkeskategorier. Den ger en introduktion till ögats funktion, vanliga ögonsjukdomar och olika typer av undersökningar och hålls under fyra halvdagar.

I syfte att säkra den långsiktiga kompetensförsörjningen arbetar sjukhuset med ersättarplanering för att säkerställa kontinuitet vid pensionsavgångar och personalomsättning.

I oktober kommer en digital föreläsning om klimakteriets påverkan på arbetslivet att erbjudas till alla medarbetare.

4.1.3 Chefsförsörjning, ledarskap- och medarbetarskap i hela Region Stockholm

En plan för chefs- och ledarutveckling finns framtagen för året.

I februari utbildades cheferna i kommunikativt ledarskap och en uppföljning av utbildningen har skett under vårens Chefsforum där särskilda spelregler för chefer har tagits fram samt att chefer fått berätta om hur de arbetar med att förbättra och förtydliga sin kommunikation.

I september har en föreläsning om produktions- och kapacitetsplanering genomförts samt att det kommer att hållas en utbildning för alla chefer, sektionsledare och biträdande enhetschefer i tillitsfullt ledarskap. I oktober är utbildningstemat samarbete och konflikthantering samt en workshop om klimakteriets påverkan på arbetsförmågan. I december genomförs en utbildning i lönebildning.

4.2 Helårsarbeten

	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. % utfall fg år	Prognos år	Budget år
Närvaro	330	333	-3	4,8 %	340	340
Frånvaro	152	146	6	6,3 %	140	140
Extratid	26	22	4	30 %	22	22
Totalt	**508**	**501**	**7**	**6,3 %**	**502**	**502**
Varav avtalad tid	482	479	3	5,2 %	480	480

** Avtalad tid avser den sammanlagda tiden för närvaro och frånvaro och motsvarar sysselsättningsgraden i förhållande till aktuellt antal dagar under perioden.*

4.2.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Antal helårsarbeten ligger strax över budget och har ökat jämfört med samma period föregående år. Vi ser den största ökningen i yrkesgrupperna sjuksköterskor och undersköterskor. Både frånvaro- och närvarotiden har ökat jämfört med samma period föregående år.

Extratiden har även ökat i jämförelse med föregående år. Arbetad tid i beredskap ligger något lägre jämfört med samma period föregående år, medan både timlön och övertid har ökat.

Ökningen av timlön förklaras av ökad arbetsbelastning inom vissa enheter. Ökningen av övertid förklaras av insatser för att minska vårdköerna.

4.2.2 Prognos i jämförelse med budget

4.3 Sjukfrånvaro

Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**5,8**	**6,6**
- varav kvinnor	*6,4*	*7,5*
- varav män	*3,2*	*3,2*
Fördelat på period		
1 - 14 dagar	*2,6*	*2,6*
15 - 90 dagar	*0,8*	*1,3*
91 - dagar	*2,4*	*2,7*

Den totala sjukfrånvaron har minskat jämfört med samma period föregående år, därmed uppnår vi regionens mål då vi ligger under 6 %. Sjukfrånvaron har minskat i avsende långtisfrånvaro. Korttidsfrånvaron är samma som föregående år (dag 1-14). Insatser kopplade till att sänka sjukfrånvaron har genomförts under perioden och är planerade under resten av året. Förhoppningen är att dessa insatser har varit en bidragande faktor i att sjukfrånvaron har minskat.

5 Ekonomi

S:t Eriks Ögonsjukhus redovisar ett resultat på 16,3 miljoner kronor, att jämföra med periodens budget på 15,2 miljoner kronor, det vill säga 1,1 miljoner kronor högre än budget. Resultatet för perioden förklaras av en högre vårdleverans jämfört med den periodiserade planen **På helår förväntas resultatkravet på 9,0 miljoner kronor att uppfyllas.**

5.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Patientavgifter	14	14	0	5,4 %	22	22
Sålda primärtjänster	475	488	-13	2,9 %	719	741
Försäljning övriga tjänster	8	8	0	10 %	12	12
Erhållna bidrag	17	17	0	-1,5 %	26	25
Övriga intäkter	14	15	-1	-6,4 %	21	22
Verksamhetens intäkter	**528**	**542**	**-14**	**2,7 %**	**801**	**822**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-282	-272	-10	7,4 %	-439	-431
- varav inhyrd personal	*-0*	*0*	*-0*		*-0*	*0*
Köpta primära sjukvårdstjänster	0	0	0		0	0
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-14	-13	-1	-11,7 %	-22	-20
Läkemedel	-66	-86	20	-8 %	-100	-129
Materialkostnader	-48	-48	0	2,9 %	-71	-71
Lokal- och fastighetskostnader	-57	-56	-1	-11,6 %	-86	-85
Övriga kostnader	-33	-41	8	11,9 %	-53	-63
Verksamhetens kostnader	**-500**	**-517**	**17**	**1,9 %**	**-771**	**-798**
Avskrivningar	-14	-12	-2	3,5 %	-21	-18
Finansnetto	2	2	0	-21,7 %	3	4
Justering	0	0	0		0	0

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
pension mm.						
Resultat**	**16,3**	**15,2**	**1,1**		**12**	**9**

* mkr
** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

5.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år

- Vårdintäkter från andra regioner överstiger periodens budget med 6 miljoner kronor. Vi ser ett ökat remissinflöde jämfört föregående år som genererar volymer och ökade intäkter.
- Måluppfyllelsen i vårduppdraget med Hsf är 100,7 procent. Intäkterna för perioden ligger nu inom budgeterad nivå.
- Lägre fakturering av intravitreala läkemedel, vilket är resultatneutralt, tack vare läkemedel med längre durationstid samt införande av biosimilarer.
- Lönekostnaderna ligger över budget jämfört föregående år. En högre närvarotid och fler helårsarbetande (HÅA) jämfört budget och verksamhetsår 2025.
- Lägre hyreskostnader med 8,4 miljoner kronor jämfört föregående år. Denna hyresrabatt beror på avbolagiseringen som medfört att fastighetsägaren kan återvinna byggmoms genom frivillig skattskyldighet.

5.1.2 Prognos i jämförelse med budget

S;t Erik förväntas uppfylla resultatkravet på 9 miljoner kronor (12 miljoner kronor).

- Vårdintäkter från andra regioner prognoseras överstiga budgeten positivt med 8 miljoner kronor. .
- Måluppfyllelsen i vårduppdraget med Hsf beräknas ligga på 100 procent och då ligga inom överenskommen ekonomisk nivå.
- Lägre fakturering av intravitreala läkemedel, vilket är resultatneutralt, tack vare läkemedel med längre durationstid samt införande av biosimilarer.
- Lönekostnaderna ligger över budget jämfört föregående år. En högre närvarotid och fler helårsarbetande (HÅA) jämfört budget.

5.1.3 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Summa personalkostnader	**-282**	**-272,5**	**-9,5**	**7,4 %**	**-438,9**	-430,6
Förändring sem- och löneskuld	5,3	5,8	-0,5	-8 %	-1,5	-0,3
Lönekostnad	-192,9	-187,7	-5,2	5,2 %	-291,1	-283,4
- varav övertid	*-4,6*	*-3,2*	*-1,4*	*39,6 %*	*-7,1*	*-5,1*
- varav sjuklönekostnad	*-2,9*	*-3,3*	*0,4*	*-1,7 %*	*-4,4*	*-4,9*
PO-pålägg	-90	-85,5	-4,5	10,3 %	-138,8	-138,6
Övriga personalkostnader	-4	-5	1	26 %	-8	-8
Inhyrd personal	**-0,1**	**0**	**-0,1**		**-0,2**	**0**

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
- varav läkare	*0*	*0*	*0*		*0*	*0*
- varav sjuksköterskor	*0*	*0*	*0*		*0*	*0*
- varav övrig personal	*-0,1*	*0*	*-0,1*		*-0,2*	*0*
Personalkostnad inkl inhyrd personal	**-282,1**	**-272,5**	**-9,6**	**7,4 %**	**-439**	**-430,6**

* mkr

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

- Lönekostnaderna ligger över budget jämfört föregående år. En högre närvarotid och fler helårsarbetande (HÅA) jämfört budget och verksamhetsår 2025.
- Inhyrd personal för perioden avser arbete med beredskapslager (vaktmästare).

Prognos i jämförelse med budget

Se ovan punkt 5.1.3.1

5.1.4 Konsultkostnader

Externa Konsultkostnader (Mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. %	Prognos år	Budget år
Juridik	-0	-0	0	0 %	-0	-0
PR	0	0	0	0 %	0	0
Management	0	0	0	0 %	0	0
IT	-0	-0	0	0 %	-0	-0
Övriga	-1	-1	0	-41,2 %	-1	-2
Summa externa konsultkostnader	**-1**	**-1**	**0**	**-8,6 %**	**-2**	**-2**

Inga väsentliga avvikelser att notera. Se ovan punkt

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Se ovan punkt 5.1.3.1

Prognos i jämförelse med budget

Se ovan punkt 5.1.3.1

5.1.5 Administrativa kostnader

Administrativa kostnader (mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Administrativa kostnader	-10	-11	1	10,3 %	-16	-16

Inga avvikelser att notera.

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Inga avvikelser att notera.

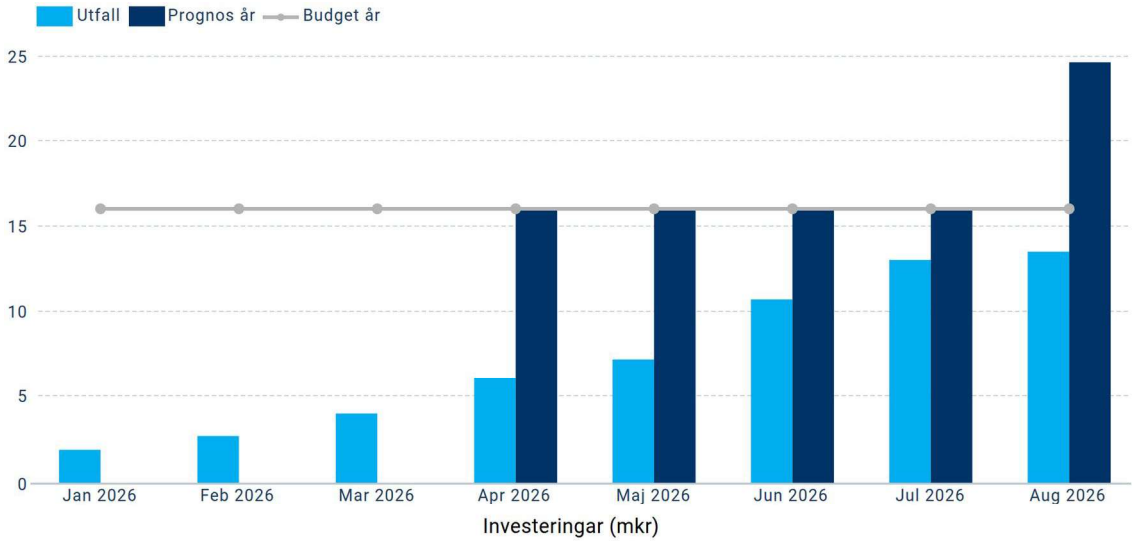
Prognos i jämförelse med budget
Inga avvikelser att notera.

5.1.6 Säsongsvariationer
Inga väsentliga avvikelser att notera i säsongsvariationer.

5.2 Åtgärder för ett resultat i balans

Åtgärder (Mnkr)	Budgeterad effekt 2026	Realiserad effekt 2026	Prognostiserad effekt 2026	Avvikelse prognostiserad effekt jmft budget 2026	Budgeterad effekt 2027	Budgeterad effekt 2028	Budgeterad effekt 2029
S:t Erik redovisar en ekonomi i balans							
Summa							

5.3 Investeringar



5.3.1 Investeringsplanens genomförbarhet och risk

Inga risker att notera.

5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget

Årets investeringarna uppgår totalt till 13,5 miljoner kronor att jämföra med investeringsplan på 16 miljoner kronor. Upparbetningsgraden ligger på 85 procent för året.

Investeringarna fördelar sig på medicinteknisk utrustning (9,9 miljoner kronor), it-inventarier (1,0 miljoner kronor), övriga inventarier (1,5 miljoner kronor) och pågående investeringar (1,1 miljoner kronor).

5.3.3 Årets prognos i jämförelse med budget

Investerings utfallet kommer att överstiga investeringsramen för 2026 med cirka 8,5 miljoner kronor med anledning av uppdraget att inrätta en S:t Eriks driven mottagning i Södertälje. Investeringsutgifter kommer att falla ut under senare delen av hösten.

5.3.4 Ny- och ersättningsinvesteringar

Investeringar (mkr)	Utfall ack. innev. år	Prognos innev.år	Budget innev. år	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Nyinvesteringar		8,5		8,5	0
Ersättningsinvesteringar	13,5	16	16	0	84,38
Totalt investeringar	**13,5**	**24,5**	**16**	**8,5**	**84,38**

5.3.5 Utfall och prognos enskilda investeringsobjekt

Se ovan 5.3.3 och 5.3.4

5.3.6 Driftsatta investeringsobjekt

Inget väsentligt att notera.

Anvisningar och innehåll

Flik: Prioritering och riskbedömning
Ange investeringsobjektets benämning i kolumn A.
Ange i kolumn B om investeringsobjektet ingår i investeringsutrymme eller om det är prioriterat utanför investeringsutrymme. **Inom plan** utgörs av objekt som ingick i regionfullmäktiges beslutade investeringsplan i Budget 2026. Objekt som föreslås prioriteras in i investeringsplan 2027–2036 definieras som **utom plan**, till dess att regionfullmäktige fattat beslut på Budget 2027.

Prioritering
Investeringsobjekt som planeras ska vara förenliga med fullmäktiges mål och i paritet med behov samt Region Stockholms långsiktiga ekonomiska ramar och förutsättningar. Prioriteringsmodellen anger kriterier för rangordning och jämförelse av investeringsobjekt överstigande 100 miljoner kronor för vilka genomförandebeslut inte ännu har fattats, så att prioritering kan göras utifrån behov och ändamål inom beslutat investeringsutrymme. Prioriteringskriterier och frågeställningar:

- *Måluppfyllelse*: Är investeringen kopplad till regionfullmäktiges beslutade mål och strategier exempelvis FHS eller trafikförsörjningsprogrammet?
- *Lagkrav och myndighetskrav*: Är investeringen ett lagkrav eller ett myndighetskrav?
- *Tidsprioritet - hälsa och säkerhet*: Är investeringen en följd av att akut åtgärda, minimera eller förebygga en betydande risk för allmän hälsa eller säkerhet för första, andra eller tredje part?
- *Tidsprioritet - samband*: Är investeringen en förutsättning för en pågående, beslutad eller avtalad investering? Är investeringen ett resultat av en förhandlingsöverenskommelse?
- *Rationalisering:* Bidrar investeringen till ökade intäkter, minskade driftkostnader och/eller förbättrad effektivitet?
- *Senareläggning*: Kan investeringsobjektet senareläggas om investeringsutrymmet är begränsat?
- *Riskbedömning*: Ange *värdet* av riskbedömningen. Riskbedömning innefattar identifiering och analys av risker och möjligheter. Risk ska bedömas utifrån hur de värderas innan åtgärder/ytterligare åtgärder är genomförda, dvs. hur riskbilden ser ut vid tillfället då bedömningen görs. I de fall riskverktyg kopplade till investeringar saknas ska riskbedömningen göras i enlighet med Region Stockholms riktlinje för intern kontroll, RS 2022-0326.

Konsekvensanalys:
Prioriteringen ska alltid inbegripa en analys och beskrivning av vilka konsekvenser som uppstår om investeringen inte genomförs och vilka alternativa åtgärder som i så fall istället måste genomföras.

Riskanalys:
Riskanalysen ska innehålla faktorer som skapar osäkerhet i investeringsplaner samt ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenser av dessa. Faktorer kan avse ekonomiska, verksamhetsmässiga, finansiella, tekniska risker samt risker i samband med upphandling, leveranser och avtal. **En riskanalys ska göras av samtliga investeringsobjekt över 100 miljoner kronor.**

Flik: Viktning av prioriteringskriterier
Viktning av prioriteringskriterier ska göras utifrån respektive nämnds och bolags mål och krav. I fliken "Viktning kriterier" kan korrigeringar göras för att ändra valen i rullgardinsmenyerna i fliken "Prioritering och riskbedömning". Hög prioritet anges i intervall på 1-10, medel prioritet anges i intervall på 11-20 och låg prioritet anges i intervall 21-30.

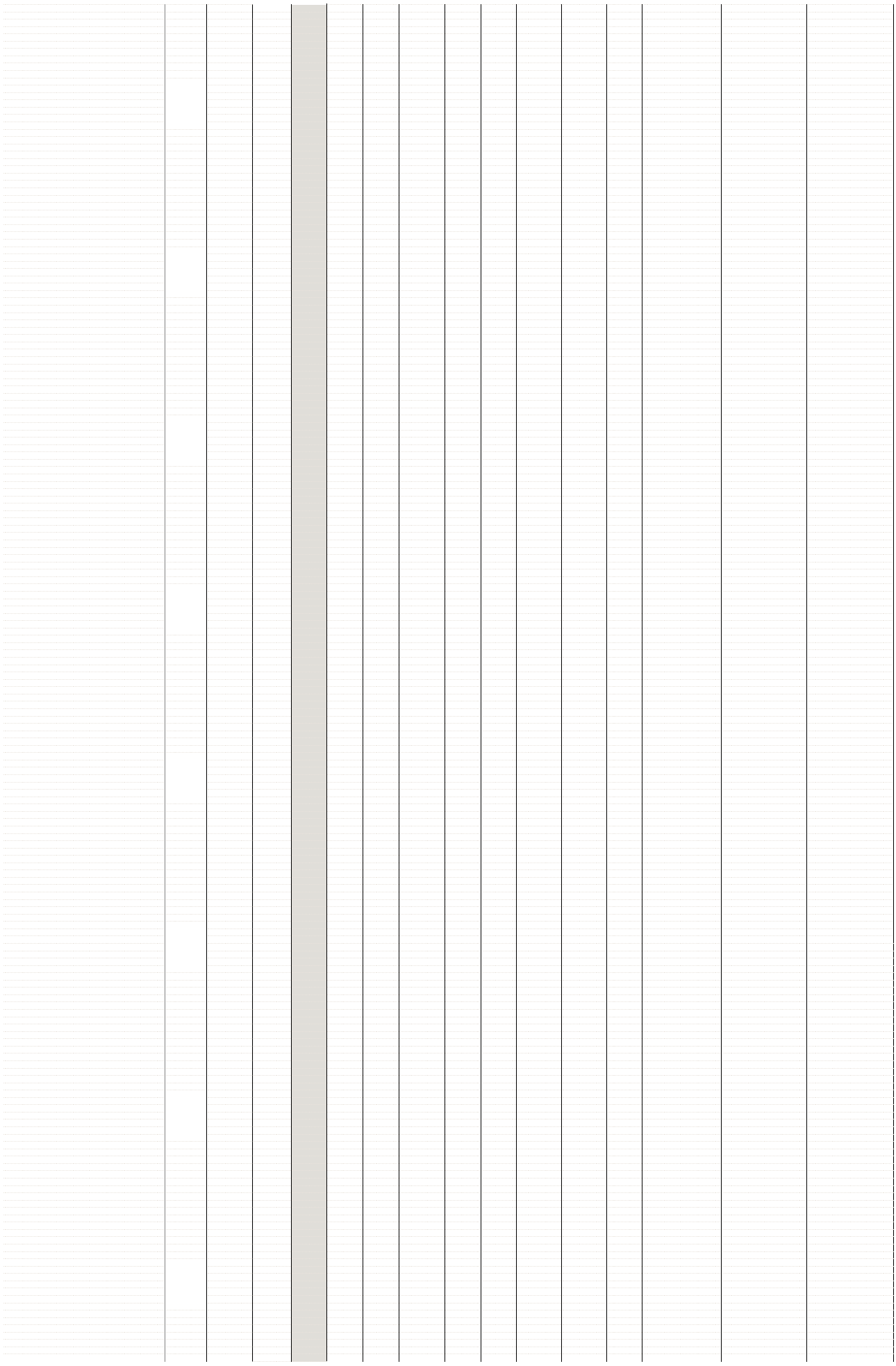
Flik: Kommande beslut

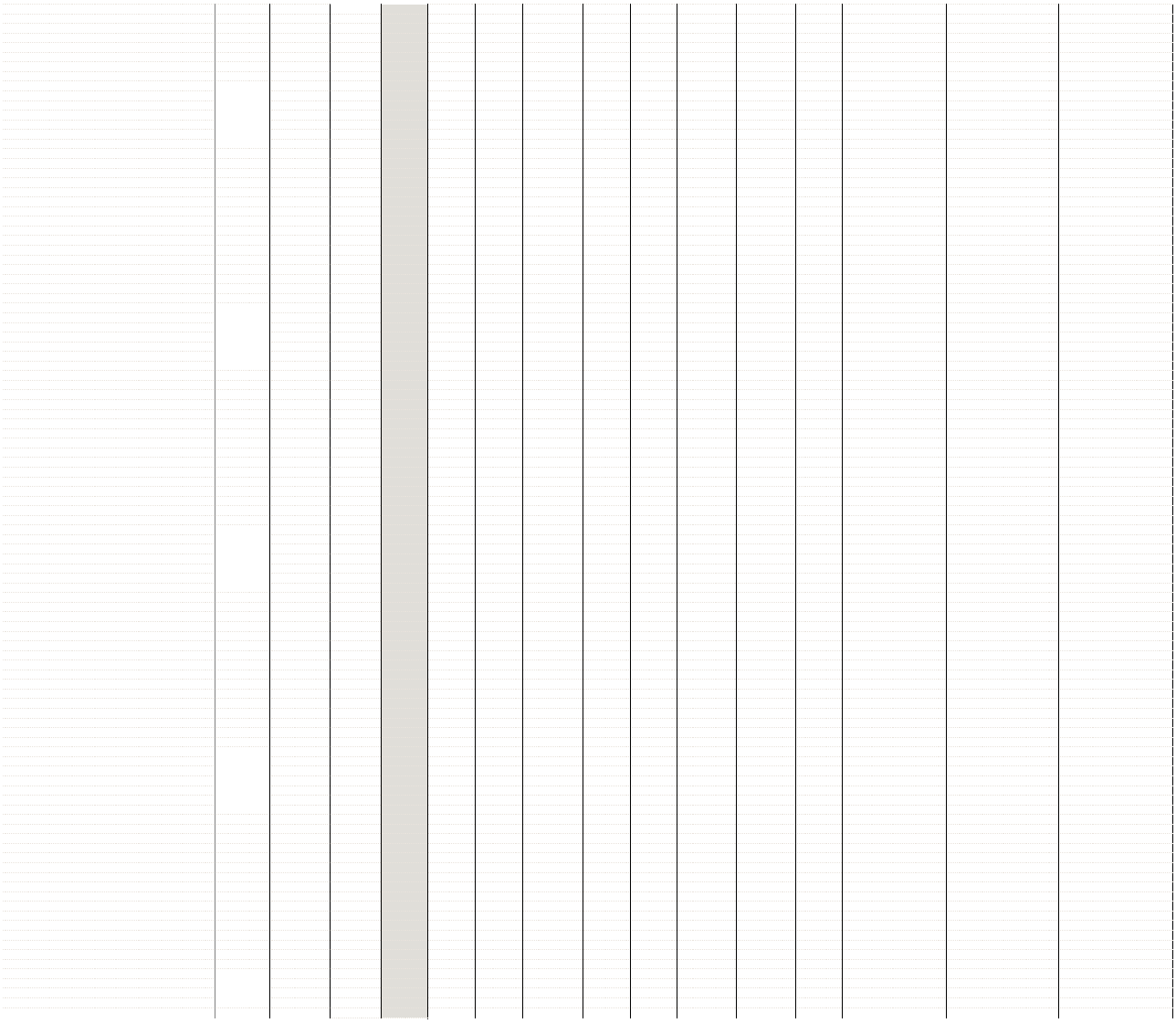
Prioritering och riskbedömning

Prioritering och riskbedömning av investeringsobjekt över 100 miljoner kronor. **Prioriteringskriterier ska göras utifrån respektive nämnds och bolags mål och krav.** Prioritering, samband och konsekvensanalys gäller för objekt där genomförandebeslut inte ännu fattats. Riskanalysen gäller för samtliga objekt. Se kommentarer i kolumnerna för vidare förklaring.

Nämnd/bolag

Investeringsobjekt					Prioriteringskriterier								Kompletterande information		
Investeringsobjekt enligt investeringsplanen	Prioriterad inom/utom investerings-utrymme?	Prognostiserad total utgift (Mnkr)	Osäkerhetsgrad (%)	Prioritering	Måluppfyllelse	Mål och strategier	Lagkrav och myndighetskrav	Tidsprioritet - hälsa och säkerhet	Tidsprioritet - samband	Rationalisering	Riskbedömning	Senareläggning (år)	Sambandsobjekt	Konsekvensanalys	Riskanalys
N/A															
Investeringsobjekt 2															
Investeringsobjekt 3															
Investeringsobjekt 4, osv															





Kommande beslut

Beskriv de enskilda investeringsobjekt (över 100 miljoner kronor) som ligger som beslut för kommande budgetperioder i investeringsplanen.

Nämnd/bolag

Investeringsbjekt enligt bilaga 1	Objektsbeskrivning	Investeringsobjektets aktuella fas/status	Kommande beslut	Förvantad beslutstidpunkt - år och kvartal
N/A				
Investeringsobjekt 2				
Investeringsobjekt 3				
Investeringsobjekt 4, *osv*				

Viktning av prioriteringskriterier

Prioriteringskriterier ska göras utifrån respektive nämnds och bolags mål och krav. Denna flik styr rullgardinsmenyerna som finns under fliken "*Prioritering och riskbedömning*". Korrigeringar och viktning kan göras i de färgade cellerna.

Investeringstyp	Beslut	Måluppfyllelse		Region Stockholms strategier		Lagkrav och myndighetskrav		Tidsprioritet - hälsa och säkerhet		Tidsprioritet - samband		Rationalisering		Riskvärdering	Senareläggning (år)
Nyinvestering	Överlämnande	0	Nej	0	Nej	1	Ja	0	Nej	0	Nej	0	Nej	Mycket hög	2028
Ersättningsinvestering	Genomförande	1	Delvis	1	Delvis	0	Nej	0,5	Förebygger	0,5	Ej beslutat objekt	0,5	Uppfyller 1/3	Hög	2029
...	Planering	2	Ja	2	Ja	...		1	Minimerar	1	Pågående genomförande	1	Uppfyller 2/3	Medel	2030
...	Inriktning	...		...		...		1,5	Akut åtgärd	1,5	Avtalat/driftsatt objekt	1,5	Uppfyller 3/3	Låg	2031
		...		...		...		...		...		...		Mycket låg	2032
		...		...		...		...		...		...		...	2033
		...		...		...		...		...		...		...	2034
		...		...		...		...		...		...		...	2035
		...		...		...		...		...		...		...	2036
															Utanför planperioden
								...		...		...			N/A

Flik Investeringsplan: Investeringsplanens struktur och kolumnbeskrivningar

Kolumn	Beskrivning
Referens och spårbarhet	
Portfölj	Här anges investeringsobjektets portföljtillhörighet.
Versions År	Här anges aktuellt planerings- och uppföljningsår.
Version	Här anges aktuell planerings- och uppföljningsversion. **P1** = Prognos 1 (vid tertial), **P2** = Prognos 2 (vid delår), **VB** = verksamhetsberättelse (ÅR).
Unikt ID	Här anges ett unikt ID för respektive rad i investeringsplanen. Detta fält kan utgöras av investeringsobjekts lokala ID, t ex projektnummer odyl och utgör sökreferens i arbetsboken.
Objektbenämning	Här anges benämning på investeringsobjektet.
Tillhör Program	Här anges i vilket program/trafikslag investeringsobjektet ingår i.
Robusthet	Här anges om investeringsobjektet syftar till stärkt förmåga för att driva samhällsviktig verksamhet under kris och krig. Det innebär att investeringen är kopplad till ökad förmåga till kontinuitetsplanering, uthållighet, resiliens och redundans utifrån krav på ökad förmåga att klara uppgifterna inom civilt försvar.
Klimatneutralitet 2035 (Regionfullmäktige mål)	Här anges om investeringsobjektet leder till att minska koldioxidutsläppen, i syfte att nå regionfullmäktiges mål om klimatneutralitet 2035.
Dnr	Här anges objektets senaste fattade beslut per inrapporteringstillfälle i maj och september, i högsta instans med diarienummer.

Uppföljning av status på enskilda investeringsobjekt >100 mnkr

Gäller investeringsobjekt i genomförande-, planerings- och inriktningsfas. Bedömning av TKI ska göras på investeringsobjektet som helhet.	
Status/styrparameter	Beskrivning
1	Fortlöper enligt senaste investeringsbeslut*. Inga särskilda åtgärder krävs.
2	Avvikelse mot senaste investeringsbeslut* har uppstått eller befaras uppstå, som kan hanteras inom befintliga ramar. Åtgärder utreds och dokumenteras.
3	Allvarlig avvikelse mot senaste investeringsbeslut* har uppstått eller befaras uppstå som inte kan hanteras inom befintliga ramar. Behov av ett beslut föreligger.
Tid (T)	Status för investeringsobjektets tidplan. Tidigare- alternativt senareläggningar som får påverkan på investeringsobjektets totalkostnad, innehåll eller effektmål kräver förnyat beslut.
Kostnad (K)	Status för investeringsobjektetes totalkostnad. Avvikelser >15%, eller >100 mnkr kräver förnyat beslut vid genomförande.
Omfattning/Innehåll (I)	Status för investeringsobjektets omfattning/innehåll. Avvikelser som medför att avsedd funktion förändras kräver förnyat beslut.
*Senaste fattade beslut per inrapporteringstillfälle i maj och september. Bedömning av totalkostnad (K) ska göras på investeringsobjektets totalbudget (genomförandefas) eller på indikativ totalutgift för investeringsobjekt i tidiga faser (inriktnings- och planeringsfas).	

Prioritet och kategorisering	
Inom inv. utrymme, utom inv. utrymme	Inom plan utgörs av objekt som ingick i regionfullmäktiges beslutade investeringsplan i Budget 2026. Objekt som föreslås prioriteras in i investeringsplan 2027–2036 definieras som utom plan, till dess att regionfullmäktige fattat beslut på Budget 2027.
Prioritet	Här anges den prioritet som beräknats med hjälp av bilaga "Prioritering och riskbedömning". Hög prioritet anges i intervall på 1-10, medel prioritet anges i intervall på 11-20 och låg prioritet anges i intervall 21-30.
Investeringstyp	Här anges om investeringsobjektet är en ersättningsinvestering eller nyinvestering.
Kategori	Här anges investeringsobjektets huvudsakliga investeringskategori.
Åtgärdsvals- och investeringsprocessen	
Aktuell fas investeringsprocess	Här anges den fas investeringsobjektet befinner sig i, relativt åtgärdsvals- och investeringsprocessen, enligt senaste investeringsbeslut per inrapporteringstillfälle i maj och september, i högsta instans.
Total prognostiserad utgift	Här anges total prognostiserad investeringsutgift, dvs senast bedömd totalprognos. Denna totalprognos är inte beslutad, utan avser enbart ett bedömt finansieringsbehov. För att tillgängliggöra finansiering förutsätts ett nytt investeringsbeslut.
Senast fattat investeringsbeslut	För objekt i genomförande anges senaste beslut på total utgift. För objekt i inriktningfas anges beslutet för inriktningsfasen, för objekt i planeringsfas anges total utgift för inriktnings- och planeringsfas.
Driftsättningsår, senast fattat beslut	Här anges beslutat driftsättningsår i senast fattat investeringsbeslut per inrapporteringstillfälle i maj och september, i högsta instans.
Driftsättningsår, prognos	Här anges prognostiserat driftsättningsår.
Utfall	
Utfall ack t.o.m 2020	Här anges ackumulerat utfall på investeringsutgift till och med år 2020. Anges ej för investeringar under 100 mnkr.
Utfall 20XX-20YY	Här anges utfall på investeringsutgift för åren 20XX-20YY.
Periodens utfall 2026 ack.	Här anges årets ackumulerade utfall på investeringsutgift.

Investeringsutgift	
Utgift Budget 20XX	Här anges investeringsutgift för innevarande budgetår 20XX.
Utgift Prognos 20XX	Här anges prognostiserad investeringsutgift för innevarande år 20XX.
Utgift 20XX -20YY	Här anges investeringsutgift för budget-/planår 20XX-20YY.
Utgift s:a senare år	Här anges total planerad investeringsutgift efter planperiodens slut, om fördelning på planår ej finns tillgängligt.
Medfinansiering	
Total prognostiserad medfin.	Här anges total prognostiserad medfinansiering.
Medfin. utfall ack t.o.m 2020	Här anges ackumulerat utfall på medfinansiering till och med år 2020.
Medfin. Utfall 20XX-20YY	Här anges utfall på medfinansiering åren 20XX-20YY.
Periodens medfin. utfall 2026 ack.	Här anges årets ackumulerade utfall på medfinansiering.
Medfin. Budget 20XX.	Här anges medfinansiering för innevarande budgetår 20XX.
Medfin. Prognos 20XX	Här anges prognosticerad medfinansiering för innevarande år 20XX.
Medfin. 20XX -20YY	Här anges medfinansiering för budget-/planår 20XX-20YY.
Medfin. s:a senare år	Här anges total planerad medfinansiering efter planperiodens slut, om fördelning på planår ej finns tillgängligt.
Driftsättningsplan	
Aktiveras 20XX -20YY	Här anges de årliga tillgångsvärden som planeras att aktiveras och nyttjandeperioden påbörjas. Vid aktivering av delar av objekten ska det motsvara de tillgångsvärden som aktiveras årligen.
Resultatpåverkande effekter	
Driftkost. 20XX -20YY	Här anges driftkostnad (exempelvis service och underhåll) avseende tillgången. Ska avse netto av förändrade driftkostnader vid ersättningsinvesteringar. Vid nyinvesteringar anges brutto av förändrade driftskostnader.
Avskrivningar 20XX -20YY	Här anges avskrivningskostnader under nyttjandeperioden.
Intäkter 20XX -20YY	Här anges förändringar på externa intäkter som är en direkt följd av investeringen. Ersättningar inom Region Stockholm får inte räknas med.



Mnkr	Dnr	Status	Ny- /ersättnings-investering	Prognostiserad total utgift	Senast fattat investerings-beslut[2]	Investeringsutgifter									
						Budget 2027	Plan 2028	Plan 2029	Plan 2030	Plan 2031	Plan 2032	Plan 2033	Plan 2034	Plan 2035	Plan 2036
1.7 S:t Akutsjukhusnämnden - Eriks ögonsjukhus															
Summa investeringar S:t Eriks ögonsjukhus						**18,0**	**20,0**	**20,0**	**18,0**	**16,0**	**16,0**	**16,0**	**16,0**	**16,0**	**16,0**
Ersättningsinvesteringar < 100 mkr			Ersättningsinv.			18,0	20,0	20,0	18,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0

Not 2. För investeringsobjekt i genomförandefas avses beslut på total utgift. För investeringsobjekt i inriktningsfas avses beslutet för inriktningsfasen, för investeringsobjekt i planeringsfas avses total utgift för inriktnings- och planeringsfas.

Kriterier

Denna flik styr rullgardinsmenyerna som finns under fliken Investeringsplan. Korrigeringar måste kommuniceras med Datalagret för Tableau innan de införs.

Version	Portfölj	Riskbedömning	Inom/utom	Investeringstyp	Kategori	Aktuell fas	Robusthet	Klimatneutralitet 2035	Uppföljning TKIE
Budget	H&S Koncern - DS	Mycket hög	Inom	Ersättningsinv.	Myndighetskrav	Initiera	Ja	Ja	1
P1	H&S Koncern - Karolinska	Hög	Utom	Nyinvestering	Kapacitetsökning	Behovsanalys	Nej	Nej	2
P2	H&S Koncern - SLSO	Medel	Utom prio 1 hög		Verksamhetskritisk	Åtgärdsval	Delvis	Delvis	3
VB	H&S Koncern - St Erik	Låg	Utom prio 2 medel		Forskning/Innovation	Inriktning			
	H&S Koncern - STS	Mycket låg	Utom prio 3 låg			Planering			
	H&S Koncern - SöS					Genomförande			
	H&S - AiSAB					Överlämnande			
	H&S - FTV					Driftsättning			
	H&S - HSN								
	H&S - PVN								
	H&S - PAN								
	H&S - Medicarrier								
	H&S - Tobiasregistret								
	TN-TF								
	TN-FUT								
	FTN								
	FSN-Fastighet								
	FSN-Service								
	Övrig verksamhet KuN								
	Övrig verksamhet KRN								
	Locum								
	Övrig verksamhet Revisionskollegiet								
	Övrig verksamhet RS								

Region Stockholm

Diarienummer
RS2025-1039

Akutsjukhusnämnden/S:t Eriks Ögonsjukhus

Plan för intern kontroll, delår 2026

Delår 2026

Innehållsförteckning

1 Bakgrund....3

2 Intern kontroll....4
2.1 Styr- och kontrollmiljö....4
2.2 Riskbedömning....4
2.3 Kontrollaktiviteter....4
2.4 Information och kommunikation....5
2.5 Övervakning och uppföljning....5
2.5.1 Uppföljning....5
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll....5
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser....5

3 Sammanställning av risker....7

1 Bakgrund

Enligt 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725) ska varje nämnd inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § samma lag har lämnats över till någon annan.

Region Stockholm har, utifrån kommunallagen, beslutat om riktlinjer för intern kontroll för Region Stockholm (RS 2024-0510, RS 2022–0326). Riktlinjen utgår från COSO-modellen, vilket innebär att systematiskt arbeta med att förutse risker och möjligheter samt att hantera och kommunicera dessa.

Region Stockholms arbete med intern kontroll syftar till att proaktivt säkerställa att verksamheten i enlighet med vad fullmäktige beslutar:

- uppnår fastställda mål och utför sitt uppdrag
- når långsiktig varaktighet och hållbarhet
- bedrivs ändamålsenligt, säkert och effektivt
- följer tillämpliga lagar, beslut, föreskrifter, avtal, styrande dokument med mera
- har tillförlitlig rapportering och information

2 Intern kontroll

Nämnden/bolaget tar i samband med budget och verksamhetsplanering fram en plan för intern kontroll. Denna plan uppdateras och följs sedan upp som ett led i den löpande rapporteringen och uppföljningen. Planen för intern kontroll utgör nämndernas och bolagens redovisning av arbetet med den interna kontrollen och är en viktig grund för den försäkran som lämnas om att nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll.

2.1 Styr- och kontrollmiljö

Styr- och kontrollmiljön är omgivningen som den interna styrningen och kontrollen verkar i och påverkas av, det vill säga fundamentet för nämnden/bolagets arbete med risk och intern kontroll.

Med utgångspunkt från verksamhetsplanen gör ledningsgruppens arbetsgrupp årligen en risk- och väsentlighetsanalys för att tydliggöra vilka risker som finns i verksamheten som kan inverka på förvaltningens möjlighet att uppnå uppsatta mål. Riskerna dokumenteras och redovisas för nämnden. Löpande rapportering sker månadsvis från respektive verksamhetschef till förvaltningschef, vid så kallade verksamhetsuppföljningsmöten.

Den interna strukturen kommer att vara oförändrad under 2026.

2.2 Riskbedömning

Riskbedömning handlar om hur risker för verksamheten identifieras, värderas och hanteras. Inom Region Stockholm används följande riskkategorier:

- Strategiska risker
- Ekonomiska risker
- Operativa risker
- Regelefterlevnadsrisker

De risker som sjukhuset identifierat berör i huvudsak vårdleverans. Övergången från LOV till LOU inom vårdval ögon har lett till ett ökat söktryck på sjukhusets ögonakutmottagning i takt med att de tidigare vårdvalsaktörerna stänger ner sina verksamheter. Det ökade söktrycket leder i sin tur till försämrad tillgänglighet. Sjukhuset för dialog med de blivande vårdvalsaktörerna och de avgående via HsF i syfte att dämpa de negativa effekterna.
Överdiagnostisering är ett annat område som sjukhuset arbetar aktivt med för att dämpa genom införande av kloka kliniska val.

Risk för oegentligheter och välfärdsbrott ingår i sjukhusets internkontrollplan men sannolikheten för negativt utfall bedöms ha låg sannolikhet med anledning av väl implementerade rutiner och kontrollmoment.

Nya risker

- Inga

Borttagna risker

- Inga

2.3 Kontrollaktiviteter

Utifrån riskanalysen prioriteras vilka kontroller och åtgärder som ska utföras för att acceptera, begränsa, dela eller eliminera riskerna för att uppnå en acceptabel risknivå. Kontroller och åtgärder ska också säkerställa beredskap för att hantera och reagera på oönskade situationer.

Samtliga identifierade åtgärder och tillhörande kontroller genomförs enligt plan och korrigeras

löpande under året.

Arbetssätt, rutiner och kontrollmoment för att motverka risk för oegentligheter och välfärdsbrott finns på plats.

2.4 Information och kommunikation

De funktioner som arbetar med riskhantering, intern kontroll, regelefterlevnad och internrevision behöver ha full tillgång till den information som krävs för god intern kontroll till exempel mål, policys, riktlinjer, risker, åtgärder, kontroller och eventuella avvikelser.

Internt kommuniceras väsentlig information till verksamhetsledningarna i samband med verksamheternas ledningsgruppsmöten. Respektive verksamhetschef kommunicerar vidare i linjen. Externt sker kommunikation i olika forum så som avstämningsmöten med avdelningen för styrning och ekonomi, funktionsbaserade nätverk inom Region Stockholm och diverse rapporter.

2.5 Övervakning och uppföljning

Nämnden/bolagsstyrelsen har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde och ska säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Detta innebär att varje nämnd och styrelse har ett ansvar för att det finns en organisation och processer för den interna kontrollen.

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för regionens verksamheter, utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen har också uppsiktsansvar och ska övervaka hur den interna kontrollen sköts i nämnder och bolag samt utforma, utveckla och följa upp Region Stockholms arbete med intern kontroll.

2.5.1 Uppföljning

Enligt riktlinjen för intern kontroll ska nämnden/bolagsstyrelsen med hänsyn till sitt ansvar, kontinuerligt följa upp sin verksamhet och utvärdera de riskbedömningar som sker samt vidta åtgärder för att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig, effektiv och att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt. Uppföljningen innefattar också att utvärdera om samtliga komponenter i ramverket för intern kontroll är tillräckliga.

Med utgångspunkt från verksamhetsplanen gör ledningsgruppens arbetsgrupp årligen en risk- och väsentlighetsanalys för att tydliggöra vilka risker som finns i verksamheten som kan inverka på bolagets möjlighet att uppnå uppsatta mål. Riskerna dokumenteras och redovisas för nämnden. Löpande rapportering sker månadsvis från respektive verksamhetschef till sjukhusdirektören vid så kallade verksamhetsuppföljningsmöten.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

Nämnden/bolaget ska följa regionens riktlinje för intern kontroll, (RS 2024-0510, RS 2022-0326).

Sjukhusdirektören ansvarar för att riktlinjer och anvisningar i enlighet med Region Stockholms policy för internkontroll utformas och hålls uppdaterade i syfte att upprätthålla en god internkontroll. Riktlinje och anvisningar är antagna av styrelsen. Sjukhusdirektören rapporterar löpande till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar.

Inga avsteg från riktlinjen har noterats under perioden.

2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

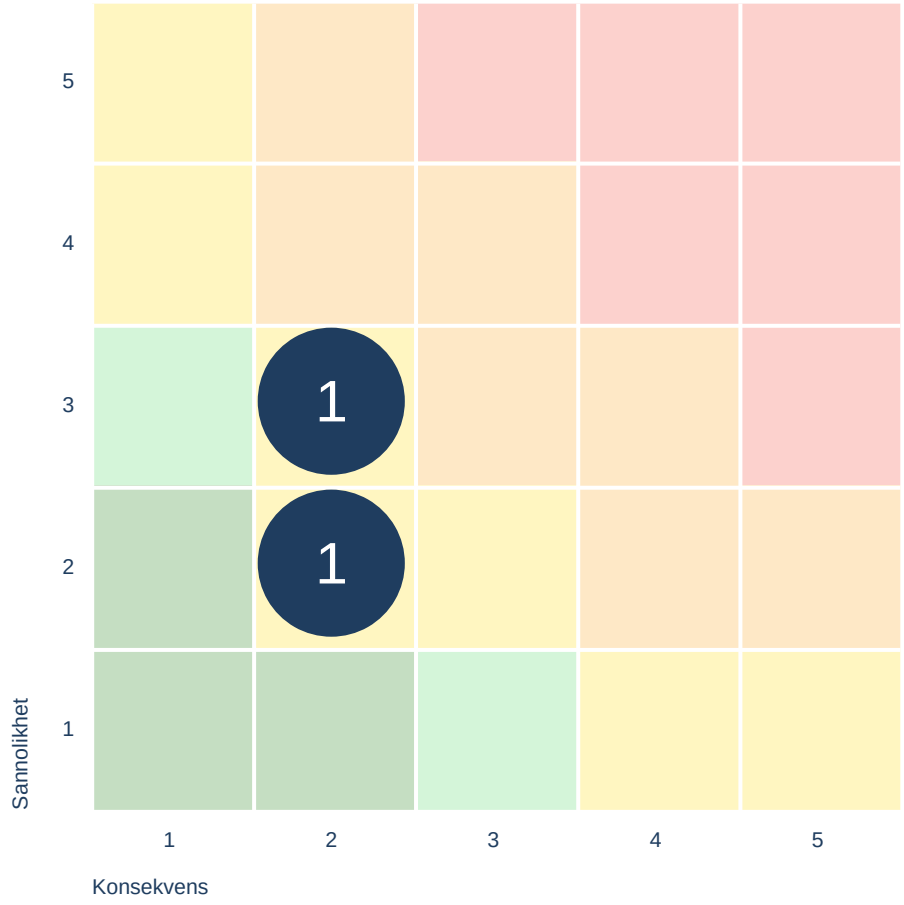
Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd/styrelse samt i den

löpande rapporteringen till regionledningskontoret. Förvaltningschef/VD ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår.

Ledningsgruppen följer upp identifierade risker och brister med hjälp av verktyget Stödet. Avrapportering sker till styrelsen i enlighet med lokal riktlinje och kommer framöver att ske till nämnden.

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

3 Sammanställning av risker



Mycket hög risk	
Hög risk	
Medelhög risk	2 st
Låg risk	
Mycket låg risk	

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket hög	Katastrofal - Mycket allvarlig, får inte inträffa
4	Hög	Kritisk - Allvarlig, får helst inte inträffa
3	Medel	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
2	Låg	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten
1	Mycket låg, se frågetecknet	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

Mål	Lokalt mål			Risk	Riskägare
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov		184698	→	Förändrade förutsättningar	**Riskägare** Sten Kjellström
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		137470	→	Överdiagnostisering och övervård	**Riskägare** Sten Kjellström

Region Stockholm

Diarienummer
RS2025-1039

Akutsjukhusnämnden/Danderyds sjukhus

Delårsrapport

Augusti 2026

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar 4
1.1 Väsentliga händelser 4

2 Styrning och ledning 6
2.1 Verksamhetsfakta 6
2.2 Mål 6
2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa 6
2.2.2 Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant 9
2.2.3 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv 10
2.2.4 Kompetensförsörjningen är långsiktig 12
2.3 Uppdrag 14
2.4 Intern kontroll 14
2.4.1 Arbetet med intern kontroll 14
2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller 14
2.4.3 Försäkran 15

3 Verksamhet 16
3.1 Vårdproduktion 16
3.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år 16
3.1.2 Prognos i jämförelse med budget 17
3.2 Produktivitet 18

4 Personal 19
4.1 Uppföljning avsatta medel 21
4.1.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö 21
4.1.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning 21
4.1.3 Chefsförsörjning, ledarskap- och medarbetarskap i hela Region Stockholm 24
4.2 Helårsarbeten 26
4.2.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år 26
4.2.2 Prognos i jämförelse med budget 26
4.3 Sjukfrånvaro 26

5 Ekonomi 28
5.1 Resultat 28
5.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år 29
5.1.2 Prognos i jämförelse med budget 29
5.1.3 Personalkostnader inklusive inhyrd personal 30
5.1.4 Konsultkostnader 31
5.1.5 Administrativa kostnader 31

5.1.6 Säsongsvariationer....32
5.2 Åtgärder för ett resultat i balans....32
5.3 Investeringar....33
5.3.1 Investeringsplanens genomförbarhet och risk....33
5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget....33
5.3.3 Årets prognos i jämförelse med budget....34
5.3.4 Ny- och ersättningsinvesteringar....34
5.3.5 Utfall och prognos enskilda investeringsobjekt....34
5.3.6 Driftsatta investeringsobjekt....34
5.3.7 Kommande investeringsbeslut för investeringsobjekt > 100 mnkr....34

Bilagor

Bilaga 1: H&S ASN DS Investeringsplan 2026-2036 P2

Bilaga 2: bilaga-e1-ovriga-avsattningar-ansvarsforbindelser-och-tvister-da-2026

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar

1.1 Väsentliga händelser

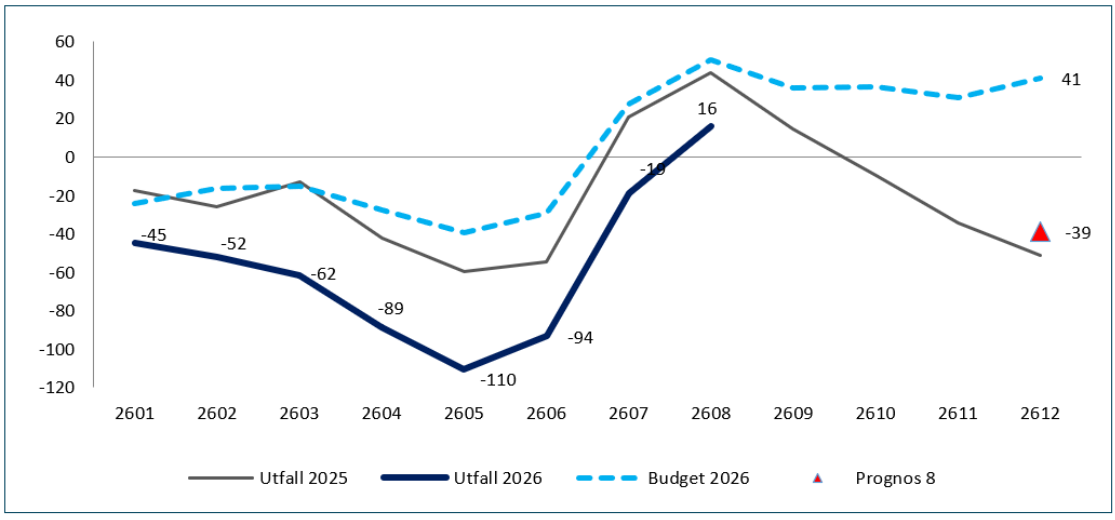
Danderyds sjukhus har haft ett fortsatt väldigt högt akutinflöde under sommaren vilket ställer höga krav på att organisationen ständigt förbättrar sina arbetssätt. Antalet akuta besök till akutmottagningen har i juli och augusti nått nya rekordnivåer med en ökning på hela 10 procent jämfört med föregående år.

Danderyds sjukhus har en produktionsmåluppfyllelse (DRG-poäng) hittills år 2026 på 104,7 procent av beställd målvolym. Då Danderyds sjukhus bedömer att vårdbehovet är högre än den beställda volymen planerar sjukhuset att producera över beställningen år 2026. Det är framför allt den akuta vården som producerar över beställningen.

Det har under senaste åren skett en kraftig reducering av inhyrd personal och sjukhuset ligger hittills under år 2026 på 0,27 procent andel extern inhyrning vilket är klart under målet på 1,0 procent. Sjukfrånvaron är hittills i år 6,1 procent vilket är lägre jämfört med motsvarande period föregående år (6,3 %). I augusti månad var sjukfrånvaron 4,1 procent.

Fokus framåt är att minska sjukfrånvaron samt övertiden men även att genom optimerade arbetssätt exempelvis genom utveckling av kloka administrativa val reducera personalkostnader för att möta de ekonomiska förutsättningarna för 2026.

Danderyds sjukhus gick in i år 2026 med ett bedömt ekonomiskt gap på cirka 150 miljoner kronor. Det negativa gapet beror framför allt på att ekonomin inte var i balans år 2025 samt effektiveringskravet som tillkommit i budget 2026.



Danderyds sjukhus ekonomiska resultat till och med augusti 2026 är 16 miljoner kronor vilket är 34 miljoner kronor sämre än periodiserad budget. Avvikelsen jämfört med budgeten återfinns framför allt inom personalkostnader samt fortsatta kostnadsökningar inom rörliga kostnader, såsom laboratorietjänster, läkemedel och material. Avvikelsen har minskat under sommaren och motsvarar nu 0,8 procent av omsättningen.

Resultatprognosen helår 2026 är minus 39 miljoner kronor vilket innebär en budgetavvikelse på minus 80 miljoner kronor.

2 Styrning och ledning

2.1 Verksamhetsfakta

Danderyds sjukhus är ett av landets största akutsjukhus med cirka 4 700 medarbetare och en omsättning på cirka 6,5 miljarder kronor år 2026. Uppdraget är att bedriva akut och planerad somatisk specialistvård, viss högspecialiserad vård, klinisk utbildning och patientnära forskning.

Sjukhuset är organiserat med tio verksamhetsområden och ett antal stödjande funktionsområden Teknik, Utveckling, Fastighet och Försörjning (TUFF), Säkerhet och beredskap, FoUUi, Ekonomi, HR och Kommunikation.

Följande verksamhetsområden finns 2026:

- Akutsjukvård
- Anestesi och intensivvård
- Hjärt- och fysiologi
- Kirurgi och urologi
- Kvinnosjukvård och förlossning
- Medicinska specialiteter
- Neurologi inklusive logopedi
- Ortopedi
- Radiologi
- Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm

2.2 Mål

2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa

Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov

Kommentar

Tre av fyra indikatorer (väntetid till behandling, första besök och läkarbedömning på akuten) bedöms att uppnås under hösten medan det är mer osäkert gällande den totala vistelsetiden på akuten som har ökat något. Antalet akuta besök har ökat kraftigt de senaste månaderna vilket har bidragit till något längre totala vistelsetider.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	75 %	74 %		>=80 %	80 %

Kommentar

Operation/behandling har en måluppfyllelse i augusti på 75 procent, vilket är fullt normalt efter en sommar då köerna ökar på grund av neddragen kapaciteten under semestertider. Historiskt är måluppfyllelsen som lägst efter augusti månad, och är ingen indikation på ett försämrat läge på sjukhuset. Tillgängligheten är i augusti 2026 bättre än motsvarande period tidigare år.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Målet förväntas uppnås under hösten.					
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	67 %	73 %	◆	>=70 %	Öka från år 2 025
Kommentar Tillgängligheten till nybesök har en måluppfyllelse på 67 procent efter augusti. Augusti månad har historiskt en låg måluppfyllelse och är ingen indikation på en försämrad tillgänglighet. Måluppfyllelsen kommer att uppnås under hösten igen.					
Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	42	44	●	43	Minska från år 2 025
Kommentar Danderyds sjukhuset arbetar aktivt för att förbättra patientflödena in-, genom-, och ut ifrån akutmottagningen.					
Total vistelsetid på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	279	278	◆	<274	Minska från år 2 025
Kommentar Senaste månaderna har vi sett en kraftig ökning av antalet besök till akutmottagningen vilket har påverkat den totala vistelsetiden negativt. Danderyds sjukhus arbetar aktivt med att förbättra patientflödena in-, genom-, och ut ifrån akutmottagningen.					

Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

●

Kommentar

Vården på Danderyds sjukhus är säker, effektiv och har god kvalitet. Samtliga beslutade indikatorer från Regionfullmäktige uppnås för året.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle *(Regionfullmäktige)*	1,1	1	●	<=1,3	Bibehålla eller minska från år 2 025
Kommentar Samarbetet med övriga vårdaktörer fungerar väl. Genom god och kontinuerlig samverkan mellan sjukhuset och närområdets kommuner, har målet i perioden uppnåtts.					

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner *(Regionfullmäktige)*	3,2 %	3,5 %	●	<=4 %	<=4 %
Kommentar Målet uppnås och är bättre än föregående år. Arbetet med aktivitetsplan fortsätter.					

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Genomföra en systematisk kartläggning av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter inom vårdverksamheten	2026	Genomförd	2026	Akutsjukhusnämnden, genom sina förvaltningar och en särskilt utsedd arbetsgrupp, har genomfört kartläggningar av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter. Arbetet har baserats på en inventering och sammanställning av kartläggningar som nyligen genomförts inom respektive förvaltning. Det saknas i dagsläget ett regionalt eller nationellt standardiserat tillvägagångssätt för denna typ av kartläggning, vilket innebär att olika metodansatser har tillämpats. Genom att sammanföra befintliga underlag har en övergripande och samlad bild kunnat tas fram. Den metodmässiga variationen bedöms ha bidragit till en bredare belysning av frågeställningen. Resultaten från de olika kartläggningarna uppvisar en hög grad av samstämmighet, vilket stärker tillförlitligheten i de identifierade mönstren. Mot bakgrund av genomförd analys har ett antal prioriterade aktivitetsområden identifierats. Dessa omfattar införande och spridning av AI-baserade lösningar såsom tal-till-text, AI-stöd för operationsplanering och AI-assistenter i syfte att minska dokumentationsbördan och effektivisera administrativa arbetsflöden. Vidare prioriteras automatisering och robotisering av administrativa processer, bland annat inom journalhantering, registrering, kodning, tolkbeställningar och olika former av patientadministration. Kartläggningarna har även identifierat schemaläggning och bemanningsplanering som ett gemensamt utvecklingsområde. Arbetet kommer därför att fokusera på utvärdering och spridning av effektiva arbetssätt för central schemaläggning och bemanningsplanering samt förberedelser inför införandet av nya digitala systemstöd. Ett ytterligare prioriterat område är att systematiskt identifiera och avveckla administrativa arbetsmoment som inte bedöms skapa tillräckligt värde för verksamheten. Arbetet omfattar även fortsatt utveckling av principen om rätt kompetens på rätt plats genom översyn av arbetsfördelning och uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper. Slutligen prioriteras samordning och effektivisering av onboardingprocesser genom återanvändning av befintliga digitala lösningar, standardiserade arbetssätt och samverkan med pågående regionala initiativ. De prioriterade aktiviteterna bedöms sammantaget ha god potential att minska den administrativa belastningen, öka verksamhetens effektivitet och frigöra mer tid för patientnära arbete.

2.2.2 Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant

Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning



Kommentar

För att säkerställa en högkvalitativ vård nu och i framtiden krävs integration av sjukhusets tre kärnuppdrag; sjukvård, forskning och utbildning. Danderyds sjukhus bedriver betydande klinisk forskning främst i samarbete med Karolinska Institutets institution, Institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus (KIDS) och det finns sedan många år ett utvecklat och strukturerat samarbete i syfte att stärka FoUU vid sjukhuset. Exempel på detta är att KIDS och Danderyds sjukhus gemensamt fattat beslut om att den forskning som sker på KIDS/Danderyds sjukhus ska i huvudsak utgå från de stora patientgrupper och vårdprocesser som sjukhuset inrymmer. Forskningen ska spänna från transnationell forskning till patientnära klinisk forskning.

Viktiga delar under sjukhusets forsknings- och utbildningsuppdrag är att tydliggöra, tillhandahålla och följa upp strukturer, organisation samt personella och materiella resurser, för att främja genomförande av uppdragen. På sjukhuset finns en partsammansatt FoUU-kommitté och under denna ett utbildningsråd och ett forskningsråd. På Danderyds sjukhus finns även 8 universitetssjukvårdsenheter (USV-enheter) och vid dessa lokala FoUU-grupper. USV-enheternas och FoUU-gruppernas uppgift är att främja och stödja forskning, utbildning samt utveckling och innovation på verksamhetsnivå. Både forsknings och utbildningsuppdraget följs upp regelbundet. FoUU-kommittén följer varje år upp att alla USV-enheter uppfyller USV-kriterierna och säkerställer åtgärdsplaner om någon enhet inte uppfyller kriterierna. Under 2025 har en FoUUi direktör anställts vid sjukhuset med uppdraget att hålla ihop forskning, utbildning, utveckling och innovation vid sjukhuset samt representera sjukhuset externt i dessa frågor. FoUUi direktören leder FoUU-kommittén tillsammans med prefekten på KIDS. Under hösten 2026 är ett av de främsta uppdragen att uppdatera och utveckla forskningsstrategin (fokusområden) för 2027-2028. En strategi för utbildningsuppdraget behöver också utformas. Ett viktigt mål är att utveckla DS organisation för kliniska prövningar. För att nå detta mål har en chef för centrum för kliniska studier DS (CKDS) anställts med start 1/1 2027.

Under FoUU-kommittén finns ett forskningsråd som är partsammansatt vars främsta uppgift är att bereda ärenden för FoUU-kommittén samt ge stöd för att sjukhusets forskningsuppdrag genomförs med hög kvalitet. För 2026 identifierades följande fokusområden (under varje fokusområde finns aktiviteter som följs regelbundet).

- Tillgängliggörande av hälsodata för forskning och omsättning till patientnytta
- Stärkt forskning kring implementering av artificiell intelligens och digitala lösningar inom vården
- Ökat antal läkemedelsprövningar samt medicintekniska prövningar
- En effektiv forskningsorganisation med starka centrala stödfunktioner
- Öka externa medel för klinisk forskning och säkerställa uttag av finansierad forskningstid
- Stimulera till att fler yrkeskategorier än läkare forskar

Under FoUU-kommittén finns ett utbildningsråd som är partsammansatt vars främsta uppgift är att bereda ärenden för FoUU-kommittén samt ge stöd för att sjukhusets utbildningsuppdrag genomförs med hög kvalitet. För 2026 har ett antal fokusområden med delmål tagits fram och följts upp med hjälp av indikatorer i sjukhusets styrkort.

- Andel USV-enheter som uppfyller kriterier om utbildning: Alla USV-enheter uppföljs avseende USV-kriterier för utbildning.
- Studentnöjdhet: Sjukhuset har en lokal metod för uppföljning av studentnöjdhet via enkät. Enkäten utgörs av samma frågor som ställs regionalt men datainsamlingsmetod har ökat antalet respondenter och på så sätt skapat mer tillförlitliga data.
- Ökad andel medarbetare med handledarkompetens enligt Regionens rekommendationer: Andelen medarbetare med adekvat handledarkompetens har med stor sannolikhet ökat. Information och kommunikation kring detta har skett till respektive FoUU-grupp. Vi saknar dock sätt att tillförlitligt mäta detta.

2.2.3 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet



Kommentar

Resultatet för delåret är 16 miljoner kronor vilket är 34 miljoner kronor sämre än resultatkravet. Utfallet innebär en avvikelse om cirka 0,8 procent av sjukhusets omsättning. I princip hela avvikelsen kan förklaras av sjukhusets bemanningskostnader i förhållande till budget varpå detta är en högt prioriterad punkt inom åtgärdsprogrammet för ekonomi i balans.

Prognosen helår 2026 är på minus 39 miljoner kronor vilket motsvarar minus 80 miljoner kronor mot resultatkravet.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Administrativa kostnader ska minska *(Regionfullmäktige)*	55,6 mkr	57 mkr		101 mkr	Enligt budget 2 026

Kommentar

Kostnader är lägre än budgeterat och verksamheterna har dessutom en del utlån till RLK vilket sjukhuset kompenseras för på intäktssidan.

Minskade administrativa kostnader är en del av sjukhusets åtgärdsplan. Generellt räknas även de administrativa enheternas budget upp i en lägre takt än övriga delar av sjukhuset. Under 2026 genomförs en del omorganisationer inom administrativa enheter, vilket även det kan leda till lägre kostnader.

Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

Kommentar

Danderyds sjukhus arbetar främst med konsumtion av varor och tjänster som bedöms leda till störst utsläpp av klimatpåverkande gaser. Användningen av medicinsk utrustning och förbrukningsvaror, särskilt engångsprodukter i fossilbaserade material, står för de största utsläppen. Men även användningen av medicinska gaser, tjänste- och arbetsresor, hantering av läkemedel samt patientmåltider som serveras leder till utsläpp. Förändrade arbetssätt inom vård- och serviceprocesser är avhängigt för att nå målet. Utgångspunkt för arbetet är cirkularitetsprinciperna och integrera dessa i relevanta processer. Vidare att koppla cirkularitetsarbete till uppdraget inom kloka kliniska och administrativa val. Några exempel på detta arbete är att undvika dubbelprovtagningar, se över uppdukning som vid anläggande av spinalbedövning och öka användning av intravenös administrering av järn vid järnbristanemi med färre blodtransfusioner som resultat. Detta arbete inom kloka kliniska val bedöms bland annat resultera i minskad användning engångsmaterial och minskat restavfall. Dock är det svårt att mäta miljöeffekten av ett ”klok kliniskt val” då det kan leda till en annan behandling som är till gagn för patienten. Däremot har sjukhuset uppföljningsmetod, som kopplar ihop kloka kliniska och administrativa val och miljöpåverkan, påtagligt förbättrat möjligheterna att fånga upp pågående förbättringsarbete och se prioriterade processer.

När det gäller medicinteknisk (MT) utrustning undersöker sjukhusets MT-enhet möjligheter att utöka teknisk livslängd för apparatur. De regulatoriska utmaningarna är många. Vidare har MT-enheten säkerställt ökad cirkulering av apparatur. Utöver detta pågår arbete på avdelningar och mottagningar att minska svinn och onödig användning av valda engångsprodukter. Exempelvis har inköp av undersökningshandskar minskat med cirka 4 procent jämfört med 2025 januari-juli för hela sjukhuset.

Danderyds sjukhus har infört cirkulära förkläden på de flesta avdelningar och mottagningar. De cirkulära förklädena står för cirka 70 procent av totala inköpen av förkläden januari-juli 2026 jämfört med januari-juli 2025. Andelen felsorteringar i den senaste sorteringsmätningen av cirkulationsavfallet med cirkulära förkläden uppgick endast till cirka 1 procent. Således är återvinningsgraden hög avseende cirkulationsavfallet. Däremot har sjukhusets totala textilsvinn ökat med 17 procent jämfört mellan mätperiod juli-juli 2025 och juli-juli 2026. Avseende textilsvinn kommer sjukhuset genomföra riktade informationsinsatser hösten 2026. Arbete med omtag av användning av flergångsspekulum- och depressorer pågår samt innovation- och forskningsprojekt för att minska klimatpåverkan från operation, exempelvis övergång till flergångstextilier. Det pågår också fortsatt arbete med att förbättra kvaliteten av källsorterat avfall och tillvarata använda möbler och viss elektrisk utrustning för återbruk.

Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling



Kommentar

På Danderyds sjukhus pågår ett systematiskt och långsiktigt arbete med frågor inom social hållbarhet. Det handlar om att se till alla som behöver vård får vård, att sjukhuset tillgänglighetsanpassar och inte diskriminerar. Sjukhuset gör även insatser för god folkhälsa, vilket är en förutsättning för en hållbar utveckling i samhället, samt tillämpar regionens uppförandekod vid upphandling. Verksamheterna arbetar med att förebygga och motverka diskriminering enligt de sju diskrimineringsgrunderna. Det handlar bland annat om att öka medvetenhet och kompetens inom diskrimineringsfrågorna med fokus på bemötande samt kommunikation/information i vårdsituation. Sjukhuset har samlat information på intranätet för att medarbetare enkelt ska hitta verktyg och utbildningar inom diskrimineringsområdet. Arbetet pågår enligt plan.

2.2.4 Kompetensförsörjningen är långsiktig

Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare



Kommentar

Från och med 2026 har Danderyds sjukhus valt att särskilt följa kvarstannandet vid 36 månader för sjuksköterskor och barnmorskor och satt målet att kvarstannande ska öka. Vid analys framkommer att just denna grupp har ett kvarstannande som i större utsträckning än andra yrkesgrupper reduceras vid jämförelse kvarstannande vid 12 och 24 månader.

Danderyds sjukhus Kvarstannande Sjuksköterska/barnmorska	12 mån	24 mån	36 mån
2026–08	86%	75%	65%
2025–08	86%	73%	64%
2024–08	84%	70%	60%

Utvecklingen för gruppen i jämförelse med tidigare år är positiv. Kontinuerligt arbete med behålla perspektivet, arbetsmiljö och friskfaktorer är av stor vikt för att Danderyds sjukhus fortsatt ska vara en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare och för att sjukhuset ytterligare ska kunna öka kvarstannandet generellt och för denna yrkesgrupp.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning *(Regionfullmäktige)*	99,7 %	99,5 %		99 %	99 %

Kommentar

Danderyds sjukhus fortsätter att minska den inhyrda bemanningen och nivåerna har under året varit väldigt låga. Vid utgången av augusti 2026 var egen personal i förhållande till inhyrd bemanning 99,7 procent, att jämföra med

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde

motsvarande period föregående år på 99,5 procent.

Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Kommentar

OSA kartläggning och SAM uppföljning

Samtliga verksamheter har tagit fram handlingsplaner med utgångspunkt från resultatet av 2025 års medarbetarundersökning och den årliga systematiska uppföljningen av arbetsmiljöarbetet. Sammantaget visar uppföljningen att flera centrala delar i arbetsmiljöarbetet har stärkts. Arbetet med riskbedömningar, skyddsronder och handlingsplaner är mer etablerat, arbetsplatsträffar (APT) används i större omfattning som forum för dialog om arbetsmiljöfrågor och samverkan med skyddsombud och medarbetare har stärkts. Cheferna upplever tydligare rutiner, bättre stöd och ökad trygghet i sitt arbetsmiljöuppdrag. OSA-kartläggningen bekräftar denna positiva bild med fortsatt höga HME-nivåer, där medarbetarna framhåller gott ledarskap, starkt kollegialt stöd, meningsfullhet i arbetet och en tydligare koppling mellan resultat och förbättringsåtgärder.

Uppföljningen visar också på flera viktiga utvecklingsområden. På enhets- och avdelningsnivå handlar det framför allt om att gå från struktur till faktisk avlastning i vardagen genom bättre förutsättningar för återhämtning, hantering av krav och arbetsbelastning samt mer ändamålsenlig schemaläggning och bemanning. Behovet av att vidareutveckla mål, uppföljning och delaktighet i arbetsmiljöarbetet är fortsatt stort. Inom området utsatthet kvarstår utmaningar då andelen som rapporterar hot och våld ligger över Region Stockholms målnivå.

På sjukhusövergripande nivå har behov identifierats av att fortsätta tydliggöra mål och prioriteringar, utveckla metodstöd och riktlinjer inom arbetsmiljöområdet samt att stärka det förebyggande arbetet kring hot, våld och kränkningar. Sammantaget ger 2025 års uppföljning en stabil grund att bygga vidare på, men tydliggör behovet av fördjupat arbete med återhämtning, krav, organisatorisk tydlighet och utsatthet i nära samverkan mellan chefer, medarbetare och skyddsombud. En resultatrapport över Danderyds sjukhus SAM uppföljning för år 2025 sammanställdes under juni månad och finns publicerad på sjukhusets intranät.

Hot och/eller våld

Måluppfyllelse avseende hot och våld mäts i den årliga OSA-kartläggningen. Resultatet för 2025 visade att 11 procent av de svarande hade utsatts för någon form av hot eller våld, vilket innebär en ökning jämfört med föregående år då siffran låg på 9 procent. Danderyds sjukhus ligger därmed fortfarande över det uppsatta målvärdet, som är ≤ 8 procent för 2026.

Inom området hot och våld har ett flertal satsningar genomförts under de senaste åren,

bland annat VR-träning för att öva bemötande i hot- och våldssituationer samt flera utbildningar och workshops. Under 2026 fortsätter Danderyds sjukhus med verksamhetsanpassade utbildningar och föreläsningar. Danderyds sjukhus har också sedan tidigare tagit fram en lokal riktlinje för hot och våld samt en särskild skyddsrond för hot och våld.

Region Stockholm implementerade under våren 2026 ett APT-material och en tillämpningsanvisning om hot och våld. Materialet ska utgöra stöd i det förebyggande arbetet och riktar sig till chefer, skyddsombud och medarbetare. För närvarande pågår också ett regionsövergripande arbete med en ny upphandling av VR-teknik, vilket medför att VR-träningen tillfälligt är pausad. Träningen beräknas kunna återupptas under hösten 2026.

Övriga insatser består av löpande information på arbetsplatsträffar från beredskapsavdelningen om hur vi ska agera när något händer.

För att ytterligare stärka verksamheten i arbetet med utsatthetsfrågor har en sjukhusövergripande riktlinje tagits fram för situationer där patient eller närstående kränker eller diskriminerar personal. Syftet är att utgöra stöd för medarbetare, chefer och studenter i det förebyggande och efterhjälpande arbetet.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel sjukfrånvaro *(Regionfullmäktige)*	6,1 %	6,3 %	◆	<6 %	<6 %

Kommentar

Sjukfrånvaron har i perioden minskat från 6,3 procent till 6,1 procent jämfört med motsvarande period föregående år. Det är fortsatt en bit kvar till regionens mål helår 2026 på 6 procent. Det finns dock en säsongsvariation vad gäller sjukfrånvaron då den är högre under infektionssäsongen vintertid och lägre sommarhalvåret då den oftast är lägre än målvärdet helår 6 procent.

2.3 Uppdrag

Akutsjukhusnämnden Danderyds sjukhus uppdrag rapporteras under ovan avsnitt 2.2.1.

2.4 Intern kontroll

2.4.1 Arbetet med intern kontroll

Danderyds sjukhus fortsätter att utveckla och förbättra arbetet med den interna kontrollen. I riskanalysen är de risker som löpande ska hanteras eller kräver bevakning identifierade. Till dessa risker finns även kontrollmoment och/eller åtgärder kopplade, vilka följs upp löpande. Syftet är att vara proaktiv och snabbt kunna reagera om åtgärderna inte har avsedd effekt. Både sjukhusets ledningsgrupp och nämnd får löpande information om riskhantering och resultatet av såväl kontroller som de åtgärder som vidtas för att komma till rätta med avvikelser.

2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller

Danderyds sjukhus gör riskanalyser enligt COSO-modellen av samtliga identifierade

risker. Vård i rätt tid vad gäller akutflödet och ekonomi i balans är områdena med högst risk. Båda dessa områden är sjukhusets högsta prioritet och det finns både kontrollmoment och åtgärder för att hantera riskerna.

2.4.3 Försäkran

Nämnden har försäkrat sig om att man genom förvaltningschefen vidtagit nödvändiga åtgärder för att uppnå en tillräcklig intern kontroll inom verksamheten, i enlighet med riktlinjen för intern kontroll (RS 2024-0510, RS 2022–0326).

3 Verksamhet

3.1 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Besök, akuta	84 812	80 919	3 893	4,5 %	127 372	122 815
Besök, elektiva	229 217	221 110	8 107	-1 %	348 270	340 918
Öppenvårdsbesök, totalt	**314 029**	**302 029**	**12 000**	**0,4 %**	**475 642**	**463 733**
- varav utomlän/utland	7 821	7 555	266	-2,9 %	10 052	11 722
Slutenvårdstillfällen, akuta	26 717	26 148	569	2,3 %	40 257	39 449
Slutenvårdstillfällen, elektiva	5 214	5 068	146	0,9 %	7 941	7 668
Slutenvårdstillfällen, totalt	**31 931**	**31 216**	**715**	**2,1 %**	**48 198**	**47 117**
- varav förlossning, totalt	3 169	3 392	-223	-2,9 %	4 500	4 800
- varav utomlän/utland	1 071	1 043	28	6,4 %	1 518	1 602
Antal vårdplatser	**440**	**425**	**15**	**2,6 %**	**0**	**450**

3.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Danderyds sjukhus har en måluppfyllelse DRG-poäng för perioden januari-augusti 2026 som motsvarar 104,7 procent av sjukhusuppdragets beslutade volymer. Denna måluppfyllelse är exklusive omräkning av den dagvård som görs inom öppenvård men där avtalade volymer ligger inom slutenvård. Att sjukhusuppdragets volymer inte korrigerades med den dagvård som utfördes 2024, och utökades under 2025 innebär att Danderyds sjukhus har ett högre effektiviseringskrav inbyggt i sin budget 2026 än vad regionens budgetförutsättningar beskriver. Sjukhuset har genomfört en förändring inom geriatrik, där remittering numera får ske även till andra privata vårdgivare inom geriatrik, något som inte fick ske tidigare. Denna förändring innebär att sjukhuset får kortare vårdtider och därmed även fler vårdtillfällen som inte är inräknade i sjukhusets avtal, detta innebär att sjukhuset tillsammans med HSF kommer räkna bort viss vård från utfallet. Preliminära beräkningar för utfallet fram till augusti är 128 vårdtillfällen, vilket innebär 105 poäng. Denna avräkning är inte med i sjukhusets beräknade måluppfyllelse, med avräkningen hamnar sjukhuset på en måluppfyllelse motsvarande 104,4 procent för perioden.

Danderyds sjukhus har för år 2026 planerat för en produktion som överstiger sjukhusuppdraget med 1,7 procent, mot vår interna planering ligger sjukhuset på en måluppfyllelse DRG-poäng som motsvarar 102,9 procent till och med augusti. Sjukhuset har också internt budgeterat för en produktion över beställning på intäkts- och kostnadssidan.

Slutenvården antal vårdtillfällen

Mätt i antal vårdtillfällen totalt har Danderyds sjukhus producerat 715 fler vårdtillfällen

mot budget, där utomläns-/utrikes står för 28 fler vårdtillfällen. Sjukhuset producerar fler vårdtillfällen mot avtal inom både akut och elektiv vård. Jämfört med föregående år har medelvårdtiden ökat inom Infektion med 0,4 dagar (8,2 procent). En anledning till de ökade medelvårdtiderna inom Infektion är den ansträngda infektionssäsongen i början av året som påverkade vårdtiderna negativt, vilket man kan se på sjukhusets mätning av konstaterad smitta, där både influensa och noro-virus var långt över föregående år. Smittläget har från andra halvan av mars och framåt stabiliserat sig på mer normala nivåer.

Mot föregående år producerar sjukhuset mer inom slutenvården totalt, vilket kan förklaras av fler disponibla vårdplatser under 2026 jämfört med 2025.

Öppenvården antal besök

Danderyds sjukhus producerar fler besök jämfört med sjukhusuppdraget inom både akut och elektiv vård. Inom den akuta verksamheten producerar alla specialiteter med akutmottagning fler besök. De med störst ökning mot avtal är Gynekologi (+10,2 procent), Neurologi (+7,5 procent) och Hjärtmedicin (+6,8 procent). Inom den elektiva verksamheten är det endast Ortopedi, Geriatrik och Rehabiliteringsmedicin som inte når sina beslutade volymer, där sjukhuset ser en minskning jämfört med sjukhusuppdraget under sommaren. Störst ökning jämfört med sjukhusuppdraget ligger inom Hematologi (56,4 procent), en verksamhet som också har höga kostnader framför allt inom laboratorieanalyser och läkemedel.

Danderyds sjukhus producerar mer jämfört med föregående år inom akut öppenvård. Sjukhuset producerar mindre jämfört med föregående år inom elektiv öppenvård, den största anledningen till detta är en registreringsförändring mellan 2025 och 2026, där alla konferenser om patient (utan patientkontakt) inte längre räknas som besök 2026. Denna förändring kommer innebära att sjukhuset tappar mer än 10 000 elektiva besök 2026 jämfört med 2025.

Vårdplatser

Danderyds sjukhus har 440 disponibla vårdplatser öppna i augusti, vilket är 15 fler vårdplatser jämfört med inrapporterad budget vårdplatser för augusti. Jämfört med föregående år har sjukhuset 11 fler vårdplatser öppna under augusti. Verksamheter som har fler vårdplatser öppna är Infektion (+3 vårdplatser), Internmedicin (+2 vårdplatser), Obstetrik (+2 vårdplatser), Kirurgi (+3 vårdplatser) och Ortopedi (+4 vårdplatser). Sjukhuset arbetar aktivt för att säkerställa att vårdplatskapaciteten följer vårdbehovet och kommer att fortsätta att justera detta framåt.

3.1.2 Prognos i jämförelse med budget

Slutenvård

Danderyds sjukhus prognostiserar en produktion över sjukhusuppdraget inom slutenvården för både akut och elektiv vård.

Danderyds sjukhus prognostiserar 4 500 förlossningar för helår 2026, vilket är under avtalat antal på 4 800 förlossningar.

Öppenvård

Danderyds sjukhus prognostiserar en produktion över sjukhusuppdraget inom

öppenvården för både akut och elektiv vård.

Poäng

Mot sjukhusuppdragets målvolym prognostiserar Danderyds sjukhus en måluppfyllelse på 104,0 procent, vilket inkluderar avräkning för ändrat arbetssätt inom Geriatrik, där sjukhuset numera får remittera till andra vårdgivare inom geriatrik. Detta nya arbetssätt resulterar i kortare medelvårdtider som genererar extra vårdtillfällen som inte fanns med i sjukhusuppdraget för 2026. Danderyds sjukhus har lagt en högre planering internt jämfört med sjukhusuppdraget, mot den interna planen prognostiserar sjukhuset en måluppfyllelse motsvarande 102,5 procent.

3.2 Produktivitet

	2025	2026	Produktivitetsförändring
Antal DRG-poäng per HÅA närvaro (inkl inhyrd pers)	12,62	13,48	6,8%

Danderyds sjukhus har förbättrat produktiviteten med 6,8 procent jämfört med föregående år vid beräkning av antal producerade DRG-poäng per helårsarbete närvaro. Detta sätt att mäta produktivitet är inte helt optimal då sjukhuset till exempel har vårdvalsverksamheter som inte ersätts enligt DRG, utan registreras på annat sätt och därmed inte producerar DRG-poäng. Vidare tar inte måttet hänsyn till poliklinisering av vård mellan åren, något som sjukhuset alltid har som avsikt att öka när möjlighet finns.

Arbetet med att förbättra produktiviteten pågår ständigt. Danderyds sjukhus arbetar med att effektivisera både akuta såväl som elektiva vårdflöden. Sjukhuset arbetar även med att effektivisera vården utanför sjukhuset, det vill säga arbeta proaktivt för att rätt behandling ska sättas in tidigare på lägre vårdnivå genom mer kontakt med primärvården för att utbilda/konsultera. Detta för att undvika att patienterna blir så pass sjuka att de kräver vård på akutsjukhuset.

Danderyds sjukhus arbetar med utdataverktyget QlikView/Qlik Sense, där vi med hjälp av nyckeltal ger information till verksamheterna och ledningen för att ytterligare kunna förbättra flödena inom sjukhuset. Sjukhuset har även utvecklat applikationer inom Qlik som hjälper de medicinska sekreterarna att koda mer korrekt.

DRG-poäng per HÅA är inte ett helt optimalt produktivitetsmått att använda sig av då sjukhus som ligger långt fram med nya arbetssätt kan missgynnas. Exempel på detta är när vård som enligt regelverket inte får registreras som vårdkontakter tar upp en allt större andel av den totala produktionen, utförd vård som därmed inte kommer med i denna typ av jämförelser. Ett antal aktuella exempel för 2026 återfinns inom hemmonitorering, frågeremisser och konsultationer. För att förbättra produktivitetsmåttet är det viktigt att hitta sätt att synliggöra även den "osynliga" vård som bedrivs av de helårsarbete närvaro som är med i måttet men som inte blir DRG-poäng. En lösning på detta kan vara att införa administrativa vårdkontakter för till exempel hemmonitorering, frågeremisser och konsultationer som blir en allt större del av sjukhusproduktionen.

4 Personal

Upprättande av FoUUi-organisation

För att kunna vidareutveckla Danderyds sjukhus starka forsknings- utbildnings- och innovationsmiljö startades en FoUUi-organisation upp den 1 april 2026. Förväntan är att sjukhuset under ledning av sjukhusets nya FoUUi-direktör kan vidareutveckla de goda samarbeten som finns med Karolinska Institutet och aktörer inom life science i Region Stockholm. Som ett led i detta arbete har en chef för det nyinrättade centrum för kliniska studier Danderyds sjukhus (CKDS) anställts. CKDS kommer att vidareutveckla sjukhusets arbete med kliniska prövningar. Tillsammans med Karolinska Instituts institution KIDS kommer en ny FoUUi strategi för 2027–2030 utarbetas under hösten 2026.

Operationspiloten

Operationspiloten är ett uppdrag och projekt i Region Stockholms budget för 2025. Projektet bygger på att schemalagd återhämtning läggs som en del av arbetstiden för medarbetare inom de opererande verksamheterna. Sjuksköterskor och undersköterskor omfattas. Inför den första schemaperioden som startade strax innan årsskiftet hade 100 medarbetare vid Danderyds Sjukhus anmält intresse av att omfattas av piloten. När schemaperiod två påbörjades den 9 februari hade siffran vuxit till 130 medarbetare. Under semesterperioden (juni-augusti) lades ingen återhämtningstid ut mot bakgrund av regleringen i kollektivavtalet. Piloten och återhämtningstiden återupptas igen med start i september och fortsätter året ut.

Målutvärdering är planerad till kvartal 4 (1 november).

Implementering av Kompetenstorget

I januari lanserade Region Stockholm och Danderyds sjukhus det nya IT-stödet Kompetenstorget. Syftet är att skapa en enhetlig struktur för kompetensplanering och kompetensutveckling och därigenom stärka den strategiska kompetensförsörjningen.

Lokalt arbete pågår efter införandet med att implementera Kompetenstorget och skapa bästa möjliga förutsättningar att arbeta i enlighet med regionens gemensamma kompetensplaneringsprocess. Arbetet sker i nära samverkan mellan lokal systemförvaltning och lokalt processansvariga. Målet är att under 2026 etablera en robust förvaltnings- och supportstruktur för Kompetenstorget med bland annat chefsstöd och utbildningsinsatser under hösten. Utöver implementeringsarbetet bedrivs ett löpande utvecklingsarbete av systemet och dess funktioner. Danderyds sjukhus medverkar aktivt i det regionala utvecklingsarbetet genom deltagande i regiongemensamma forum kopplade till Kompetenstorget samt i olika regionala arbetsgrupper.

Under hösten 2026 erbjuds samtliga chefer på sjukhuset utbildning för att kunna genomföra och dokumentera medarbetarsamtal med stöd av Kompetenstorget. Utbildningen är gemensam för sjukhusets chefer och de verksamhetsnära stödfunktionerna HR-partners och Utbildningsledare. Därigenom stärker sjukhuset förutsättningarna för fortsatt implementering av Kompetenstorget och arbete i enlighet med regionens gemensamma kompetensplaneringsprocess.

DS Kliniska introduktionsprogram för nyexaminerade sjuksköterskor

Danderyds sjukhus har sedan tidigare erbjudit ett traineeprogram för sjuksköterskor, som varit en väldigt uppskattad satsning. Samtidigt har sjukhuset identifierat behov av att skapa likvärdiga förutsättningar för alla nyexaminerade sjuksköterskor som anställs på sjukhuset och ge dem en strukturerad och trygg start i yrkesrollen.

Under september 2026 införs därför DS Kliniska introduktionsprogram för sjuksköterskor (KIP), ett nytt sjukhusgemensamt och obligatoriskt introduktionsprogram för nyexaminerade tillsvidareanställda sjuksköterskor. I och med denna satsning fasas befintligt traineeprogram ut. Programmet ersätter också tidigare Klinisk basutbildning för sjuksköterskor, kompletterar verksamheternas lokala introduktion och motsvarar steg 1 i regionens kompetensstege. Syftet är att säkerställa en jämlik och strukturerad introduktion som stärker klinisk kompetens och trygghet i yrkesrollen, bidrar till en patientsäker vård samt skapar en grund för fortsatt kompetens- och karriärutveckling.

Under perioden har arbetet fokuserat på att utveckla och färdigställa programinnehållet, samordna utbildare och föreläsare från verksamheterna, samordna lokalbokningar och övrig praktisk logistik samt genomföra kommunikations- och förankringsinsatser inför implementeringen. Den första programomgången startar den 15 september och är fullbokad.

Samlad organisation för de medicinska sekreterarna

Nya tekniska möjligheter såsom tal till text, taligenkänning och incheckningsterminaler är några exempel på utvecklingen inom digitalisering och automatisering i hälso- och sjukvården. Därför har sjukhusets ledningsgrupp under våren arbetat fram ett förslag på att samla sjukhusets medicinska sekreterare i en gemensam organisation. Sjukhusledningen ser också att rollen som medicinsk sekreterare behöver utvecklas över tid i takt med verksamhetens behov och den tekniska utvecklingen. Andra mål i förändringsarbetet är att öka robusthet och minska sårbarheter till exempel vid sommaren eller vid hög belastning, att bättre kunna balansera resurser och kompetens för att skapa störst nytta för sjukhuset.

Intensivt arbete kommer att pågå under hösten och måldatum för genomförandet är kommande årsskifte.

Nytt schemaläggningssystem

Arbete har under året påbörjats med införande av det nya bemanningsplanerings- och schemasystemet ”Tessa”. Införandet styrs via ett centralt införandeprojekt och flera delprojekt. Inom delprojektet Akutsjukhusnämnden, där Danderyd ingår, har arbetet påbörjats genom att en projektgrupp finns utsedd som initialt arbetat med identifiering av pilotverksamheter, analyser och övergripande tidplan. Det utreds fortfarande när det nya systemet kan finnas på plats men förhoppningar finns om att kunna påbörja pilotarbetet under första halvan av 2027. Införandet kommer kräva stora lokala insatser i form av utbildning och anpassade arbetssätt.

4.1 Uppföljning avsatta medel

4.1.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö

Aktiviteterna inom projektet Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö består fortsatt av insatser inom tre områden: att förstärka arbetsmiljökompetensen för chefer, skyddsombud och medarbetare inom SAM, OSA och arbetslivsinriktad rehabilitering, att sänka sjukfrånvaron samt satsningen DS satsar friskt, som omfattar förebyggande insatser.

Under perioden januari–augusti 2026 har satsningarna på att stärka arbetsmiljökompetensen fortsatt. Riktade insatser på både individ- och gruppnivå har genomförts genom aktivitetsprogram inom arbetslivsinriktad rehabilitering, livsstilsprogram samt grupphandledning och teamutveckling på avdelningar där det funnits behov kopplat till konflikter.

En av de mer omfattande insatserna för att sänka sjukfrånvaron är programmet Vägen framåt, ett förebyggande rehabiliteringsprogram som syftar till att stötta medarbetare som riskerar längre sjukfrånvaro. Programmet har fortsatt under våren 2026. För yrkesgruppen undersköterskor planeras särskilda insatser för att minska sjukfrånvaron på sikt, bland annat genom fortsatt kartläggning som startade 2025, träning och återhämtning samt individuella program såsom medicinsk yoga, nybörjarträning och digitalt balansprogram.

En e-utbildning inom rehabmodulen HälsoSAM togs fram av HR-avdelningen före årsskiftet. Syftet är att modernisera, effektivisera och förenkla chefernas arbete med rehabilitering. Under våren 2026 tillsattes också en rehab specialist för att ytterligare öka stödet till chefer i rehabiliteringsarbetet. Under hösten 2026 fortsätter fördjupningsutbildningar inom arbetsplatsinriktad rehabilitering för chefer och HR-partners, och samarbetet med DS Hälsa och personalgymmet ”Lyftet” fortsätter för att stärka det förebyggande arbetet. Riktade insatser har också genomförts för verksamheter med behov för att stärka kunskaperna inom området hot och våld.

Liksom föregående år har varje verksamhetsområde tilldelats riktade medel för aktiviteter baserade på identifierade behov inom arbetsmiljöområdet.

4.1.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning

Förutom insatser kopplat mot implementering av Kompetenstorget och uppstarten av DS Kliniska introduktionsprogram för nyexaminerade sjuksköterskor, vilket beskrivs under rubriken personal, arbetar sjukhuset med följande satsningar och aktiviteter:

Verksamhetsintegrerat lärande

Sjukhuset fortsätter under 2026 att prioritera handledarutbildning för medarbetare, chefer och utbildningsansvariga i kliniska verksamheter där studenter utbildas, i linje med Region Stockholms rekommendationer för handledarutbildning. Riktade aktiviteter under året är:

- Handledarutbildningar för medarbetare prioriteras, med oktober som särskild fokusmånad för att uppmärksamma och stärka handledarkompetensen.
- Handledarutbildning för chefer och utbildningsansvariga genomförs genom ledardialog och sjukhusövergripande introduktionsprogram.

- Handledarintroduktioner och workshops för handledande sjuksköterskor genomförs löpande under vår- och hösttermin.

Kompetensstegar

I samband med införandet av Kompetenstorget har de regiongemensamma kompetensstegarna integrerats i IT-stödet för kompetensplanering och kompetensutveckling. Under perioden har fokus legat på att etablera arbetssätt och öka kunskapen om hur kompetensstegarna används i praktiken. Danderyds sjukhus deltar i en regional arbetsgrupp med uppdrag att ta fram informations- och utbildningsmaterial riktat till chefer. Parallellt pågår arbete med att uppdatera stödmaterial för respektive kompetenssteg, vilket planeras att färdigställas under hösten.

Revideringen av kompetensstegarna för biomedicinska analytiker inom klinisk fysiologi samt för röntgensjuksköterskor är slutförd. Nästa steg är information och förankring med fackliga representanter.

Det strategiska arbetet med att tydliggöra inriktning och struktur för stegtjänster inom nivåerna 5–7 för sjuksköterskor på Danderyds sjukhus fortsätter. Under hösten planeras fortsatt dialog mellan chefsjuksköterska, FoUUi-direktör och sjukhusets bedömargrupp för stegtjänster.

Påbyggnadsutbildning för sjuksköterskor

Planering av en påbyggnadsutbildning för sjuksköterskor kommer att påbörjas under hösten 2026. Utbildningen ska bygga vidare på DS Kliniska introduktionsprogram för sjuksköterskor och skapa förutsättningar för en fortsatt strukturerad kompetensutveckling motsvarande steg 2 i regionens kompetensstege. Befintligt utbildningsinnehåll och tidigare framtaget utbildningsmaterial kommer att inventeras och vid behov revideras utifrån introduktionsprogrammets innehåll och verksamheternas behov. Ambitionen kvarstår att på sikt utveckla en gemensam struktur för kompetensutveckling inom steg 3 och 4 i kompetensstegen för sjuksköterskor, i samverkan med övriga förvaltningar inom Akutsjukvårdsnämnden.

Påbyggnadsutbildning för undersköterskor

För undersköterskor på Danderyds sjukhus har Klinisk basutbildning steg 1 fortsatt som en sjukhusgemensam utbildningsinsats för att säkerställa grundläggande kompetens. Vårterminens kursomgång genomfördes enligt plan med 19 deltagare av 20 tillgängliga platser och med god närvaro. Den planerade kursomgången hösten 2026 har däremot ställts in på grund av ett lågt antal anmälningar. Under hösten genomförs därför en kartläggning och omvärldsbevakning för att identifiera möjliga orsaker till det låga antalet anmälningar och skapa ett bättre underlag för utbildningens fortsatta utformning och genomförande. Planen är att återuppta utbildningen under vårterminen 2027.

Utbildning perifer venkateter

Den sjukhusövergripande utbildningsinsatsen för perifer venkateter (PVK), med syfte att stärka medarbetarnas kompetens inom inläggning, handhavande och avlägsnande av PVK samt vid misstänkt eller konstaterad komplikation, har färdigställts och

lanseras i slutet av augusti 2026. Insatsen omfattar en sjukhusgemensam riktlinje, en e-kurs i Kompetenstorget, utbildningsmaterial samt en aktivitetsbank med stöd för verksamheternas lokala implementering. Under hösten följs genomförandet och resultatet av insatsen upp som underlag för fortsatt utvecklingsarbete.

Nedtrappning AT och övergång till ny ST-föreskrift

Inför nedtrappning av AT och övergång till ny ST-föreskrift genomförs utbildningsinsatser för handledare med fokus på handledarskap och bedömningsmetoder. Under perioden har också ledarskaps- och vetenskapliga utbildningar genomförts för målgruppen ST-läkare.

Digitalisering av sakkunnigprövningsprocessen

I april 2026 infördes en ny rutin inom ASN vid rekrytering av specialistkompetenta läkare. Syftet var dels att hitta en gemensam process inom ASN vid rekrytering av specialistkompetenta läkare, dels att effektivisera en tidskrävande och administrativ tung process. Den nya processen innebär bland annat att sakkunnigprövningsförfarandet sker digitalt i rekryteringssystemet Varbi för att underlätta och effektivera för såväl kandidater som arbetsgivare (rekryterande chef och HR) och sakkunniggrupp.

Utfallet har hittills varit positivt med en tydlig minskad administrativ tidsåtgång.

DLD och dyslexi genom livet

I mars 2026 anordnade Logopedkliniken en nationell konferens i Stockholm med titeln ”DLD och dyslexi genom livet”. DLD är den vanligaste förekommande utvecklingsavvikelsen i barndomen och många får bestående svårigheter genom livet, vilket är relativt okänt hos allmänheten. Ett syfte med konferensen, förutom fortbildning av logopederna, var att rikta uppmärksamheten på dessa patientgrupper för att öka kunskapen om och förståelsen för funktionsnedsättningarna.

250 logopeder från hela Sverige närvarade under dagarna som innehöll presentationer av aktuell forskning, både av svenska och internationella forskare inom de båda ämnesområdena.

För att belysa situationen för personer med DLD/dyslexi i samhället och diskutera framtida åtgärder i syfte att öka kunskapen om dessa relativt okända funktionsnedsättningar, arrangerades även ett panelsamtal bestående av olika patientföreträdare, politiker och vårdgivare.

Som sista punkt i konferensprogrammet intervjuades H.K.H. Prins Carl Philip på scenen och delade mycket generöst och frikostigt med sig av sina egna erfarenheter av dyslexi och vad det har inneburit för honom, vilket uppskattades mycket av deltagarna.

Konferensen har fått stor genklang i Sverige, både inom logopedkåren och bland allmänheten, inte minst genom de artiklar som publicerades i DN under sommaren om att leva med DLD.

Beredskap, information och cybersäkerhet

Sjukhuset arbetar löpande med utbildningsinsatser för att stärka kompetensen hos alla medarbetare inom beredskap-, informations- och cybersäkerhetsområdet.

Under våren arrangerade Katastrofmedicinskt Centrum en huvudinstruktörsutbildning i konceptet Stoppa Blödningen. 18 personer från sjukhuset, från flera olika verksamhetsområden, är nu utbildade huvudinstruktörer och kan i sin tur utbilda både instruktörer och användare. I samband med detta köptes också sårattrapper och annan övningsutrustning in och dessa kommer att finnas tillgänglig för de som vill låna vid kommande utbildningar.

Kompetensen runt informationssäkerhet är något sjukhuset kontinuerligt arbetar med. Under 2025 och 2026 har sjukhuset genomfört en nano-utbildning - korta lektioner, anpassade till sjukhusets verksamhet och utspridda över tid. Flera medarbetare rapporterar en tydlig beteendeförändring där de är mer uppmärksamma på misstänkta länkar och mejl, både på arbetsplatsen och privat. Under utbildningen genomfördes även simulerade nätfiskeförsök, något som beskrivs återkommande som den mest minnesvärda och effektiva delen där “verklig” träning ger insikter som teori inte kan. Det finns en utbredd efterfrågan på regelbunden repetition och kursen har jämförts med obligatorisk återkommande träning som HLR och brandutbildning. Utbildningsformatet lyfts som den enskilt mest positiva faktorn där lektionerna är lätta att få in i en pressad klinisk arbetsdag.

AI-assistent HR

Under första tertialet lanserades AI-assistent HR för sjukhusets chefer. Tjänsten hämtar information från sjukhusets och regionens intranät och andra relevanta webbsidor. Alla svar är applicerbara för vad som gäller på Danderyds sjukhus, antingen specifikt utifrån lokal process/rutin eller utifrån regionala och nationella riktlinjer och lagar.

Inledningsvis har cheferna kunnat få stöd med frågor kopplat till områdena anställning och avslut, arbetstid och schemaläggning, arbetsmiljö, sjukdom och rehabilitering, facklig samverkan, introduktion för nyanställda, ledighet och frånvaro, lön och ersättningar samt rekrytering.

4.1.3 Chefsförsörjning, ledarskap- och medarbetarskap i hela Region Stockholm

Utifrån DS delegerade ansvar för ledarutbildningen ”Att leda utan att vara chef” har åtta kursomgångar arrangerats och genomförts under våren och sex har arrangerats för hösten.
Vårens kursutvärderingar liksom den höga efterfrågan på kursplatser visar att kursen fortsätter att vara mycket uppskattad.

Under perioden har en analys av DS Chefsintroduktionsprogram genomförts. Hittills har programmet startat upp två ggr/år med en kursstart under våren och en under hösten. Resultatet av analysen har lett till ett omtag. Modulerna i chefsintroduktionsprogrammet kommer nu i stället att förläggas över ett år så att en ny chef kan starta programmet i den modul som är aktuell vid dennes start och sedan fortsätta därifrån. På så sätt behöver inte ny kursstart inväntas samtidigt som det blir en effektivisering när varje modul hålls endast en gång/år och då med fler deltagare.

Under perioden har sjukhuset arrangerat ledardialoger och chefsmöten på exempelvis följande teman; “DS Prioriterade aktiviteter 2026”, ”Lansering och införande av

Kompetenstorget", "Nanoutbildning – Informationssäkerhet", "Löneöversyn 2026", "Delegering av läkemedelshantering" samt "DS Medarbetarskap med koppling till Kompetenstorget" samt Aktuell HR-och kommunikationsrelaterad chefsinformation; Nytt chefsbrev, DS-IN, Chefsintroduktion, Kliniskt introduktionsprogram (KIP), Utvecklingssamtal och KT, OSA, När patient och närstående kränker personal samt Våld i nära relationer.

Efterfrågan på individuell chefsutveckling liksom chefs-/ledarutveckling för läkare har under perioden varit ovanligt hög. Analysen visar att flera chefer och ledare nu genomfört DS obligatoriska utvecklingssteg för chefer och ledare som är förlagda under de första två åren. Flera av dessa insatser är Regionsgemensamma som exempelvis UL och IL. Både chefer och ledare har uppskattat dessa "paket" och önskar ytterligare fortsatt utveckling. Att DS under det senaste 2 åren fått flera nya verksamhetschefer och sektionschefer som genomgått ledarutvecklingsprogran som Morgondagens chef och DS eget Morgondagens ledare har också ökat efterfrågan på chef-och ledarutveckling för medarbetare med ledarpotential. Även efterfrågan på chefshandledning både på individ-och gruppnivå har ökat, framför allt kopplat till behov av stöd i anslutning till de olika förändringsarbeten som pågår på sjukhuset.

DS har nominerat två kandidater till Regionens chefsförsörjningsprogram "Morgondagens chef". samt två mentorer och tre adepter till Regionens "Mentor/adeptprogram". DS har även bidragit med kompetens till Regionens arbetsgrupp för utarbetande av kompetensmodell för 1:a linjens chef.

DS Medarbetarskap

Arbetet med att implementera sjukhusets nya medarbetarplattform fortgår. Under perioden har DS Medarbetarskap implementerats i ledningsgrupper, chefsgrupper samt i medarbetargrupper. Två ledardialoger har genomförts under perioden för att också underlätta att uppnå DS målsättning för 2026 är, att chefer och medarbetare förbereder och dokumenterar årets medarbetarsamtal i Kompetenstorget. Informations- och utbildningsmaterial liksom nyheter har publicerats på sjukhusets intranät med extra informationsmaterial för chefer på DS Chefsforum.

DS-Introduktion

Som ett led i sjukhusets introduktionsprocess har en nytt e-lärande "Välkommen till Danderyds sjukhus" samt en fysisk introduktionshalvdag för nyanställda, DS-IN, utarbetats under perioden. Syftet med dessa utbildningar är att ge en gemensam och tydlig introduktion till verksamheten, sjukhusets uppdrag samt de förväntningar som finns kopplade till medarbetarskap, patientsäkerhet och arbetsmiljö. Genom en strukturerad introduktionshalvdag säkerställs att samtliga nyanställda får en likvärdig introduktion till sjukhuset. Samtidigt skapas bättre förutsättningar för att nya medarbetare snabbt ska känna sig välkomna, trygga och delaktiga i organisationen. Introduktionshalvdagen genomförs sex gånger per år, tre tillfällen under våren och tre under hösten. Premiären av nya DS-IN genomfördes under T2.

4.2 Helårsarbeten

	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. % utfall fg år	Prognos år	Budget år
Närvaro	3 022	3 031	-9	0,5 %	3 230	3 017
Frånvaro	1 566	1 515	51	-2,7 %	1 332	1 493
Extratid	480	456	24	-3,2 %	461	482
Totalt	**5 068**	**5 002**	**66**	**-0,9 %**	**5 022**	**4 992**
Varav avtalad tid	4 589	4 546	43	-0,6 %	4 563	4 510

** Avtalad tid avser den sammanlagda tiden för närvaro och frånvaro och motsvarar sysselsättningsgraden i förhållande till aktuellt antal dagar under perioden.*
*** Budget rapporteras inte på extratid.*

4.2.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Danderyds sjukhus har lagt en budget för helårsarbete som innebär en tydlig nedåtgående trend under året vilket ska motsvara ett fortsatt åtgärdsprogram för att nå ekonomi i balans. En nedåtgående trend inom helårsarbetare (HÅA) jämfört mot föregående år går att urskilja men minskningen motsvarar inte budget.

Danderyds sjukhus beräknas behöva minska antal HÅA med cirka 150 under år 2026 för att nå en ekonomi i balans.

4.2.2 Prognos i jämförelse med budget

Antal helårsarbeten (HÅA) minskar inte i den önskade takten som krävs för att hålla ekonomi i balans. Det finns ett stort fokus på personalkostnader med stöd ifrån HR-partners och verksamhetscontrollers och där nya datadrivna uppföljningar tagits fram. Produktionen har ökat kraftigt hittills under år 2026 vilket påverkar behovet av HÅA. Jämfört mot tidigare lagd prognos har antal HÅA revideras upp något för att reflektera utvecklingen. Produktiviteten är kraftigt förbättrad jämfört med tidigare år.

4.3 Sjukfrånvaro

Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**6,11**	**6,40**
- varav kvinnor	*6,74*	*6,91*
- varav män	*3,60*	*4,37*
Fördelat på period		
1 - 14 dagar	*2,82*	*3,02*
15 - 90 dagar	*0,89*	*0,92*
91 - dagar	*2,40*	*2,45*

Den totala sjukfrånvaron uppgick vid utgången av augusti 2026 till totalt 6,1 procent. Detta innebär en minskning i jämförelse med år 2025 då den totala sjukfrånvaron uppgick till 6,4 procent. Utvecklingen visar att Danderyds sjukhus nu ligger mycket nära målnivån om en sjukfrånvaro under 6 procent.

Danderyds sjukhus	Dag 1–14		Dag 15–90		Dag >90		Totalt	
Period jan-augusti	2025	2026	2025	2026	2025	2026	2025	2026
Läkare	1,56%	1,48%	0,48%	0,51%	0,86%	0,97%	2,90%	2,95%
Sjuksköt/ barnmorska	3,16%	2,81%	1,03%	0,90%	2,12%	2,18%	6,31%	5,89%
Undersköterska/skötare	4,17%	4,02%	1,40%	1,52%	4,48%	4,29%	10,06%	9,84%
Övrig personal	2,91%	2,77%	0,70%	0,62%	2,31%	2,08%	5,93%	5,48%
Totalt	3,02%	2,82%	0,92%	0,89%	2,45%	2,40%	6,40%	6,11%

Korttidssjukfrånvaron (1–14 dagar) har minskat från 3,02 till 2,82 procent. Långtidssjukfrånvaron (över 90 dagar) har minskat från 2,45 till 2,40 procent i jämförelse med samma period föregående år

För yrkesgruppen sjuksköterska/barnmorska har långtidssjukfrånvaron ökat från 2,12 procent till 2,18 procent. För yrkesgruppen undersköterska/skötare har långtidssjukfrånvaron minskat under perioden från 4,48 till 4,29 procent.

Korttidssjukfrånvaron har minskat för sjuksköterskor/barnmorska från 3,16 till 2,81 procent. För yrkesgruppen undersköterska/skötare har korttidssjukfrånvaron också minskat från 4,17 procent till 4,02 procent. Ett av sjukhusets verksamhetsmål för år 2026 för att sänka sjukfrånvaron är bland annat riktade insatser för gruppen undersköterskor kopplat till återhämtning och fysisk aktivitet.

Sjukfrånvaron för både kvinnor och män har minskat. För kvinnor från 6,91 till 6,74. För män har sjukfrånvaron under perioden minskat från 4,37 till 3,60 procent i jämförelse med samma period föregående år.

En möjlig förklarande faktor till utvecklingen av den totala sjukfrånvaron under perioden är säsongsvariation, där sjukfrånvaron generellt är högre under infektionssäsongen vintertid och lägre under sommarhalvåret.

5 Ekonomi

Danderyds sjukhus intäkter har under perioden januari-augusti ökat jämfört med budget. För att sjukhuset ska klara tillgängligheten krävs det en högre vårdproduktion än sjukhusuppdragets beställning vilket hittills i år har bidragit till ett plus på intäktssidan. Därtill har det inkommit betydande tillskott i form av bidrag, vilka dock även driver kostnader då bidragen ofta är villkorade med aktiviteter som sjukhuset behöver utföra.

Personalkostnaderna avviker mot både budget och föregående år. Det är ett stort fokus på att få ekonomi i balans på respektive verksamhet inom sjukhuset. För att klara effektiviseringskravet i budgeten behöver sjukhuset minska närvarotiden och samtidigt klara produktionsmålen för året. Detta kommer att kräva förändrade arbetssätt och en fortsatt minskning av dyra lösningar som övertid. Den inhyrda personalen behöver även framåt hållas på en låg nivå klart under målet på 1 procent andel inhyrning.

Inom de förbrukningsrelaterade kostnaderna är avvikelsen mot budget låg och en stor del av avvikelsen kan kopplas till Hematologin där kostnaderna för laboratorieanalyser och läkemedelskostnader har ökat kraftigt. Vidare finns det ökade kostnader för läkemedel inom exempelvis Neurologi och Obstetrik där specifika läkemedel med höga kostnader tillkommit.

Vidare avviker lokal- och fastighetskostnader positivt jämfört med budgeten. De belopp, ytor och uppräkningar som fastställdes under budgetprocessen har justerats ned tack vare till exempel en del tomställda lokaler. Den positiva effekten på lokalhyrorna bedöms öka under resterande del av året och beräknas att uppgå till cirka 30 miljoner kronor på helår vilket är betydligt mer än i tertialprognosen.

5.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Patientavgifter	38	36	2	1,8 %	57	54
Sålda primärtjänster	3 782	3 719	63	4,5 %	5 688	5 604
Försäljning övriga tjänster	140	119	21	4,1 %	221	186
Erhållna bidrag	341	300	41	4,8 %	510	460
Övriga intäkter	29	35	-6	-24,4 %	59	59
Verksamhetens intäkter	**4 330**	**4 208**	**122**	**4,3 %**	**6 534**	**6 364**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-2 689	-2 529	-160	4,4 %	-4 134	-3 877
- varav inhyrd personal	*-7*	*-0*	*-7*	*-47,4 %*	*-9*	*-0*

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Köpta primära sjukvårdstjänster	-32	-24	-8	17,2 %	-42	-38
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-214	-212	-2	3 %	-326	-320
Läkemedel	-268	-264	-4	2,2 %	-406	-395
Materialkostnader	-247	-242	-5	8 %	-380	-372
Lokal- och fastighetskostnader	-472	-491	19	2 %	-704	-735
Övriga kostnader	-269	-270	1	10,9 %	-412	-405
Verksamhetens kostnader	**-4 192**	**-4 032**	**-160**	**4,6 %**	**-6 404**	**-6 142**
Avskrivningar	-129	-129	0	16,5 %	-180	-187
Finansnetto	7	4	3	-33 %	11	6
Justering pension mm.	0	0	0		0	0
Resultat**	**16,1**	**50,5**	**-34,4**		**-39**	**41**

* mkr
** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

5.1.1 Utfall i jämförelse med budget och föregående år

5.1.2 Prognos i jämförelse med budget

Danderyds sjukhus lämnar en helårsprognos på minus 39 miljoner kronor vilket innebär en avvikelse emot resultatkravet med minus 80 miljoner kronor, avvikelsen motsvarar 1,2 procent av sjukhusets omsättning. Det är framför allt personalkostnader som förväntas avvika, totalt med 257 miljoner kronor (motsvarar en avvikelse om 6,6 % mot budget), men som åtminstone delvis både drivs på och kompenseras av intäktssidan där vårdproduktion över sjukhusuppdraget, erhållna bidrag och övriga intäkter också överträffar budgeten.

Inom förbrukning återkommer laboratorieanalyser som en utmaning för sjukhuset, dock har ökningstakten avtagit. Prognosen avviker ifrån budget med cirka 6 miljoner kronor.

Inom läkemedel består i stort sett hela avvikelsen av utvecklingen inom Hematologi. Avvikelsen totalt sett mot budget är beräknad till 11 miljoner kronor (3 %).

5.1.3 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Summa personalkostnader	**-2 681,9**	**-2 528,9**	**-153**	**4,6 %**	**-4 124,7**	-3 877
Förändring sem- och löneskuld	35,5	60,3	-24,8	-29,9 %	-20,4	0
Lönekostnad	-1 827,3	-1 739	-88,3	2,6 %	-2 729,5	-2 571,1
- varav övertid	*-42,3*	*-36*	*-6,3*	*-6,2 %*	*-58,8*	*-54,3*
- varav sjuklönekostnad	*-32*	*-31,8*	*-0,2*	*-1,2 %*	*-48*	*-48,9*
PO-pålägg	-861	-819,9	-41,1	6,9 %	-1 321,3	-1 256
Övriga personalkostnader	-29	-30	1	8,7 %	-53	-50
Inhyrd personal	**-7**	**-0,1**	**-6,9**	**-47,4 %**	**-9**	**-0,1**
- varav läkare	*0*	*0*	*0*		*0*	*0*
- varav sjuksköterskor	*-4,9*	*0*	*-4,9*	*-36,9 %*	*0*	*0*
- varav övrig personal	*-2*	*-0,1*	*-1,9*	*4 %*	*-9*	*-0,1*
Personalkostnad inkl inhyrd personal	**-2 688,8**	**-2 528,9**	**-159,9**	**4,4 %**	**-4 133,7**	**-3 877,1**

* mkr

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Danderyds sjukhus arbetar intensivt med att se över bemanningen inom samtliga verksamheter. Det är tydligt att avvikelserna i stort sett består i ordinarie lön och tillhörande PO-pålägg. Sjuklönekostnader och övertid kan också sänkas, men det kan inte kompensera för den större avvikelsen inom lönekostnaderna vi ser. För att klara budgeterade nivåer behöver närvarotiden på sjukhuset minska.

Prognos i jämförelse med budget

Sjukhuset har sedan flera år bakåt ett ekonomiskt gap och bemanningen bedöms generellt sett som för hög för att kunna nå en budget i balans. Detta speglar sig även i prognos mot budget och trots att varje verksamhetsområde arbetar med åtgärdsplaner har det inte räckt till.

Till en stor del kan dock sjukhuset kompensera de ökade personalkostnaderna med en vårdproduktion över sjukhusuppdraget, flera erhållna bidrag och ökade övriga intäkter.

Året har få verksamhetsförändringar och löneutvecklingen mot föregående år ligger kring 3 procent. Inhyrd personal ligger på ett 10-årslägsta och används endast mycket sparsamt inom akutkliniken och hos en del opererande verksamheter och inhyrd personal fokuseras till annars svårbemannade arbetspass nattetid och helg.

5.1.4 Konsultkostnader

Externa Konsultkostnader (Mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. %	Prognos år	Budget år
Juridik	0	0	0	0 %	0	0
PR	0	0	0	0 %	0	0
Management	0	0	0	0 %	0	0
IT	-0	-2	2	-87,4 %	-3	-3
Övriga	-0	1	-1	-76,3 %	-1	2
Summa externa konsultkostnader	**-0**	**-1**	**1**	**-84,6 %**	**-3**	**-1**

Danderyds sjukhus har generellt sett låga kostnader för konsulter. Om konsulter nyttjas är det nästan uteslutande inom systemförvaltningar och digitalisering och i samband med planering och driftsättning av nya vårdbyggnader.

Konsulter budgeteras (och nyttjas) endast i undantagsfall. Huvudregeln är att konsulter används i de fall egen kompetens saknas inom ett område och att det avser ett tidsbegränsat uppdrag.

Utfall i jämförelse med budget och föregående år
Nyttjandet av konsulter är nu nära noll inom sjukhuset.

Prognos i jämförelse med budget
I prognosen finns fortfarande en kostnadspost avseende konsulter och då kopplat till projektering och planering av en ny vårdbyggnad.

5.1.5 Administrativa kostnader

Administrativa kostnader (mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Administrativa kostnader	-55	-63	8	-4,3 %	-83	-100

Indikatorn har en del jämförelsestörande poster vilken gör den svår att följa. Detta beror på att omorganisationer utförts efter den tidpunkt då budgetvärdet rapporterades. Sjukhusets egna bedömning är att vi har ett utfall i nivå med budget på berörda enheter och att det finns åtgärder under året som kommer spara på administrativa kostnader. Danderyds sjukhus administrativa kostnader är låga i jämförelse med andra verksamheter inom sjukvården.

Ett exempel på jämförelsestörande post för 2026 är att löneservice flyttats ifrån Danderyds sjukhus till Serviceförvaltningen.

Utfall i jämförelse med budget och föregående år
Indikatorn är mycket känslig för omorganisationer då den bygger på kostnadsställe. Dock har administration hållits låg inom sjukhuset under en längre tid. I budgetsammanhang räknas administrationen upp i en lägre takt än vården. Det har också förekommit ett antal större och mindre omorganisationer på senare år vilka även de syftat till att effektivisera admin.

Prognos i jämförelse med budget
Prognosen visar att budgeten kommer att hållas med marginal. Detta beror på nu främst på att personal varit utlånad till RLK samt att det förekommit vakanser.

5.1.6 Säsongsvariationer
Danderyds sjukhus har generellt haft positivt resultat under sommarmånaderna beroende på att semesteruttag ofta underskattats samtidigt som andra kostnader vanligtvis är lägre under den perioden avseende material, laboratorieanalyser etc.

Omvänt gäller för vintermånaderna då infektionssjukdomar sprids bland både patienter och personal vilket leder till ökad provtagning, högre sjuklönekostnader och mer övertid för att nämna några effekter.

Under december månad avslutas vanligtvis externt finansierade projekt vilket ofta ger en stor ökning på raderna erhållna bidrag och övriga intäkter. På samma sätt regleras ofta forskningsmedel i december i de fall en eftersläpning skett under året. December är av dessa skäl en bra månad intäktsmässigt. Arbete har också gjorts för att förbättra periodiseringen så att intäkter och kostnader matchar varandra bättre under året.

5.2 Åtgärder för ett resultat i balans

Åtgärder (Mnkr)	Budgeterad effekt 2026	Realiserad effekt 2026	Prognostiserad effekt 2026	Avvikelse prognostiserad effekt jmft budget 2026	Budgeterad effekt 2027	Budgeterad effekt 2028	Budgeterad effekt 2029
Öka intäkter för vård	27,5	18,0	27,5	0,0			
Minska personalkostnader	85,1	19,6	40	-45,1			
Kloka administrativa val	2,6	1,9	2,8	0,2			
Kloka kliniska val	16,4	9,6	16,4	0,0			
Effektivisera lokalanvändning	12,6	17,7	30	17,4			
Övrigt	5,8	4,5	7	1,2			
Summa	150,0	71,3	123,7	-26,3			

Åtgärdsprogram 2026 syftar till att uppnå en ekonomi i balans genom ett antal större initiativ i kombination med verksamhetsnära åtgärder.

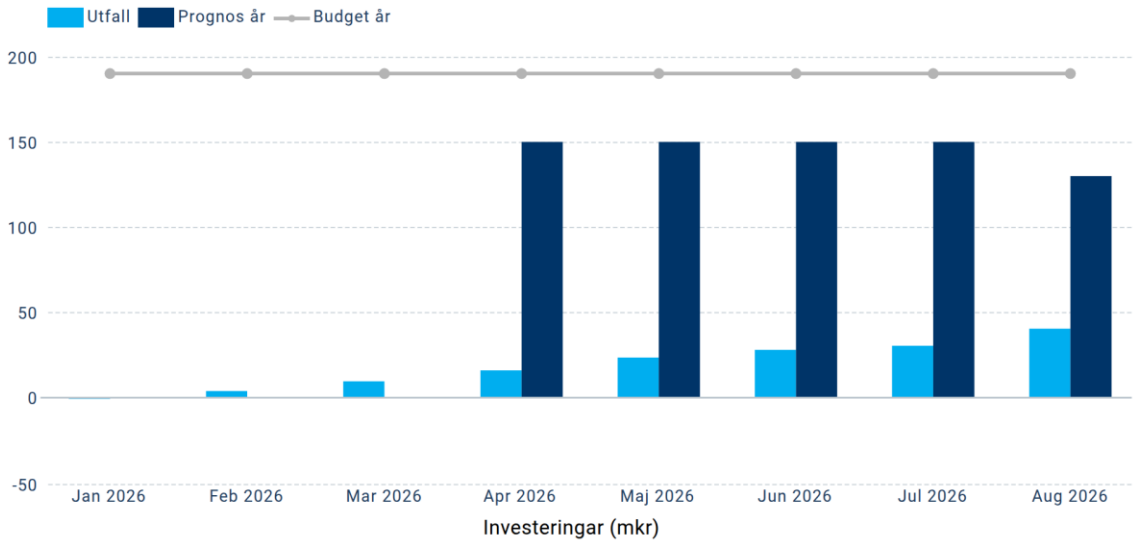
- Hög vårdproduktion över beställning
- Hålla bemanningstalen inom givna ekonomiska ramar vilket kräver nya arbetssätt, sjukhuset har infört dispensförfarande för alla anställningar
- Fortsätta minskningen av dyra bemanningslösningar som övertid och inhyrd personal
- Kloka kliniska val, minska kostnader för exempelvis laboratorieanalyser och

material.

- Kloka administrativa val. Avser att effektivisera och digitalisera administrativa uppgifter inom hela sjukhuset.
- Effektivisera lokalanvändningen och säga upp lokaler som inte längre behövs
- Fortsatt samverkan med hela systemet där de viktigaste aktörerna är den egenägda vården, externa geriatriken, ASIH, vårdcentralerna och omsorgen (SÄBO)

Dessa åtgärder kommer att vara centrala även framåt för åren 2027-2029 men nivåerna som krävs presenteras närmare i kommande verksamhetsplan.

5.3 Investeringar



5.3.1 Investeringsplanens genomförbarhet och risk

Det finns i dagsläget inga konkreta indikationer avseende påverkan i form av leveranssäkerhet eller prispåverkan mot bakgrund av omvärldsläget, dock är detta något som sjukhuset bevakar.

5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget

Ackumulerat investeringsutfall uppgick till 40,7 miljoner kronor vilket motsvarade en upparbetningsgrad mot budget på 21,4 procent.

Jämfört mot tidigare år är upparbetandegraden låg. Anledningen till detta är inte helt klarlagd men skulle kunna bero på att sjukhuset genomfört en revision av verksamheternas behov (5-årsplan) under våren, vilket fått flera verksamheter att prioritera om investeringar tidsmässigt. Investeringstakten förväntas öka under resterande del av året.

5.3.3 Årets prognos i jämförelse med budget

Med utgångspunkt i den hittills låga anskaffningen sänks förväntningarna på helår och prognosen sätts nu på 130 miljoner kronor för 2026. En sänkning ifrån det budgeterade värdet om 190 miljoner kronor.

5.3.4 Ny- och ersättningsinvesteringar

Investeringar (mkr)	Utfall ack. innev. år	Prognos innev.år	Budget innev. år	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Nyinvesteringar	4,1	13,1	19,1	-6,0	21,47
Ersättningsinvesteringar	36,6	116,9	170,9	-54,0	21,42
Totalt investeringar	**40,7**	**130,0**	**190,0**	**-60,0**	**21,42**

5.3.5 Utfall och prognos enskilda investeringsobjekt

Ej aktuellt för Danderyds sjukhus under perioden.

5.3.6 Driftsatta investeringsobjekt

Inga större investeringsobjekt har tagits i drift under perioden.

5.3.7 Kommande investeringsbeslut för investeringsobjekt > 100 mnkr

Investeringsobjekt	Typ av beslut	Inv. utgift beslut Mkr	Total inv. utgift inv. objekt Mkr	Datum beslut nämnd/bolags styrelse	Datum planerat beslut RS/RF

Akutsjukhusnämnden/Danderyds sjukhus

Bilaga 1: Sammanställning mål, risker, kontroller och åtgärder

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning..... 3

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet..... 4

3 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035..... 7

4 Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling..... 9

5 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare..... 10

6 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov..... 11

7 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet..... 12

8 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare..... 14

1 Läsanvisning

Bilaga 1 ger en övergripande sammanställning av risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas nivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Risknivå

- Mycket hög (röd) - Ej acceptabla risker. Åtgärder måste finnas för att sänka risknivån så långt det är möjligt. Avvikelser måste motiveras.
- Hög (orange) - Risker tolereras enbart då åtgärder eller kontroller inte är praktiskt genomförbara eller ekonomiskt försvarbara. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Medelhög (gul) - Risker tolereras enbart om kostnader för åtgärder och kontroller överstiger nyttan. Risker ska i dessa fall bevakas.
- Låg (grön) - Risker accepteras generellt utan åtgärd men ska bevakas. Nödvändigt att visa att de bibehålls på denna nivå.
- Mycket låg (ljusgrön) - Risker accepteras utan åtgärd.

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

- Streck, ej påbörjad
- Grön, enligt plan
- Gul, merparten åtgärdat men vissa delar kvarstår
- Röd, åtgärd ej enligt plan

Effekt av åtgärd beskriver hur väl de åtgärder som genomförts har haft önskad riskreducerande effekt.

- Streck, ej bedömt
- Grön, bedöms ge önskad effekt
- Gul, att uppnå önskad effekt bedöms som osäkert
- Röd, bedöms inte få önskad effekt

Kontroller

Status beskriver om kontrollen är genomförd och om det finns avvikelser.

- Streck, kontrollen ej planerad att genomföras under perioden eller kommer att genomföras under kommande period/er.
- Grön, kontrollen är genomförd utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

2 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Resultatkrav +41 mkr uppnås ej	Månads och tertialrapportering **Frekvens** Månad				
			Åtgärdsprogram 2026 **Startdatum** 2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
			Uppföljningsmöten **Startdatum** 2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Valutaexponering	Insamling data och rapportering **Frekvens** Tertialsvis				
			Säkerställa kompetens **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Förskottsbetalningar	Insamling data och rapportering **Frekvens** Tertialsvis				
			Säkerställa kompetens **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
För lågt utrymme avseende hyresgästanpassningar och	Följa upp effekt av dialog **Frekvens**				

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
fastighetsinvesteringar	Tertialvis				
			Omprioriteringar av lokalprojekt **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Global leveransbrist	Leveransuppföljning **Frekvens** Tertialvis				
			Åtgärder global leveransbrist **Startdatum** 2022-09-07 **Slutdatum** 2026-12-31		
Administrativa kostnader ska minska			Administrativa kostnader enligt budget 2025 **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Direktupphandlingar utan stöd från inköp	Uppföljning av inköp **Frekvens** Månadsvis				
			Uppföljning av följsamhet och information/utbildning till chefer **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Säkerställa att attestanter är oberoende till kostnader de attesterar	Kontroller av deltagarförteckning **Frekvens** Dagligen				
			Genomföra kontroller informera/utbilda		

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
			chefer **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Risk för oegentligheter och välfärdsbrott 			Arbete mot oegentligheter och välfärdsbrott **Startdatum** 2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

3 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Andelen ekologiska livsmedel i patientkost är lägre än målet, dvs under 40 % i vikt (kg)	Uppföljning och analys av inköp av ekologiska livsmedel. **Frekvens** Varannan månad.				
			Leverantörsdialog **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
			Information om andel ekologiskt **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Åtgärder för att öka produkters och materials livslängd saknas	Åtgärder som lett till ökad livslängd för produkter och material **Frekvens** 2 ggr per år				
			Identifiera och säkerställ ökad livslängd **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Bristande arbete med konsumtionsbaserad klimatpåverkan	Kontroll av åtgärder för minskad konsumtionsbaserad klimatpåverkan **Frekvens** 2 ggr per år				
			Åtgärder för konsumtionsbaserad klimatpåverkan **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum**		

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
			2025-12-31		
Hållbarhetskrav relevant för upphandlingsobjektet ställs inte					
Bristande arbete med miljöpåverkan från läkemedelshantering	Följa upp åtgärd för klok förskrivning och användning av Ciprofloxacin och diklofenkak **Frekvens** 1 ggr per år				
			Kontroll av DDD ciprofloxain och diklofenak **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

4 Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Bristande systematiskt arbete med social hållbarhet 	Kontroll av följsamhet till mål **Frekvens** 2 ggr per år				
			Uppföljning av systematik och åtgärder **Startdatum** 2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

5 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Låg kvarstannande grad	Uppföljning kvarstannande grad **Frekvens** Tertial				
			Kvarstannande **Startdatum** 2024-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Kompetensförsörjning i 24/7-verksamheter			Kompetensförsörjningsplan **Startdatum** 2024-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Andel av personalkostnader som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning	Minskad inhyrning av personal **Frekvens** Månatligen				

6 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist	Kontroll följsamhet till uppsatta mål **Frekvens** Uppföljning månadsvis				
			Produktionsplanering av öppenvårdsmottagningarna **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Andel väntande till behandling inom 90 dgr till specialist	Kontroll följsamhet till uppsatta mål **Frekvens** Uppföljning månadsvis				
			Produktionsplanering av operation **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

7 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Förekomst av vårdrelaterade infektioner överstiger 4 %	Löpande mätningar via infektionsverktyget **Frekvens** Månatligen				
			Riktade åtgärder att förebygga egenförvärvade VRIer **Startdatum** 2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Antal utskrivningsklara dagar/vårdtillfälle >1,3 dagar	Uppföljning av indikatorn **Frekvens** Löpande				
Sjukhuset saknar förmåga att hantera extraordinära händelser			Kontinuitetsplaner för kritiska verksamheter och processer **Startdatum** 2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Ledtider till akutmottagningen uppnår inte målen	Veckovis uppföljning av flödesmått **Frekvens** Veckovis				
			Förstärkt handlingsplan för akuta vårdflöden **Startdatum** 2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
För hög beläggningsgrad	Uppföljning av beläggningsgrad **Frekvens** Veckovis				

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
			Dimensionering av vårdplatser samt flödesförbättringar **Startdatum** 2026-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		

8 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Hot och våld på arbetet minskar inte	Uppföljning VUF **Frekvens** Årligen				
	Medarbetarundersökning **Frekvens** Årligen				
			Lokala och centrala aktiviteter **Startdatum** 2024-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Andel sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid minskar inte	Uppföljning VUF **Frekvens** Månadsvis				
			Handlingsplaner inom respektive verksamhetsområde. **Startdatum** 2024-01-01 **Slutdatum** 2026-12-31		
Totalindex HME	Mätning av HME **Frekvens** Årligen				
Risk för felaktig hantering av bisysslor					

Region Stockholm

Diarienummer
RS2025-1039

Akutsjukhusnämnden/Danderyds sjukhus

Plan för intern kontroll, delår 2026

Delår 2026

Innehållsförteckning

1 Bakgrund....3

2 Intern kontroll....4
2.1 Styr- och kontrollmiljö....4
2.2 Riskbedömning....5
2.3 Kontrollaktiviteter....6
2.4 Information och kommunikation....6
2.5 Övervakning och uppföljning....6
2.5.1 Uppföljning....7
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll....7
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser....7

3 Sammanställning av risker....8

1 Bakgrund

Enligt 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725) ska varje nämnd inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § samma lag har lämnats över till någon annan.

Region Stockholm har, utifrån kommunallagen, beslutat om riktlinjer för intern kontroll för Region Stockholm (RS 2024-0510, RS 2022–0326). Riktlinjen utgår från COSO-modellen, vilket innebär att systematiskt arbeta med att förutse risker och möjligheter samt att hantera och kommunicera dessa.

Region Stockholms arbete med intern kontroll syftar till att proaktivt säkerställa att verksamheten i enlighet med vad fullmäktige beslutar:

- uppnår fastställda mål och utför sitt uppdrag
- når långsiktig varaktighet och hållbarhet
- bedrivs ändamålsenligt, säkert och effektivt
- följer tillämpliga lagar, beslut, föreskrifter, avtal, styrande dokument med mera
- har tillförlitlig rapportering och information

2 Intern kontroll

Nämnden/bolaget tar i samband med budget och verksamhetsplanering fram en plan för intern kontroll. Denna plan uppdateras och följs sedan upp som ett led i den löpande rapporteringen och uppföljningen. Planen för intern kontroll utgör nämndernas och bolagens redovisning av arbetet med den interna kontrollen och är en viktig grund för den försäkran som lämnas om att nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll.

2.1 Styr- och kontrollmiljö

Styr- och kontrollmiljön är omgivningen som den interna styrningen och kontrollen verkar i och påverkas av, det vill säga fundamentet för nämnden/bolagets arbete med risk och intern kontroll.

Akutsjukhusnämnden Danderyds sjukhus interna struktur och organisation för intern kontroll bygger på modellen om de fyra ansvarslinjerna i enlighet med Region Stockholms riktlinje för intern styrning och kontroll (RS 2024-0510, RS 2022-0326). Grunden är att den interna kontrollen är baserad på ansvar och tillsyn i flera nivåer, det vill säga att en och samma person eller funktion inte ska ansvara för såväl genomförande som för tillsyn och kontroll.

Den första ansvarslinjen utgörs av den operativa verksamheten som äger och ansvarar för den interna styrningen och kontrollen, inklusive riskhantering och regelefterlevnad. Alla medarbetare ansvarar för att bidra till en god riskhantering och intern kontroll genom att följa fastställda rutiner och aktivt bidra till att genomföra åtgärder och kontroller. Den andra ansvarslinjen består av styrnings- och kontrollfunktioner för riskhantering och intern kontroll. Denna funktion stödjer, följer upp och kontrollerar verksamheten som bedrivs i första ansvarslinjen. Den tredje ansvarslinjen är internrevision som genomför oberoende granskningar av hela verksamheten, inklusive andra ansvarslinjens arbete. Den fjärde ansvarslinjen är regionrevisorerna och de externa auktoriserade revisorerna som genomför oberoende extern granskning av första och andra linjen.

Styr- och kontrollmiljön består av flera delar/system. Det administrativa systemet utgörs främst av styrdokument som tydliggör ansvar befogenheter och rutiner. Styrdokumenten kan delas upp i externa regler och lagar, koncerninterna policys och riktlinjer samt lokala rutiner och tillämpningsanvisningar. Exempel på lokalt styrdokument är Beslutsordningen som tydliggör ansvar och befogenheter för respektive roll inom organisationen. I nämndens Delegationsordning säkerställs en tydlig roll- och ansvarsfördelning till gagn för en effektiv hantering av verksamhetens risker. Nämnden fastställer en grundläggande plan för arbetet med den interna kontrollen. Sjukhuset rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner. Sjukhusledningen ansvarar för det system för internkontroll som krävs för att hantera väsentliga risker i den löpande verksamheten.

Sjukhusets organisatoriska system bygger på tio verksamhetsområden plus stödfunktioner där varje område ansvarar för sin respektive del av kontrollen. Verksamhetscheferna är ansvariga och rapporterar till sjukhusdirektören.

Till det tekniska systemet hör bl.a. sjukhusets IT-system som stödjer verksamheten. Dessa system ger möjligheter till kontroll genom möjlighet att skapa rapporter för granskning samt inbyggda kontroller. Ett exempel på inbyggd kontroll är att fakturor i ekonomisystemet hanteras av minst två personer innan de betalas (dualitetsprincip).

Det övergripande styrsystemet är det politiska. Danderyds sjukhus är en förvaltning inom Region Stockholm och omfattas därför av de beslut som tas av Regionfullmäktige om

verksamhetens inriktning, verksamhet och ekonomi.

Inga förändringar har skett under perioden eller planeras under kommande period gällande roller och ansvar, styrande dokument eller utbildning.

2.2 Riskbedömning

Riskbedömning handlar om hur risker för verksamheten identifieras, värderas och hanteras. Inom Region Stockholm används följande riskkategorier:

- Strategiska risker
- Ekonomiska risker
- Operativa risker
- Regelefterlevnadsrisker

Danderyds sjukhus har genomfört en riskanalys av samtliga identifierade risker. Denna har resulterat i att 11 risker fått ett riskvärde på 8 (hög risk) eller högre. Till dessa finns både kontrollmoment och åtgärder kopplade och samtliga risker hanteras löpande.

Tillgänglighet till vård och hög beläggningsgrad

Tillgänglighet till vård är ett viktigt område för Danderyds sjukhus och riskerna är definierade som att sjukhuset inte når upp till målen att säkerställa att patienter får besök och behandling i tid vilket också påverkar patientsäkerheten. Det finns en rad åtgärder för att minska riskerna. Åtgärderna handlar om effektiv produktionsplanering, nya arbetssätt och rutiner för att effektivisera patientflödet från akuten, både in till rätt vårdplats på sjukhuset men också för de patienter som skrivs ut för hemgång. Sjukhuset har vecko- och månadsvisa uppföljningar av samtliga tillgänglighetsmål och de handlingsplaner som tagits fram centralt och lokalt.

Beläggningen har hittills i år minskat något men är fortsatt för hög på grund av ett högt akut inflöde av patienter. Utvecklingsarbetet inom akutprocessen är nu inriktat på flödesutjämnande åtgärder både inom akuten och inom slutenvården.

Personal

Brister vad gäller kompetensförsörjning framför allt avseende sjuksköterskor till 24/7 verksamheter är värderat med hög risk. Riskerna rör bland annat bemanningssvårigheter och lågt kvarstannande. Aktivt arbete med åtgärder för att förbättra situationen pågår och arbetet med att reducera inhyrd personal och ersätta med egen personal har varit framgångsrikt. Sjukfrånvaron är ett annat högt värderat riskområde där det krävs fortsatt fokus på förbättringar av arbetsmiljön.

Ekonomi i balans

Risken att sjukhuset inte klarar att uppnå det ekonomiska resultatkrav som fastställts av fullmäktige är fortsatt hög. Det ekonomiska resultatet är plus 16 miljoner kronor januari-augusti 2026 vilket är 34 miljoner kronor sämre än budget, budgetavvikelsen motsvarar 0,8 procent av sjukhusets omsättning. Prognosen för helåret är minus 39 miljoner kronor vilket är 80 miljoner kronor sämre än budget. Den stora utmaningen är fortsatt att balansera ekonomiska krav på kostnadsminskningar med krav på bland annat förbättrad tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet.

Investeringar i eftersatta lokaler är fortsatt en utmaning då flera högt prioriterade investeringar i lokalanpassningar inte ryms inom budgeten.

Hållbarhet

Danderyds sjukhus arbete med att minska utsläpp av klimatpåverkande gaser och öka cirkulära flöden har många utmaningar. Generellt bedöms målarbetet medföra en ökad administration och kostnader. Hinder är de rådande målkonflikterna mellan perspektiven klimat, hygien, produktion, robusthet och ekonomi.

Katastrofberedskap

Sannolikheten att sjukhuset saknar förmåga att hantera extraordinära händelser är liten men konsekvensen är mycket allvarlig vilket gör att detta område bedöms hamna på hög nivå och behöver därför hanteras. Det försämrade säkerhetsläget i omvärlden har lett till ökat fokus på att uppdatera sårbarhets- och kontinuitetsplaner.

2.3 Kontrollaktiviteter

Utifrån riskanalysen prioriteras vilka kontroller och åtgärder som ska utföras för att acceptera, begränsa, dela eller eliminera riskerna för att uppnå en acceptabel risknivå. Kontroller och åtgärder ska också säkerställa beredskap för att hantera och reagera på oönskade situationer.

Danderyds sjukhus fortsätter att utveckla och förbättra arbetet med den interna kontrollen. Inför varje verksamhetsår identifierar ledningen ett antal risker på en sjukhusövergripande nivå. Dessa är främst kopplade till att sjukhuset inte når de mål och uppdrag som beslutats av regionfullmäktige samt andra viktiga områden som till exempel det försämrade säkerhetsläget i omvärlden. I den efterföljande riskanalysen är de risker som löpande ska hanteras eller kräver bevakning identifierade. Till dessa risker finns även kontrollmoment och/eller åtgärder kopplade, vilka också följs upp löpande. Syftet är att vara proaktiv och snabbt kunna reagera om åtgärderna inte har avsedd effekt. Arbetet görs inom respektive område och rapporteras till sjukhusdirektören för vidarebefordran till nämnden löpande och till Region Stockholm i samband med delårs- och årsuppföljningen. Inför varje uppföljningstillfälle kommer en ny riskanalys att göras. Denna inkluderar även en identifiering av eventuellt tillkommande risker.

2.4 Information och kommunikation

De funktioner som arbetar med riskhantering, intern kontroll, regelefterlevnad och internrevision behöver ha full tillgång till den information som krävs för god intern kontroll till exempel mål, policys, riktlinjer, risker, åtgärder, kontroller och eventuella avvikelser.

Intern kontrollen och dess väsentliga delar kommuniceras både på nämndmötena i samband med delårsrapporteringen och verksamhetsberättelsen samt att den årliga planen hanteras tillsammans med beslutet om verksamhetsplan. Kommunikation finns både regelbundet på ledningsgruppens agenda samt ingår som en del i verksamhetsuppföljningarna (VUF) av sjukhusets verksamhetsområden. Kommunikation av väsentliga delar sker därefter via verksamheternas egna lokala ledningsgrupper.

2.5 Övervakning och uppföljning

Nämnden/bolagsstyrelsen har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde och ska säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Detta innebär att varje nämnd och styrelse har ett ansvar för att det finns en organisation och processer för den interna kontrollen.

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för regionens verksamheter, utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen har också uppsiktsansvar och ska övervaka hur den interna

kontrollen sköts i nämnder och bolag samt utforma, utveckla och följa upp Region Stockholms arbete med intern kontroll.

2.5.1 Uppföljning

Enligt riktlinjen för intern kontroll ska nämnden/bolagsstyrelsen med hänsyn till sitt ansvar, kontinuerligt följa upp sin verksamhet och utvärdera de riskbedömningar som sker samt vidta åtgärder för att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig, effektiv och att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt. Uppföljningen innefattar också att utvärdera om samtliga komponenter i ramverket för intern kontroll är tillräckliga.

Intern kontrollen är en återkommande uppföljningspunkt på nämndmötena i samband med delårsrapporteringen och verksamhetsberättelsen samt att den årliga planen hanteras tillsammans med beslutet om verksamhetsplan. Den interna uppföljningen inom Danderyds sjukhus består till stor del av löpande arbete med kontroller och åtgärder som identifierats i internkontrollplanen. Genomgång av det arbetet finns både regelbundet på ledningsgruppens agenda samt ingår som en del i verksamhetsuppföljningarna (VUF). Vidare uppföljning sker därefter via verksamheternas lokala ledningsgrupper.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

Nämnden/bolaget ska följa regionens riktlinje för intern kontroll, (RS 2024-0510, RS 2022-0326).

Inga avsteg från riktlinjen har noterats.

Danderyds sjukhus följer riktlinjen för intern kontroll (RS 2024-0510, RS 2022-0326). Uppföljning av risker och kontroller är en viktig del av arbetet med intern kontroll på Danderyds sjukhus. Uppföljningen sker löpande enligt ett mönster/frekvens som är relevant ur ett väsentlighetsperspektiv. Ju högre riskvärde desto mer djupgående kontroll och övervakning. En viktig del av den löpande kontrollen består till exempel av de kontrollmoment som finns definierade i riskanalysen, men också andra som är direkt inbyggda i både rutiner och IT-system. Syftet med kontrollerna är bland annat att säkerställa efterlevnad av riktlinjen för internkontroll.

Akutsjukhusnämnden bedömer kontinuerligt den information som ledningen lämnar i samband med varje rapportering. Planen för intern kontroll ingår som en bilaga till delårs- och årsrapport. Arbetet innefattar bland annat att säkerställa att riktlinjen efterlevs.

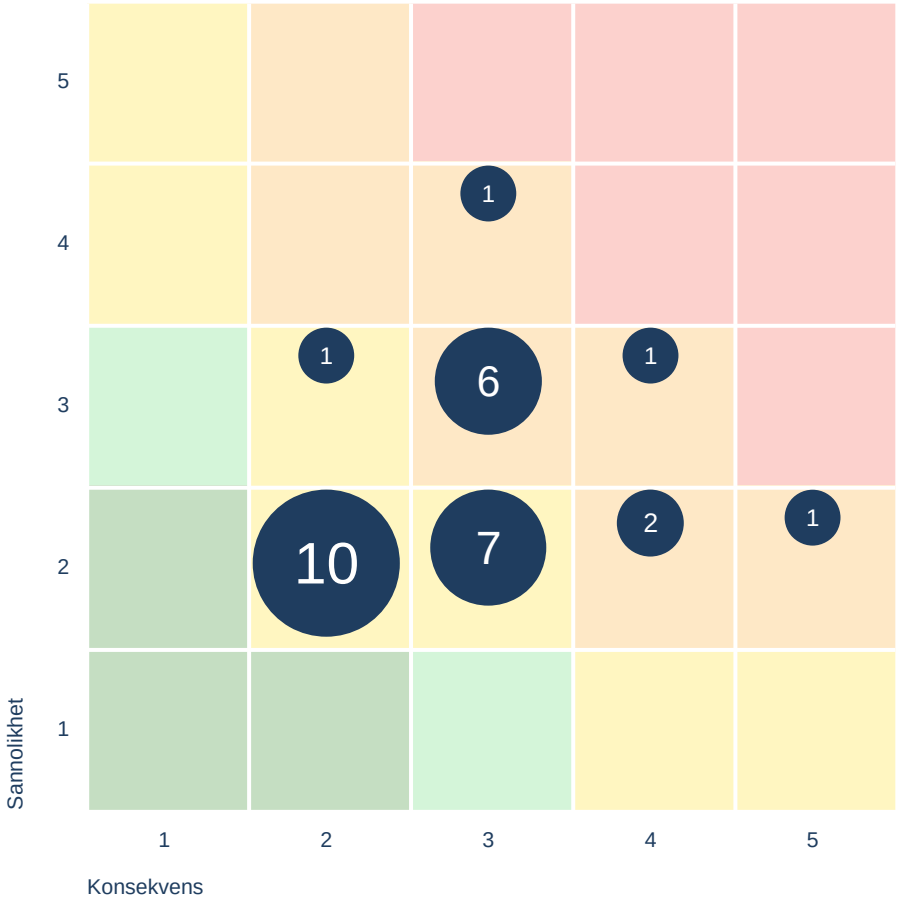
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd/styrelse samt i den löpande rapporteringen till regionledningskontoret. Förvaltningschef/VD ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår.

Efter genomförd granskning år 2025 bedömer regionrevisorerna att verksamheten i allt väsentligt har skötts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Revisorerna bedömer att styrningen och kontrollen inte är helt tillräcklig. Bedömningen av intern styrning och kontroll görs mot bakgrund av att nämnden inte fullt ut säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll i flera av de områden som granskats under året.

Ett systematiskt arbete sker inom akutsjukhusnämnden för att beakta de bedömningar som regionrevisorerna lämnat i rapporten och för att åtgärda de rekommendationer som lyfts i årsrapporten. Akutsjukhusnämnden delar regionrevisorernas bedömning av de frågor som lyfts och kommer särskilt att arbeta för att stärka förvaltningarnas interna styrning och kontroll.

3 Sammanställning av risker



Mycket hög risk	
Hög risk	11 st
Medelhög risk	18 st
Låg risk	
Mycket låg risk	

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket hög	Katastrofal - Mycket allvarlig, får inte inträffa
4	Hög	Kritisk - Allvarlig, får helst inte inträffa
3	Medel	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
2	Låg	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten
1	Mycket låg, se frågetecknet	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

Mål	Lokalt mål		Risk	Riskägare
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet		12025 →	Resultatkrav +41 mkr uppnås ej	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		92134 →	För lågt utrymme avseende hyresgästanpassningar och fastighetsinvesteringar	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander

Mål	Lokalt mål		Risk	Riskägare
		83225 →	Global leveransbrist	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		111811 →	Direktupphandlingar utan stöd från inköp	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		13253 →	Valutaexponering	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		13254 →	Förskottsbetalningar	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		70808 →	Administrativa kostnader ska minska	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		136384 →	Säkerställa att attestanter är oberoende till kostnader de attesterar	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		168367 →	Risk för oegentligheter och välfärdsbrott	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035		92925 →	Åtgärder för att öka produkters och materials livslängd saknas	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		92924 →	Bristande arbete med konsumtionsbaserad klimatpåverkan	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		111506 →	Hållbarhetskrav relevant för upphandlingsobjektet ställs inte	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		13240 →	Andelen ekologiska livsmedel i patientkost är lägre än målet, dvs under 40 % i vikt (kg)	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		137676 →	Bristande arbete med miljöpåverkan från läkemedelshantering	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling		111111 →	Bristande systematiskt arbete med social hållbarhet	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande		49663	Låg kvarstannande grad	**Riskägare** Caroline

Mål	Lokalt mål		Risk	Riskägare
				Hällsjö-Sander
arbetsgivare		70705	Kompetensförsörjning i 24/7-verksamheter	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		111053	Andel av personalkostnader som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov		13231 →	Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		13232 →	Andel väntande till behandling inom 90 dgr till specialist	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		70806 →	Ledtider till akutmottagningen uppnår inte målen	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		29316 →	Sjukhuset saknar förmåga att hantera extraordinära händelser	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		111112 →	För hög beläggningsgrad	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		29391 →	Antal utskrivningsklara dagar/vårdtillfälle >1,3 dagar	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		13234 →	Förekomst av vårdrelaterade infektioner överstiger 4 %	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		13247	Andel sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid minskar inte	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		13246	Hot och våld på arbetet minskar inte	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		111816	Risk för felaktig hantering av bisysslor	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		111054	Totalindex HME	**Riskägare** Caroline Hällsjö-

Mål	Lokalt mål	Risk	Riskägare
			Sander

Flik Investeringsplan: Investeringsplanens struktur och kolumnbeskrivningar

Kolumn	Beskrivning
Referens och spårbarhet	
Portfölj	Här anges investeringsobjektets portföljtillhörighet.
Versions År	Här anges aktuellt planerings- och uppföljningsår.
Version	Här anges aktuell planerings- och uppföljningsversion. **P1** = Prognos 1 (vid tertial), **P2** = Prognos 2 (vid delår), **VB** = verksamhetsberättelse (ÅR).
Unikt ID	Här anges ett unikt ID för respektive rad i investeringsplanen. Detta fält kan utgöras av investeringsobjekts lokala ID, t ex projektnummer odyl och utgör sökreferens i arbetsboken.
Objektbenämning	Här anges benämning på investeringsobjektet.
Tillhör Program	Här anges i vilket program/trafikslag investeringsobjektet ingår i.
Robusthet	Här anges om investeringsobjektet syftar till stärkt förmåga för att driva samhällsviktig verksamhet under kris och krig. Det innebär att investeringen är kopplad till ökad förmåga till kontinuitetsplanering, uthållighet, resiliens och redundans utifrån krav på ökad förmåga att klara uppgifterna inom civilt försvar.
Klimatneutralitet 2035 (Regionfullmäktige mål)	Här anges om investeringsobjektet leder till att minska koldioxidutsläppen, i syfte att nå regionfullmäktiges mål om klimatneutralitet 2035.
Dnr	Här anges objektets senaste fattade beslut per inrapporteringstillfälle i maj och september, i högsta instans med diarienummer.

Uppföljning av status på enskilda investeringsobjekt >100 mnkr

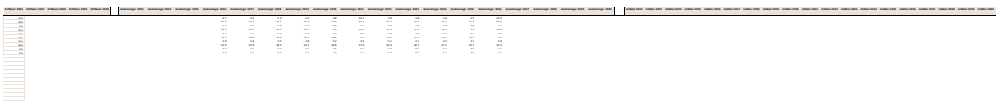
Gäller investeringsobjekt i genomförande-, planerings- och inriktningsfas. Bedömning av TKI ska göras på investeringsobjektet som helhet.	
Status/styrparameter	Beskrivning
1	Fortlöper enligt senaste investeringsbeslut*. Inga särskilda åtgärder krävs.
2	Avvikelse mot senaste investeringsbeslut* har uppstått eller befaras uppstå, som kan hanteras inom befintliga ramar. Åtgärder utreds och dokumenteras.
3	Allvarlig avvikelse mot senaste investeringsbeslut* har uppstått eller befaras uppstå som inte kan hanteras inom befintliga ramar. Behov av ett beslut föreligger.
Tid (T)	Status för investeringsobjektets tidplan. Tidigare- alternativt senareläggningar som får påverkan på investeringsobjektets totalkostnad, innehåll eller effektmål kräver förnyat beslut.
Kostnad (K)	Status för investeringsobjektetes totalkostnad. Avvikelser >15%, eller >100 mnkr kräver förnyat beslut vid genomförande.
Omfattning/Innehåll (I)	Status för investeringsobjektets omfattning/innehåll. Avvikelser som medför att avsedd funktion förändras kräver förnyat beslut.
*Senaste fattade beslut per inrapporteringstillfälle i maj och september. Bedömning av totalkostnad (K) ska göras på investeringsobjektets totalbudget (genomförandefas) eller på indikativ totalutgift för investeringsobjekt i tidiga faser (inriktnings- och planeringsfas).	

Prioritet och kategorisering	
Inom inv. utrymme, utom inv. utrymme	Inom plan utgörs av objekt som ingick i regionfullmäktiges beslutade investeringsplan i Budget 2026. Objekt som föreslås prioriteras in i investeringsplan 2027–2036 definieras som utom plan, till dess att regionfullmäktige fattat beslut på Budget 2027.
Prioritet	Här anges den prioritet som beräknats med hjälp av bilaga "Prioritering och riskbedömning". Hög prioritet anges i intervall på 1-10, medel prioritet anges i intervall på 11-20 och låg prioritet anges i intervall 21-30.
Investeringstyp	Här anges om investeringsobjektet är en ersättningsinvestering eller nyinvestering.
Kategori	Här anges investeringsobjektets huvudsakliga investeringskategori.
Åtgärdsvals- och investeringsprocessen	
Aktuell fas investeringsprocess	Här anges den fas investeringsobjektet befinner sig i, relativt åtgärdsvals- och investeringsprocessen, enligt senaste investeringsbeslut per inrapporteringstillfälle i maj och september, i högsta instans.
Total prognostiserad utgift	Här anges total prognostiserad investeringsutgift, dvs senast bedömd totalprognos. Denna totalprognos är inte beslutad, utan avser enbart ett bedömt finansieringsbehov. För att tillgängliggöra finansiering förutsätts ett nytt investeringsbeslut.
Senast fattat investeringsbeslut	För objekt i genomförande anges senaste beslut på total utgift. För objekt i inriktningfas anges beslutet för inriktningsfasen, för objekt i planeringsfas anges total utgift för inriktnings- och planeringsfas.
Driftsättningsår, senast fattat beslut	Här anges beslutat driftsättningsår i senast fattat investeringsbeslut per inrapporteringstillfälle i maj och september, i högsta instans.
Driftsättningsår, prognos	Här anges prognostiserat driftsättningsår.
Utfall	
Utfall ack t.o.m 2020	Här anges ackumulerat utfall på investeringsutgift till och med år 2020. Anges ej för investeringar under 100 mnkr.
Utfall 20XX-20YY	Här anges utfall på investeringsutgift för åren 20XX-20YY.
Periodens utfall 2026 ack.	Här anges årets ackumulerade utfall på investeringsutgift.

Investeringsutgift	
Utgift Budget 20XX	Här anges investeringsutgift för innevarande budgetår 20XX.
Utgift Prognos 20XX	Här anges prognostiserad investeringsutgift för innevarande år 20XX.
Utgift 20XX -20YY	Här anges investeringsutgift för budget-/planår 20XX-20YY.
Utgift s:a senare år	Här anges total planerad investeringsutgift efter planperiodens slut, om fördelning på planår ej finns tillgängligt.
Medfinansiering	
Total prognostiserad medfin.	Här anges total prognostiserad medfinansiering.
Medfin. utfall ack t.o.m 2020	Här anges ackumulerat utfall på medfinansiering till och med år 2020.
Medfin. Utfall 20XX-20YY	Här anges utfall på medfinansiering åren 20XX-20YY.
Periodens medfin. utfall 2026 ack.	Här anges årets ackumulerade utfall på medfinansiering.
Medfin. Budget 20XX.	Här anges medfinansiering för innevarande budgetår 20XX.
Medfin. Prognos 20XX	Här anges prognosticerad medfinansiering för innevarande år 20XX.
Medfin. 20XX -20YY	Här anges medfinansiering för budget-/planår 20XX-20YY.
Medfin. s:a senare år	Här anges total planerad medfinansiering efter planperiodens slut, om fördelning på planår ej finns tillgängligt.
Driftsättningsplan	
Aktiveras 20XX -20YY	Här anges de årliga tillgångsvärden som planeras att aktiveras och nyttjandeperioden påbörjas. Vid aktivering av delar av objekten ska det motsvara de tillgångsvärden som aktiveras årligen.
Resultatpåverkande effekter	
Driftkost. 20XX -20YY	Här anges driftkostnad (exempelvis service och underhåll) avseende tillgången. Ska avse netto av förändrade driftkostnader vid ersättningsinvesteringar. Vid nyinvesteringar anges brutto av förändrade driftskostnader.
Avskrivningar 20XX -20YY	Här anges avskrivningskostnader under nyttjandeperioden.
Intäkter 20XX -20YY	Här anges förändringar på externa intäkter som är en direkt följd av investeringen. Ersättningar inom Region Stockholm får inte räknas med.







Mnkr	Dnr	Status	Ny- /ersättnings-investering	Prognostiserad total utgift	Senast fattat investerings-beslut[2]	Investeringsutgifter									
						Budget 2027	Plan 2028	Plan 2029	Plan 2030	Plan 2031	Plan 2032	Plan 2033	Plan 2034	Plan 2035	Plan 2036
1.5 Akutsjukhusnämnden - Danderyds Sjukhus															
Summa investeringar Danderyds Sjukhus						**170,0**	**148,0**	**177,0**	**150,0**	**145,0**	**163,0**	**148,0**	**163,0**	**164,0**	**183,0**
Nyinvesteringar (ej MT) < 100 mkr			Nyinvestering	4,82		6,3	4,5	4,2	4,3	9,0	6,0	4,5	3,9	4,7	11,4
Ersättningsinvesteringar (ej MT) < 100 mkr			Ersättningsinv.	42,69		55,8	40,0	37,6	38,6	79,3	53,5	40,0	34,6	42,2	100,0
Medicinteknik Anestesi och intensivvård och rel. Förbrukningsvaror <100 mkr			Nyinvestering	2,42		3,2	1,7	2,3	0,7	1,8	3,0	1,7	2,2	0,8	2,3
Medicinteknik Anestesi och intensivvård och rel. Förbrukningsvaror <100 mkr			Ersättningsinv.	21,78		28,5	15,7	21,1	6,4	16,6	27,3	15,7	19,4	7,0	20,9
Medicinteknik Bild och Funktion och rel. förbrukningsvaror <100mkr			Nyinvestering	1,56		2,0	4,7	7,0	4,9	0,3	2,0	4,7	6,5	5,3	0,3
Medicinteknik Bild och Funktion och rel. förbrukningsvaror <100mkr			Ersättningsinv.	14,01		18,3	42,0	63,3	43,8	2,3	17,6	42,0	58,3	47,9	2,9
Medicinteknik Operation och rel. förbrukningsvaror <100mkr			Nyinvestering	4,13		5,4	3,9	4,0	4,7	3,5	5,2	3,9	3,7	5,1	4,4
Medicinteknik Operation och rel. förbrukningsvaror <100mkr			Ersättningsinv.	37,16		48,6	34,8	36,0	41,9	31,2	46,6	34,8	33,2	45,9	39,3
Medicinteknik Terapi och diagnostik och fel. förbrukningsvaror <100mkr			Nyinvestering	0,14		0,2	0,1	0,1	0,5	0,1	0,2	0,1	0,1	0,5	0,1
Medicinteknik Terapi och diagnostik och fel. förbrukningsvaror <100mkr			Ersättningsinv.	1,29		1,7	0,6	1,3	4,2	1,0	1,6	0,6	1,2	4,6	1,3

Not 2. För investeringsobjekt i genomförandefas avses beslut på total utgift. För investeringsobjekt i inriktningsfas avses beslutet för inriktningsfasen, för investeringsobjekt i planeringsfas avses total utgift för inriktnings- och planeringsfas.

Kriterier

Denna flik styr rullgardinsmenyerna som finns under fliken Investeringsplan. Korrigeringar måste kommuniceras med Datalagret för Tableau innan de införs.

Version	Portfölj	Riskbedömning	Inom/utom	Investeringstyp	Kategori	Aktuell fas	Robusthet	Klimatneutralitet 2035	Uppföljning TKIE
Budget	H&S Koncern - DS	Mycket hög	Inom	Ersättningsinv.	Myndighetskrav	Initiera	Ja	Ja	1
P1	H&S Koncern - Karolinska	Hög	Utom	Nyinvestering	Kapacitetsökning	Behovsanalys	Nej	Nej	2
P2	H&S Koncern - SLSO	Medel	Utom prio 1 hög		Verksamhetskritisk	Åtgärdsval	Delvis	Delvis	3
VB	H&S Koncern - St Erik	Låg	Utom prio 2 medel		Forskning/Innovation	Inriktning			
	H&S Koncern - STS	Mycket låg	Utom prio 3 låg			Planering			
	H&S Koncern - SöS					Genomförande			
	H&S - AISAB					Överlämnande			
	H&S - FTV					Driftsättning			
	H&S - HSN								
	H&S - PVN								
	H&S - PAN								
	H&S - Medicarrier								
	H&S - Tobiasregistret								
	TN-TF								
	TN-FUT								
	FTN								
	FSN-Fastighet								
	FSN-Service								
	Övrig verksamhet KuN								
	Övrig verksamhet KRN								
	Locum								
	Övrig verksamhet Revisionskollegiet								
	Övrig verksamhet RS								

Region Stockholm

Övriga avsättningar, ansvarsförbindelser och tvister

Bilaga E1

Nämnd/Bolag Danderyds sjukhus Period 2026-08-31

Belopp anges i kronor.

Legala Avsättningar (exklusive avsättningar för pensioner)

Avsättning avser [1]	IB 2026	Ianspråktaget under året	Återföring	Årets avsättning	UB	Tidpunkt då avsättning helt eller delvis skall återföras (ange år)	Upplysning om betydelsefulla antaganden som gjorts rörande framtida händelser som påverkat värderingen	Förväntad gottgörelse som har redovisats som tillgång [2]	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
TOTALT	0	0	0	0	0			0	

[1] Specifikation av varje enskilt förekommande avsättning och en förklaring till varför den uppkommit. **Avsättningar för pensionsåtaganden inkluderas ej.**

[2] Om del av eller hela det belopp som krävs för att reglera en avsättning förväntas bli ersatt av tredje part, ska en gottgörelse redovisas bara när det är så gott som säkert att denna kommer att erhållas om förpliktelsen regleras. Gottgörelsen ska redovisas som en tillgång i bala
Det belopp som redovisas för gottgörelsen får inte överstiga avsättningen.

Informella Avsättningar (endast bolagen)

Specificera typ av avsättning:	IB 2026	Ianspråktaget under året	Återföring	Årets avsättning	UB	Tidpunkt då avsättning helt eller delvis skall återföras (ange år)	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
TOTALT	0	0	0	0	0		

Ansvarsförbindelser

Typ av ansvarsförbindelse	Belopp	Kommentar om osäkerheter beträffande beloppet eller tidpunkten för utbetalningar	Möjlighet att eventuell gottgörelse erhålls (belopp)	Är ansvarsförbindelsen föremål för tvist (JA/NEJ)

Definitioner

Legal avsättning (legal förpliktelse)
En avsättning för en förpliktelse (åtagande) som härrör från ett kontrakt, lagstiftning eller annan laglig grund. (RKR Rek 9, BFNAR 2012:1)

Informell avsättning (informell förpliktelse)
En avsättning för en förpliktelse (åtagande) som härrör från ett företags handlande genom att företaget på grund av etablerad praxis, offen
tillräckligt detaljerat, aktuellt uttalande har visat externa parter att företaget påtar sig vissa skyldigheter och därigenom har skapat en välgr
om att det kommer att fullgöra sina skyldigheter. (BFNAR 2012:1)

TOTALT	0		0	

Skuld för avslutade tvister

Specificera skuld	Belopp
TOTALT	0

om att det kommer att fullgöra sina skyldigheter. (BFNAR 2012:1)

Informella avsättningar finns inte i regioner och kommuner, avser endast bolag. Redovisas som ansvarsförbindelse i landstinget - se punkt c

Ansvarsförbindelse
a) en möjlig förpliktelse som härrör från inträffade händelser och vars förekomst kommer att bekräftas endast av att en eller flera osäkra fra
uteblir
b) en befintlig förpliktelse som härrör från inträffade händelser men som inte redovisas som skuld eller avsättning eftersom någon av följan
• det är inte är troligt att ett utflöde av resurser kommer att krävas för att reglera förpliktelsen,
• förpliktelsens storlek kan inte beräknas med tillräcklig tillförlitlighet,
eller
c) en händelse som - på grund av etablerad praxis, offentliggjorda riktlinjer eller tillräckligt utförligt och aktuellt uttalande - har skapat en väl
parter att kommunen eller regionen kommer att vidta åtgärder vilket kan komma att kräva ett utflöde av resurser, men som inte uppfyller v
denna rekommendation. (RKR Rek 9)

Skuld för avslutad tvist
Om en rättsprocess är avslutad (t ex ett mål som är förlorat i första instans) och inget överklagande är aktuellt, är det klart vilket belopp som
de fall ett myndighetsbeslut inte överklagas.