§ 76
Verksamhetsplan 2026 för akutsjukhusnämnden
ASN 2025-7203

Sammanfattning
Akutsjukhusnämnden med de fyra förvaltningarna Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, Södertälje sjukhus och S:t Eriks Ögonsjukhus ska med utgångspunkt i regionfullmäktiges budget, utarbeta en verksamhetsplan som redogör för hur verksamheten ska bedrivas under det kommande året.

Beslutsunderlag
1. Förvaltningarnas tjänsteutlåtande
2. Verksamhetsplan 2026 Akutsjukhusnämnden
3. Verksamhetsplan 2026 Danderyds sjukhus inkl plan för internkontroll
4. Verksamhetsplan 2026 Södersjukhuset inkl plan för internkontroll
5. Verksamhetsplan 2026 Södertälje sjukhus inkl plan för internkontroll
6. Verksamhetsplan 2026 S:t Eriks Ögonsjukhus inkl plan för internkontroll

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

Nämnden betonade vikten av att hålla budgeten under kommande år.

Beslut
Akutsjukhusnämnden beslutar följande.

> Verksamhetsplan 2026 för akutsjukhusnämnden med respektive förvaltnings verksamhetsplan som bilagor fastställs.

Beslutsexpediering
1. Regionstyrelsen

Danderyds sjukhus
Södersjukhuset
Södertälje sjukhus
S:t Eriks Ögonsjukhus
Andreas Henriksson

TJÄNSTEUTLÅTANDE

ASN 2025-7203

Akutsjukhusnämnden

Verksamhetsplan 2026 för akutsjukhusnämnden

Förvaltningarnas förslag till beslut

Förvaltningarna föreslår att akutsjukhusnämnden beslutar följande.

> Verksamhetsplan 2026 för akutsjukhusnämnden med respektive förvaltnings verksamhetsplan som bilagor fastställs.

Sammanfattning

Akutsjukhusnämnden med de fyra förvaltningarna Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, Södertälje sjukhus och S:t Eriks Ögonsjukhus ska med utgångspunkt i regionfullmäktiges budget, utarbeta en verksamhetsplan som redogör för hur verksamheten ska bedrivas under det kommande året.

Bakgrund

Akutsjukhusnämnden ska, med utgångspunkt i regionfullmäktiges budget, utarbeta en verksamhetsplan som redogör för hur verksamheten ska bedrivas under det kommande året. Verksamhetsplanen utgår från Budget 2026 för Region Stockholm och beskriver hur akutsjukhusnämnden kommer att arbeta för att uppnå regionfullmäktiges mål och genomföra beslutade uppdrag, inom ramen för de fastställda ekonomiska förutsättningarna. Internkontrollplaner har upprättats av samtliga förvaltningar i akutsjukhusnämnden och biläggs nämndens verksamhetsplan för 2026. Akutsjukhusnämnden kommer utgå från de fyra interkontrollplanerna i uppföljningen av internkontrollen under år 2026.

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet bedöms inte medföra några ekonomiska konsekvenser för akutsjukhusnämnden.

Caroline Hällsjö Sander
Sjukhusdirektör

Karouk Said
Sjukhusdirektör

Anna Gerber Ekblom
Sjukhusdirektör

Sten Kjellström
Sjukhusdirektör

Andreas Henriksson
Ekonomidirektör Danderyds sjukhus

Beslutsunderlag

1. Förvaltningarnas tjänsteutlåtande
2. Verksamhetsplan 2026 Akutsjukhusnämnden
3. Verksamhetsplan 2026 Danderyds sjukhus inkl plan för internkontroll
4. Verksamhetsplan 2026 Södersjukhuset inkl plan för internkontroll
5. Verksamhetsplan 2026 Södertälje sjukhus inkl plan för internkontroll
6. Verksamhetsplan 2026 S:t Eriks Ögonsjukhus inkl plan för internkontroll

Skickas till

1. Regionstyrelsen

Godkänt av Caroline Hällsjö Sander, 2025-11-18
Godkänt av Karouk Said, 2025-11-19
Godkänt av Anna Gerber Ekblom, 2025-11-20
Godkänt av Sten Kjellström, 2025-11-18

Region Stockholm

Akutsjukhusnämnden

Verksamhetsplan 2026

ÅR 2026

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens/VD:s kommentar....3
1.1 Ansvar och organisation....3
1.1.1 Grunduppdrag och ansvar....3
2 Mål och uppdrag....4
2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa....4
2.1.1 Uppdrag....4
3 Ekonomi....5

Bilagor

Bilaga 1: Verksamhetsplan 2026 Södersjukhuset inkl. plan för internkontroll

Bilaga 2: Verksamhetsplan 2026 Danderyds sjukhus inkl. plan för internkontroll

Bilaga 3: Verksamhetsplan 2026 Södertälje sjukhus inkl. plan för internkontroll

Bilaga 4: Verksamhetsplan 2026 Sankt Eriks ögonsjukhus inkl. plan för internkontroll

1 Förvaltningschefens/VD:s kommentar

Den lämnade verksamhetsplanen för Akutsjukhusnämnden 2026 med respektive förvaltningars verksamhetsplaner som bilagor, baseras på fullmäktiges beslut om mål och budget för år 2026 och planåren 2027–2028. De uppdrag, mål och indikatorer som regionfullmäktige beslutat är inarbetade i verksamhetsplanen.

Den demografiska utvecklingen med ökat vårdbehov och de begränsade ekonomiska förutsättningarna kommer medföra fortsatt höga krav på effektiviseringar de närmaste åren. Sjukvården i Stockholm befinner sig dessutom i fortsatt omställning vilket innebär att akutsjukhusen främst ska ta hand om akut sjuka samt de sjukare och mer komplicerade patienterna. Budgetperiodens stora utmaning består fortsatt i att klara av kostnadsbesparingar och samtidigt uppnå produktionsmålen samt en god tillgänglighet, patientsäkerhet, kvalitet och arbetsmiljö.

Akutsjukhusnämndens sjukhus kan konstatera att budget 2026 innebär ett effektiviseringskrav för kommande året som motsvarar 1,5 procent av förvaltningarnas omsättning. Det finns en risk att den beställda volymen i sjukhusuppdragen inte täcker vårdbehovet under år 2026. Därför kommer det vara fortsatt viktigt att utveckla nya arbetssätt samt utöka till exempel dagvård och hemsjukhusvård för att klara av det ökade antalet patienter.

1.1 Ansvar och organisation

1.1.1 Grunduppdrag och ansvar

Den första januari 2025 startade den nya Akutsjukhusnämnden med de fyra förvaltningarna Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, Södertälje sjukhus samt Sankt Eriks Ögonsjukhus. Från och med 2025 inordnas de i Akutsjukhusnämnden men fortfarande som fyra separata förvaltningar och resultatenheter. Ett uppdrag som tilldelats ett specifikt sjukhus kommer också fortsatt att hanteras av det sjukhuset. Regionstyrelsen kommer att genomföra uppföljningen med utgångspunkt i Akutsjukhusnämnden men också per förvaltning.

Verksamhetsplaner inklusive internkontrollplaner har upprättats av samtliga förvaltningar i Akutsjukhusnämnden och biläggs nämndens verksamhetsplan för 2026.

Akutsjukhusnämnden kommer utgå från de fyra internkontrollplanerna i uppföljningen av internkontrollen under år 2026.

2 Mål och uppdrag

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

Akutsjukhusnämnden skall tillse att sjukhusens uppdrag genomförs och styra mot de mål och indikatorer som anges i Budget 2026 samt bidra till att dessa mål uppnås. Nämnden följer upp indikatorerna och vidtar åtgärder om det finns risk för att indikatorernas målvärden inte uppnås.

2.1.1 Uppdrag

Akutsjukhusnämnden har i budget 2026 blivit tilldelade ett fullmäktigeuppdrag.

Uppdrag till Akutsjukhusnämnden 2026:

1. 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.

Utöver regionens mål och budget för 2026 är sjukhusuppdragen från HSN en central del av Akutsjukhusnämndens planeringsprocess och verksamhetsplan. Sjukhusuppdragen reglerar vårduppdraget vad gäller Stockholmspatienter samt dess ersättning.

De viktigaste förändringarna i den årliga justeringen av sjukhusuppdraget är följande:

- Ökad beställning av vård (volym i DRG-poäng) med 3 procent till STS samt 1 procent till vardera SÖS och DS med 50 procents ersättning
- Ökad beställning av vård med 0,36 procent till SÖS, DS och STS till 100 procent ersättning
- Höjd ersättning för produktion över 100 procent (upp till taket 104 %) från 40 procent till 50 procent
- Kostnadsreduceringskrav på drygt 1 procent

Förändringar gällande uppdrag i övrigt presenteras i respektive förvaltnings verksamhetsplan.

3 Ekonomi

Akutsjukhusnämndens sjukhus kan konstatera att sjukhusuppdragen 2026 innebär ett effektiviseringskrav för år 2026 som motsvarar drygt 1 procent av uppdragens storlek. Inför år 2026 har sjukhusens resultatkrav höjts med totalt 33 miljoner kronor i budget. Bedömt ekonomiskt gap varierar dock mellan sjukhusen, vilket beror på att det aktuella ekonomiska resultatet skiljer sig åt. Totalt beräknar sjukhusen att ASN har ett ekonomiskt gap på 240 miljoner kronor (1,5 procent) år 2026, vilket kräver åtgärder i motsvarande storlek.

För mer ingående analys av Akutsjukhusnämndens sjukhus ekonomiska gap och åtgärder för ekonomi i balans 2026 se respektive förvaltnings verksamhetsplan 2026.

Tabell 1. Akutsjukhusnämndens resultatkrav

Resultatkrav (mkr)	**Budget 2025**	**Prognos 2025**	**Budget 2026**	**Budget 2027**	**Budget 2028**
Akutsjukhusnämnden	**60**	**-4**	**93**	**95**	**95**
- varav Södersjukhuset	23	-14	33	34	34
- varav Danderyds Sjukhus	25	0	41	41	41
- varav Södertälje Sjukhus	6	-2	10	11	11
- varav S:t Eriks Ögonsjukhus	6	12	9	9	9

Tabell 2. Akutsjukhusnämndens verksamhetsplans resultaträkning

Resultat (mkr)	**Budget 2025**	**Prognos 2025**	**Budget 2026**	**Budget 2027**	**Budget 2028**
Patientavgifter	186	198	189	189	189
Sålda primärtjänster	14 075	14 141	14 787	15 108	15 664
Försäljning övriga tjänster	362	396	374	383	396
Erhållna bidrag	720	834	751	759	777
Övriga intäkter	152	227	188	192	199
Verksamhetens intäkter	**15 494**	**15 795**	**16 289**	**16 631**	**17 226**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-9 529	-9 839	-10 007	-10 224	-10 630
varav inhyrd personal	*-5*	*-45*	*-17*	*-17*	*-18*
Köpta primära sjukvårdstjänster	-45	-40	-38	-39	-40
Köpta verksamhetsanknutna tjänster	-703	-768	-745	-758	-783
Läkemedel	-1 233	-1 227	-1 276	-1 290	-1 313
Material	-862	-909	-906	-923	-951
Lokal- och fastighetskostnader	-1 631	-1 618	-1 733	-1 782	-1 833
Övriga kostnader	-993	-989	-1 044	-1 068	-1 106
Verksamhetens kostnader	**-14 997**	**-15 390**	**-15 749**	**-16 085**	**-16 656**
Avskrivningar	-437	-434	-459	-463	-487
Finansnetto	0	24	11	12	13
Resultat	**60**	**-4**	**93**	**95**	**95**

Tabell 3. Akutsjukhusnämndens investeringsutrymme

Mnkr	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028	Totalt 2026-2035
Akutsjukhusnämnden	**756,2**	**545,6**	**520,8**	**4 850,8**
varav Södersjukhuset	460,6	250,4	320,8	2 533,0
varav Danderyds sjukhus	190,0	170,0	148,0	1 611,0
varav Södertälje sjukhus	89,6	107,2	32,0	534,8
varav S:t Eriks sjukhus	16,0	18,0	20,0	172,0

Akutsjukhusnämnden/Danderyds sjukhus

Verksamhetsplan 2026

ÅR 2026

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens/VD:s kommentar 4

2 Övergripande om nämnden/bolaget 6
2.1 Ansvar och organisation 6
2.1.1 Verksamhetsfakta 6
2.2 Väsentliga förutsättningar 6
2.3 Ledningsprocess och intern kontroll 7
2.3.1 Ledningsprocess 7
2.3.2 Intern kontroll 8

3 Mål och uppdrag 10
3.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa 10
3.1.1 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov 10
3.1.2 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet 10
3.2 Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant 11
3.2.1 Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning 11
3.3 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv 13
3.3.1 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet 13
3.3.2 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035 13
3.3.3 Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling 14
3.4 Kompetensförsörjningen är långsiktig 15
3.4.1 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare 15
3.4.2 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare 21

4 Verksamhet 25
4.1 Verksamhetstal 25
4.1.1 Vårdproduktion 25

5 Ekonomi 28
5.1 Resultatbudget 28
5.1.1 Intäkter 29
5.1.2 Kostnader 29
5.1.3 Åtgärder för att nå resultatkravet 31
5.1.4 Verksamhetsindelad resultatbudget 32
5.2 Balansräkning 32
5.3 Investeringar 33

5.4 Åtgärder för ett resultat i balans 33

Bilagor

Bilaga 1: Bifogas VP - Investeringsplan 2026-2035 DS

Bilaga 2: Bilaga riktade insatser chefsförsörjning ledar- och medarbetarskap DS 2026

Bilaga 3: Bilaga riktade insatser för en hållbar arbetsmiljö DS 2026

Bilaga 4: Bilaga riktade insatser kompetensförsörjning DS 2026

1 Förvaltningschefens/VD:s kommentar

Danderyds sjukhus är ett av Region Stockholms akutsjukhus med ansvar för akut och planerad somatisk specialistvård, viss högspecialiserad vård, klinisk utbildning och patientnära forskning. Den nu lämnade verksamhetsplanen för 2026, med planåren 2027–2028, baseras på fullmäktiges beslut om mål och budget för år 2026 och planåren 2027–2028. De uppdrag, mål och indikatorer som regionfullmäktige beslutat är inarbetade i verksamhetsplanen.

De viktigaste förändringarna i den årliga justeringen av sjukhusuppdraget är följande:

- Ökad beställning av vård med 1 procent till 50 procents ersättning
- Ökad beställning av vård med 0,36 procent till 100 procent ersättning
- Höjd ersättning för produktion över 100 procent (upp till taket 104 %) från 40 procent till 50 procent
- Kostnadsreduceringskrav på drygt 1 procent

Sammanfattning

Den demografiska utvecklingen med ökat vårdbehov och de begränsade ekonomiska förutsättningarna kommer medföra fortsatt höga krav på effektiviseringar de kommande åren. Förlossningsvården går i motsatt riktning där förlossningstalen sjunker och Danderyds sjukhus uppdrag har minskat.

Sjukvården i Stockholm befinner sig dessutom i fortsatt omställning vilket innebär att akutsjukhusen främst ska ta hand om akut sjuka samt de sjukare och mer komplicerade patienterna. Budgetperiodens stora utmaning består fortsatt i att klara av kostnadsbesparingar och samtidigt uppnå produktionsmålen samt en god tillgänglighet, patientsäkerhet, kvalitet och arbetsmiljö.

Danderyds sjukhus kan konstatera att budget 2026 innebär ett effektiviseringskrav för kommande år som motsvarar drygt 1 procent av sjukhusets omsättning. Den demografiska utvecklingen med allt fler äldre multisjuka patienter har lett till ett ökat vårdbehov och behov av ökad kapacitet. Det finns en risk att den beställda volymen inte täcker vårdbehovet under år 2026 och det kommer fortsatt vara viktigt att utveckla nya arbetssätt samt utöka dagsjukvården och hemsjukvården för att klara det ökade antalet patienter.

Åtgärdsområden

Genomförande av sjukhusets strategiska arbete är kritiskt för att nå ställda resultatkrav.
Danderyds sjukhus har särskilt fokus på ett antal områden som bedöms ha störst påverkan på resultatet 2026 och efterföljande planeringsår utan inbördes prioritering:

- **Vård, forskning och utbildning av god kvalitet.** Fortsatt fokus på att arbeta med de stora patientprocesserna och att förbättra det akuta vårdflödet genom sjukhuset. Särskilt fokus på multisjuka äldre patienter på sjukhuset samt utveckla samverkan med andra vård- och omsorgsaktörer. Att fortsätta utveckla

dagvården och hemsjukvården är avgörande för att klara den demografiska utmaningen och ekonomin.

- **Hållbar och attraktiv arbetsgivare, en arbetsplats att längta till.** Fokus på kompetensförsörjning, förbättra arbetsmiljön och minska sjukfrånvaron. Att behålla och utveckla sjukhusets medarbetare är avgörande för att lyckas med en vård, forskning och utbildning av god kvalitet samt en verksamhet och ekonomi i balans.
- **Ekonomi i balans**, åtgärdsprogram för ekonomi i balans. Fortsatt fokus på flödesförbättrande åtgärder och att minska dyra lösningar som övertid och inhyrd personal. Utvecklandet av arbetet kring kloka kliniska val är ett viktigt område för att effektivisera till exempel medicinsk diagnostik, läkemedel och materialanvändning. Den regiongemensamma produktions- och kapacitetsstyrningen av vården är central för att effektivisera sjukhuset och hela sjukvårdssystemet. Det finns även ett stort behov av att digitalisera och automatisera manuella processer som tar mycket tid i anspråk från sjukhusets medarbetare.

2 Övergripande om nämnden/bolaget

2.1 Ansvar och organisation

2.1.1 Verksamhetsfakta

Danderyds sjukhus är ett av landets största akutsjukhus med cirka 4 600 medarbetare och en omsättning på cirka 6,4 miljarder kronor. Uppdraget är att bedriva akut och planerad somatisk specialistvård, viss högspecialiserad vård, klinisk utbildning och patientnära forskning.

I sjukhusets inlämnade budget för år 2026 planerar slutenvården att ta hand om 47 117 vårdtillfällen i slutenvård och inom öppenvården 472 237 besök.

2.2 Väsentliga förutsättningar

Lokalförutsättningar

Under år 2025 har sjukhusets nya vårdbyggnad (BY61) driftsatts. Byggnaden inrymmer vårdavdelningar med 30 vårdplatser per avdelning fördelat på en- och tvåpatientsrum och en intermediärvårdsavdelning. Totalt är det 170 vårdplatser och 12 IMA-platser. Det finns dock fortsatt en stor del av sjukhuset som är behov av upprustning. Byggnad 22 och byggnad 13 KK-operation har nu fått status kommande beslut (förstudier) vilket är centralt för sjukhusets fortsatta drift och robusthet.

Däremot finns ännu inte byggnad 19/20 med i budgeten vilket är problematiskt då byggnaderna har låg standard och är i behov av upprustning. Byggnad 19/20 är centrala för sjukhusets vårdplatskapacitet och vissa renoveringar är helt nödvändiga för att kunna fortsätta bedriva vård där.

Demografisk utveckling

Närmaste 10-årsperioden kommer att innebära ett ökat antal äldre över 80-90 år i befolkningen vilket kommer att fortsätta att öka resursbehovet till akutsjukhusen. Äldre multisjuka patienter som har ett stort vårdbehov ökar i antal till Danderyds sjukhus och kräver ökade resurser kommande år. Befolkningen i övrigt till exempel de som är i arbetsför ålder och betalar skatt kommer inte att öka i samma takt. Antalet unga minskar samtidigt vilket påverkar vår Kvinnosjukvård med minskade förlossningstal. Kompetensförsörjningen av våra verksamheter kommer på grund av den demografiska utvecklingen att försvåras ytterligare kommande år.

Säkerhetsläget

Det försämrade säkerhetsläget i omvärlden påverkar sjukhuset med effekter på bland annat ökad beredskap, längre leveranstider och risk för ökade priser. Arbetet med verksamhetsskydd och beredskap kommer att förstärkas ytterligare kommande år.

Ekonomiska förutsättningar

De ekonomiska förutsättningarna är fortsatt utmanande för Region Stockholm med

utmanade demografi och ökade kostnader för utjämningssystemet. För Danderyds sjukhus innebär detta fortsatta effektiviseringskrav kommande år. Detta i en situation där antalet patienter fortsätter att öka och vårdbehoven är omfattande.

2.3 Ledningsprocess och intern kontroll

2.3.1 Ledningsprocess

Danderyds sjukhus ledningsprocess utgår och följer Region Stockholms modell för integrerad ledning och styrning.

Danderyds sjukhus ledningssystem

Ledningssystemet innefattar organisationsstruktur, lednings- och beslutsprocesser, styrdokument, styrmodeller och metoder för uppföljning som tillsammans fastställer grundprinciperna för ledning av verksamheten, att ställa upp mål samt för att uppnå dessa mål. Ledningssystemet fokuserar på att verksamheten ska kunna följas genom alla dessa delar.

Danderyds sjukhus Akutsjukhushämnd

Nämnden ska följa vad som anges i lag eller annan författning. Den ska inom sitt område bereda fullmäktiges ärenden och följa det fullmäktige – i reglemente, i samband med budget eller i annat särskilt beslut – har bestämt att nämnden ska fullgöra, samt säkerställa att fastställda mål uppnås och i övrigt följa givna uppdrag och angivna riktlinjer. Nämnden ansvarar för att dess organisation är tydlig, resurseffektiv och ändamålsenlig med hänsyn till av fullmäktige fastställda mål och styrning samt lagar och andra författningar för verksamheten.

Danderyds sjukhus ledningsgrupp (DSLG)

Sjukhusdirektören har det operativa ansvaret för sjukhuset och ska på uppdrag av nämnden organisera sjukhusets ledningsfunktioner så att ändamålsenlig styrning och kontroll av verksamheten uppnås. Inom DSLG utvecklas sjukhusets strategier och mål för att lösa sjukhusets uppdrag. I DSLG sker löpande uppföljning av sjukhusövergripande mål.

Taktiska forum (TF)

Taktiska forum (TF) är tvärfunktionella grupper med egna beslutsmandat. TF finns för opererande verksamheter (TFO), ett gemensamt forum för akuta vårdflöden och vårdplatser (TFAV) samt ett TF för intensiv- och intermediärvård (TFII). Det har senaste åren tillkommit även ett Taktiskt forum för krisberedskap (TFK) och ett Taktiskt forum för kvalitet och patientsäkerhet (TFQ) som är centrala för sjukhusets arbete med ökad robusthet och kvalitet.

Verksamhetsuppföljning (VUF) och kvalitetsdialog

Verksamhetsuppföljning med sjukhusets samtliga verksamhetsområden (VO) äger rum minst 7 gånger per år. Vid dessa verksamhetsuppföljningar redovisas och diskuteras VO:s produktion, ekonomi, personal, tillgänglighet och hållbarhet. På mötet görs

överenskommelser om korrigerande åtgärder vid avvikelser. För att öka fokus på kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor hanteras dessa områden via kvalitetsdialoger ute på respektive verksamhetsområde en gång per termin.

Utöver ovanstående finns det ett antal råd, kommittéer och andra sjukhusövergripande forum för beslut på Danderyds sjukhus. Sjukhuset och Karolinska Institutet vid Danderyds sjukhus (KIDS) samverkar i FoUU kommittén.

Danderyds sjukhus verksamhetsmodell utgår från uppdraget att bedriva akut och planerad somatisk specialistvård, viss högspecialiserad vård, klinisk utbildning och patientnära forskning. Verksamheten är skattefinansierad, förutom de delar som faktureras för utlandsvård. Viktigaste produktionsresurs utgör medarbetarna och deras kompetens. Största inflödet av patienter kommer genom akutmottagningen och genom remisser från primärvården. Danderyds sjukhus motto är: "I trygga, säkra, händer", i övrigt arbetar sjukhuset enligt regionens vision, mål och värderingar.

2.3.2 Intern kontroll

Arbetet med intern kontroll syftar till att proaktivt säkerställa att verksamheten, i enlighet med vad fullmäktige beslutar:

- uppfyller fastställda mål
- når långsiktig varaktighet och hållbarhet
- bedrivs ändamålsenligt, säkert och effektivt
- följer tillämpliga lagar, beslut, föreskrifter, avtal, styrande dokument med mera
- har tillförlitlighet i rapportering och information

Intern kontroll inom Region Stockholm regleras i riktlinjen för intern kontroll RS 2022-0326 och utgår från COSO-modellen, detta innebär att arbeta systematiskt med att förutse risker och möjligheter och att proaktivt hantera och kommunicera dessa.

Styr- och kontrollmiljön är grunden för den interna kontrollen inom Danderyds sjukhus och 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 styrdokument är Delegationsordningen som tydliggör ansvar och befogenheter för respektive roll inom organisationen. Akutsjukhusnämnden fastställer en grundläggande plan för arbetet med den interna kontrollen. Sjukhusledningen rapporterar regelbundet till Akutsjukhusnämnden 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 bland annat 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.

Danderyds sjukhus har genomfört riskanalys enligt COSO-modellen 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 kommer att följas noggrant under året.

Riskområden, högst risk

- Låg kvarstannandegrad i 24/7-verksamheter
- Ekonomi i balans
- Ledtider på akutmottagningen

3 Mål och uppdrag

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

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

Målen gällande väntetider till första besök/behandling har sjukhuset historiskt klarat av bortsett ifrån sommarmånaderna. Tillgängligheten på akutmottagningen har förbättrats men kräver ytterligare åtgärder för att minska den totala vistelsetiden.

Ett allt tydligare fokus på att öka tillgängligheten finns redan idag men kommer att förstärkas under 2026 och inom ramen för arbetet med produktions- och kapacitetsstyrningen (PKS).

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist	Regionfullmäktige	>=80 %	80 %
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist	Regionfullmäktige	>=70 %	Öka från år 2 025
Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning	Regionfullmäktige	35	Minska från år 2 025
Total vistelsetid på akutmottagning	Regionfullmäktige	<250	Minska från år 2 025

3.1.2 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Danderyds sjukhus strävar alltid mot en sjukvård av god kvalitet. Under 2026 ska kvaliteten i vården förbättras genom fortsatt fokus på de stora patientprocesserna och våra akuta vårdflöden genom sjukhuset. Viktigt att öka flödeseffektiviteten, undanröja hinder samt motverka arbete i "silos".

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Vårdrelaterade infektioner utgör ett stort hot mot patientsäkerheten och är en av de vanligaste vårdskadorna som drabbar patienter i vården. Eftersom resistensutveckling mot antibiotika ökar, är det av yttersta vikt att dessa bakterier inte får spridning i samhället. För den enskilda patienten kan en vårdrelaterad infektion leda till ett ökat lidande av svårbehandlade infektioner som ibland också kan innebära ett kroniskt bärarskap av så kallade anmälningspliktiga resistenta bakterier (ARB). För sjukvården och samhället leder det till ökade sjukvårdkostnader och förlängda vårdtider.

En grundläggande åtgärd för att förebygga uppkomsten av vårdrelaterade infektioner samt förebygga smittspridning, är tillämpning av basala hygienrutiner och klädregler utifrån Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2015:10.

Under 2026 är det fortsatt fokus på basala hygienrutiner som syftar till att främja en miljö som leder till det ska vara lätt att göra rätt. Vidare att utbildningar som tillhandahålls skapar faktiska förutsättningar för utveckling och upprätthållande av grundläggande vårdhygienisk kompetens samt att tillse att riktlinjer och rutiner är korrekta, uppdaterade, kända och sökbara.

Utskrivningsklara dagar till kommunen

Uppfyllelse av målet beror till stor del på fungerande samverkan mellan akutsjukhuset och kommunerna. Genom god och kontinuerlig samverkan mellan sjukhuset och närområdets kommuner förväntas utskrivningsklara dagar hållas på en fortsatt låg nivå år 2026.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner	Regionfullmäktige	<=4 %	<=4 %
Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle	Regionfullmäktige	<=1,3	Bibehålla eller minska från år 2 025

Uppdrag	Beslutat av	Status
Genomföra en systematisk kartläggning av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter inom vårdverksamheten	Regionfullmäktige	

Akutsjukhusnämnden Danderyds sjukhus har ett fullmäktigeuppdrag år 2026 och det är att genomföra en systematisk kartläggning av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter inom vårdverksamheten. Inom det regionala produktions- och kapacitetsstyrningsarbetet (PKS) är dimensioneringen av verksamheten en central del där denna kartläggning kan bidra till att förbättra effektiviteten i vården.

3.2 Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant

3.2.1 Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning

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 (KI-DS) och det finns sedan många år ett utvecklat och strukturerat samarbete i syfte att stärka FoUU vid sjukhuset. Exempel på detta är att institutionen och Danderyds sjukhus gemensamt fattat beslut om att den forskning som sker på KI-DS/Danderyds sjukhus ska i huvudsak utgå från de stora patientgrupper och vårdprocesser som sjukhuset inrymmer. Forskningen ska spänna från translationell 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 nyinrättad tjänst som FoUUi direktör, en partsammansatt FoUU-kommitté och under denna ett utbildningsråd och ett forskningsråd. På Danderyds sjukhus finns även ett antal 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 under sjukhusets styrkort. FoUU-kommittén följer varje år upp att alla USV-enheter uppfyller USV-kriterierna och säkerställer åtgärdsplaner om någon enhet inte uppfyller kriterierna.

Under 2026 ska en ny FoUU-organisation sjösättas under ledning av den nya FoUUi-direktören. I den nya organisationen kommer bland annat Kliniskt Forskningscentrum (KFC), med KFC-lab, KFC-support och CAIR-lab, att ingå. KFC, som är en central stödfunktion till alla sjukhusets forskningsenheter finansieras med centrala FoUU-medel och medel från Karolinska Institutet, ska fortsätta att utvecklas bland annat i syfte att kunna ge stöd till primärvården. Under 2025 har registreringen av kliniska studier förflyttas från Danderyds sjukhus egna register till regionens register och under 2026 behöver registreringen följas upp och säkerställas att den sker för samtliga kliniska studier. Under de närmaste åren vill vi öka antalet kliniska studier, både akademiska och kommersiella. Det vill vi göra genom ökad central support från KFC, tydliga prioriteringar på USV-enhetsnivå, säkerställande att finansierad forskningstid kan tas ut, ett ökat fokus på att erhålla regionala, nationella och internationella externa anslag, mer och bättre tillgängliggörande och användande av vårddata, samt fortsatt utveckling av samarbete regionalt (med särskild fokus på primärvård), nationellt och internationellt. Viktiga indikatorer att följa kommer att bli antalet kliniska studier, sökta och erhållna anslag, samt antalet aktiva doktorander.

Utbildningsuppdraget är brett och omfattar allt från vård- och omsorgsutbildningar på gymnasial nivå, yrkeshögskoleutbildningar, högskoleutbildningar på grundnivå och avancerad nivå till utbildning för forskarstuderande samt fort- och vidarebildningar så som till exempel AT-, BT- och ST-utbildning för läkare. Under 2026 krävs ett arbete för att skapa en organisation kring BT och BT/ST när AT fasas ut och läkarutbildningen blir legitimationsgrundande. För att säkerställa kvaliteten i utbildningsuppdraget och lärandemiljöerna krävs också ett strukturerat och systematiskt arbete inom pedagogisk utveckling så som kompetensutveckling av handledare inom VFU och för medarbetare som deltar i den kliniskt tillämpade undervisningen för läkarstudenter; såväl akademisk som professionellt och pedagogiskt. Under 2026 läggs fortsatt fokus på att (1) tydliggöra systematik och styrning av, samt kunskap på ledningsnivå om uppdraget utifrån utbildningsdirektivet, (2) tydliggöra hur utbildningsmedel fördelas och följs upp på VO-nivå, (3) skapa goda förutsättningar och bemanna för genomförande av uppdraget med hög kvalitet, samt (4) säkerställa god handledarkompetens samt att få in utbildningsuppdraget i den nya FoUUi organisationen. Viktiga indikatorer är fortsatt

kvantitativa mått på utbildningens omfattning och kvalitet, t.ex. studerandeveckor och studentnöjdhet samt handledarkompetens.

Centralt för forskning som främjar hälsa är integrationen av patientperspektivet och synen på patienten som en aktiv deltagare i sin egen vård. Omvårdnadens fyra grundpelare utgörs av människa, miljö, hälsa och omvårdnad. För att främja upprätthållandet och utveckling av klinisk forskning, god klinisk vård och lärande under klinisk praktik som främjar hälsa, behöver möjligheterna för kontinuerlig professionell utveckling för sjuksköterskor ses över och stärkas. En viktig del kan utgöras av etablering av tjänstestrukturer som inrymmer karriärvägar inom forskningen och uppdrag som syftar till att implementera aktuell omvårdnadsforskning i kliniska patientprocesser.

3.3 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

3.3.1 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Med utgångspunkten att värna kärnverksamheten ska effektiviseringar säkerställa en ekonomi i balans. Effektiviseringarna ska främst ske genom fortsatt minskning av dyra bemanningslösningar, en effektiv organisation, kloka kliniska val samt fördjupad och förbättrad samverkan och styrning inom koncernen.

För att nå en ekonomi i balans år 2026 krävs fortsatt effektivisering inom vården och bland administrationen.

Genomförande av sjukhusets strategiska arbete är kritiskt för att nå ställda resultatkrav.
Danderyds sjukhus har identifierat tre centrala områden som bedöms ha störst påverkan på resultatet 2026 och efterföljande planeringsår är utan inbördes prioritering:

- Vård, forskning och utbildning av god kvalitet, fortsatt fokus på att arbeta med de stora patientprocesserna och att förbättra det akuta vårdflödet genom sjukhuset
- Hållbar och attraktiv arbetsgivare, en arbetsplats att längta till, fokus på kompetensförsörjning, förbättra arbetsmiljön och minska sjukfrånvaron
- Ekonomi i balans, åtgärdsprogram för ekonomi i balans

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Administrativa kostnader ska minska	Regionfullmäktige	101 mkr	Enligt budget 2 026

3.3.2 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

Danderyds sjukhus konsumtion av varor och tjänster leder till 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. Sjukhuset ska bidra till Regions Stockholms klimatåtagande, att halvera klimatpåverkan jämfört med 2019. Här handlar det om att bidra genom förändrade arbetssätt inom vård- och serviceprocesser samt ändrat beteende. Viktigt för arbetet är cirkularitetsprinciperna, som minskar tillflöde till avfallsberget och miljöpåverkan samt gör att material stannar i det cirkulära flödet så länge det kan användas. Mycket av arbetet sker inom ramen för uppdragen inom kloka kliniska val och kapacitet- och produktionseffektivisering. Avseende konsumtionsbaserad klimatpåverkan ska sjukhusets verksamheter under 2026 fortsätta arbeta för att minska svinn eller onödig användning av engångsprodukter och öka användningen av engångsprodukter med låg klimatpåverkan, exempelvis produkter gjorda av biobaserade material. Verksamheterna ska också fortsätta införandet av cirkulära plastförkläden och förbättra kvaliteten av källsorterat avfall. Tillvaratagande av använda möbler och viss elektrisk utrustning för återbruk samt utbyte av engångs- till flergångprodukter inom planerade projekt kommer att bidra till resurseffektivitet och ökad livslängd av produkter. Arbete med att ställa relevanta hållbarhetskrav fortsätter.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019	Regionfullmäktige	-37 %	-37 %
Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan	Regionfullmäktige		Basårsmätning år 2 026
Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav	Regionfullmäktige	100 %	100 %
Nämnden/bolaget har genomfört åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden	Regionfullmäktige	Ja	Ja

3.3.3 Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling

Danderyds sjukhus lägger stor vikt på att tillse patienternas rätt till jämställd och jämlik vård. Vidare att efterleva lagar samt andra krav inom mänskliga rättigheter och diskriminering. Utöver regelkraven har ett antal policys och ägardirektiv formulerats inom Region Stockholm, vilket förtydligar vad som förväntas av respektive bolag och förvaltning inom dimensionen social hållbarhet.

På sjukhuset 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. Diskriminering motverkas bland annat genom att alla ska få likvärdig information oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning samt ålder. Vidare att sjukhuset har en trygg, jämställd, och jämlik arbetsplats samt är robust och klimatanpassad.

Sjukhuset gör även insatser för god folkhälsa, vilket är en förutsättning för en hållbar utveckling i samhället. En viktig del för att förebygga kränkningar av mänskliga rättigheter, arbetares rättigheter och korruption är att ställa krav på leverantörer att tillämpa regionens uppförandekod. Under 2026 ska sjukhusets verksamheter fortsätta arbetet med att förebygga och motverka diskriminering enligt de sju diskrimineringsgrunderna. Prioriterat är medvetenhet och kompetens inom diskrimineringsfrågorna med fokus på bemötande samt kommunikation/information i vårdsituation.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Nämnden/bolaget har utifrån sitt uppdrag arbetat systematiskt med social hållbarhet	Regionfullmäktige	Ja	Ja

3.4 Kompetensförsörjningen är långsiktig

3.4.1 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Kompetensplanering

Produktions- och kapacitetsplanering

För att säkerställa god kompetens i chefsledet i det nationella uppdraget att implementera *Socialstyrelsens produktions och kapacitetsplaneringmodell* behöver sjukhuset bland annat att säkerställa varje chefs förmåga att tolka och agera på dataunderlag i sin verksamhetsstyrning. Vårdens chefers förmåga att, på ett datadrivet sätt, agera inom hela sitt mandat i en värld som präglas av ökande informationsvolymer och krav på vårdens förmåga att hantera en åldrande befolkning inom samma resursutrymme är en viktig del i att upprätthålla rätt kompetens, en god arbetsmiljö och patientsäkra arbetssätt.

Införandet av kompetenstorget

Under 2026 kommer Danderyds sjukhus implementera ett nytt *IT-stöd för kompetensplanering och utveckling, Kompetenstorget*. Verktyget blir ett centralt stöd för kompetensplanering för chef och medarbetare och ersätter Heroma kompetens och Lärtorget. Kompetensplaneringsprocessen utgörs av att identifiera kompetensbehov, kartlägga kompetens, analys och kompetensplan, utvecklingssamtal samt uppföljning och utvärdering.

Kompetensstegar

I och med arbetet med produktions-, kapacitets- och kompetensplanering är arbetet med kompetensstegar i fokus. Kompetensstegarna skapar tydlighet i kompetensnivåer och utvecklingsvägar samt stärker chefers förutsättningar för planerad och behovsstyrd kompetensutveckling. Danderyds sjukhus kommer fortsätta utveckla arbetet med kompetenstegarna. Roller samt ansvarsbeskrivningar kommer tas fram och stöd i arbetet med kompetensstegarna kommer erbjudas till chefer och medarbetare.

Kompetensutveckling

Nedtrappning av AT och övergång till ny ST-föreskrift

Utbildning av läkare är en strategisk kompetensförsörjningsfråga för sjukhuset och en förutsättning för sjukhusets återväxt av specialistläkare.

Övergången från ST-föreskriften 2015 till föreskriften 2021 med upptrappning av ST-läkare som ska göra BT-tjänstgöring enligt föreskriften 2021och nedtrappning av AT-läkare parallellt med fortsatt ST-läkare som tjänstgör enligt föreskriften 2015 kommer att innebära stor påverkan på arbetssätt, kapacitet och produktion i sjukvården nationellt, regionalt och lokalt. För Danderyds sjukhus således stor påverkan på alla sjukhusets verksamheter inom alla specialiteter. Reformen påverkar alla läkare med omfattande nya handledarkrav och krav på genomgångna handledarutbildningar med risk för undanträngningseffekt på vårdproduktionen. Parallellt ökar utbildningen av ST läkare med integrerad BT i primärvården det vill säga sjukhuset får successivt ökat antal BT läkare från primärvården på sidoutbildning på akutsjukhet, vilket medför ytterligare handledarbehov.

För att kunna möta övergången fortsätter sjukhusets förberedelser under 2026 för att ta emot de första svenskutbildade BT-läkarna 2027, att ta emot ett successivt ökat antal sidoutbildande BT läkare från primärvården 2026 och framåt och ta emot utlandsutbildade ST läkare med integrerad BT från 2026. I det arbetet ingår aktiviteter med bred delaktighet på strategisk, taktisk och operativ nivå, liksom utbildningsinsatser. Utbildningsinsatser och kurser framför allt och för sjukhusets handledare av utbildningsläkare med fokus på handledarskap och bedömningsmetoder inom AT, BT och ST. Men också utbildningsinsatser och kurser för BT läkares A- och B-mål integrerat med ST-läkares A-och B mål för de ST och BT som går enligt föreskriften 2021 och de ST som går enligt föreskriften 2015.

Handledarkompetens och verksamhetsintegrerat lärande

Att attrahera framtida medarbetare utgör en viktig dimension för det långsiktiga kompetensförsörjningsarbetet. Här utgör sjukhusets arbete under utbildningsuppdraget för studerande som ett betydelsefullt och prioriterat arbete även under 2026. Goda utbildningsupplevelser för dessa studerandegrupper är mycket viktiga för att de efter avslutade studier ska komma att söka anställning på sjukhuset. Sjukhuset kommer under 2026 inrätta en ny FoUUi-organisation och fortsatt arbeta för att öka antalet handledare, stärka handledarkompetensen samt erbjuda verksamhetsintegrerat lärandet i allt större omfattning.

Klinisk medarbetarutbildning

Sjukhuset kommer under det kommande året, i samverkan med sjukhusets utbildningscentrum Clinicum, utveckla och genomföra utbildningsinsatser som bidrar till rätt och stärkt medarbetarkompetens genom relevanta utbildningar och möjliggörande av träning i ändamålsenliga lokaler – med målet att stärka en kvalitativ och patientsäker vård.

En prioriterad satsning under året är den samordnade utbildningsinsatsen gällande inläggning och handhavande av perifer venkateter (PVK) för legitimerade sjuksköterskor på sjukhuset. Syftet med insatsen är att höja kunskapsnivån, öka följsamheten till riktlinjer och rutiner, basala hygienrutiner, korrekt dokumentation samt att minska PVK-relaterade vårdskador. Syftet grundar sig utifrån identifierade vårdavvikelser och resultat från föregående års punktprevalens mätning för PVK.

En annan insats som planeras 2026 är att *Stoppa blödningen*, ett internationellt koncept för blödningskontroll som tagits fram och förvaltas av Katastrofmedicinskt Centrum på uppdrag från MSB och Socialstyrelsen. Att snabbt kunna hantera stora blödningar är en färdighet som är användbar och potentiellt livräddande både ifall sjukhuset skulle bli mottagande sjukhus vid en större händelse men också om sjukhuset i sig skulle vara platsen där detta sker såsom vid en PDV-händelse. Insatsen rör utbildning av huvudinstruktörer för att i nästa steg utbilda andra instruktörer, medarbetare och på sikt ideella föreningar och sjukhusvolontärer.

Klinisk bas-, fördjupning- och annan vidareutbildning

För att säkerställa "rätt" och stärkt kompetens hos yrkesprofessioner och för att bidra till en kvalitativ och patientsäker vård kommer kliniska basutbildningar fortsätta att erbjudas och vidareutvecklas under 2026.

Klinisk basutbildning för sjuksköterska och undersköterska kommer att fortlöpa under året med kursstarter både vår- och hösttermin. De kliniska basutbildningarna syftar till att underlätta övergången från högskoleutbildning till yrkesverksam sjuksköterska inom akutsjukvården samt stärka undersköterskors yrkeskompetens och förståelse för akutsjukvårdens specifika krav. Målet är att deltagarna ska uppnå de två första stegen i Region Stockholms kompetensstege.

Utbildningarnas format och innehåll justeras kontinuerligt utifrån deltagarutvärderingar samt synpunkter från utbildningsledarrådet på sjukhuset. På Danderyds sjukhus finns även ett framtaget underlag för att starta ett utbildningsprogram för sjuksköterskor motsvarande steg 3 och 4 i Region Stockholms kompetensstege. Materialet behöver dock ses över och uppstarten bör föregås av ett inriktningsbeslut om prioritering och resursfördelning.

Inom akutsjukhusnämndens pågår parallellt ett samarbete mellan Södersjukhuset, Södertälje sjukhus och Danderyds sjukhus för att utveckla ett utbildningsprogram för undersköterskor motsvarande steg 3 och 4 i kompetensstegen. Innan ett sådant program kan införas på Danderyds sjukhus behöver den befintliga kliniska basutbildningen för undersköterskor ses över.

På sikt behöver de kliniska basutbildningarna revideras och utformas i linje med den kompetensplaneringsprocess som stöds av Kompetenstorget – Region Stockholms nya IT-stöd för systematiskt arbete med kompetensplanering och kompetensutveckling. Genom verktyget kan kompetensgap identifieras, analyseras och användas som underlag för att vidareutveckla utbildningarnas innehåll och relevans för akutsjukvårdens behov. Inför en revidering bör kunskap och erfarenheter inhämtas

från verksamheterna, exempelvis genom fokusgrupper med representanter från både chefs- och medarbetarled, för att säkerställa att innehållet motsvarar verksamhetens krav och framtida kompetensbehov.

Danderyds sjukhus kommer under 2026 också följa regionens plan för vidareutbildning till specialistsjuksköterskor. Sjukhuset ser också ett behov av att tillgodose andra fördjupnings- och vidareutbildningar i syfte att möta efterfrågad kompetens i det kliniska arbetet.

Schema och bemanning

Under 2026 påbörjas arbetet med att införa ett nytt schemaläggningssystem inom Region Stockholm. Vilket system det blir eller hur funktionalitet och avgränsning kommer att se ut är i dagsläget inte fastställt. Ett stort lokalt arbete kommer att krävas kring utbildning, inventering, arbetssätt och planering för införande. Arbetet planeras att bedrivas i projektform med samordning på tre nivåer; region, nämnd och förvaltning. Målsättningen är att öka det digitala stödet i schemaläggningen och bidra till förbättrade arbetssätt. Parallellt med utvecklingen av systemfrågan planeras rutiner och riktlinjer ses över avseende vissa schemamodeller. Vad riktlinjearbetet exakt kommer mynna ut i för åtgärder och förändringar är i dagsläget inte helt känt. Även arbetet med produktions- och kapacitetsplanering kommer sannolikt att innebära förändringar i sjukhusets befintliga schemaläggning. För att säkerställa att verksamhetens behov tillgodoses och att det balanseras med lagkrav och hållbara scheman för sjukhusets medarbetare kommer utbildningsinsatser att krävas där målgruppen är såväl chef som bemanningsadministratör.

Införandet av Cosmic Birth

I november 2026 går alla barnmorskemottagningar, förlossningskliniker och ultraljudsmottagningar i Region Stockholm och Region Gotland över till journalsystemet Cosmic Birth. Cosmic Birth kommer att ersätta det befintliga journalsystemet Obstetrix. Alla enheter går över från Obsterix till Cosmic Birth samtidigt.

För att säkerställa funktionaliteten i systemet kommer olika flöden i vården att testas i en testversion av Cosmic Birth, med start vid årsskiftet 2025/2026. Utbildningsperioden i Cosmic Birth för samtliga användare startar september 2026 och pågår fram till införandet. Utbildningen är till största delen digital och genomförs individuellt med stöd av filmer och övningar. Fysiska övningstillfällen ska finnas där medarbetarna kan ställa frågor, öva på dokumentationsflöden och lära mer om hur Cosmic Birth fungerar. Den digitala utbildningen kommer att finnas på Region Stockholms nya lärplattform Kompetenstorget.

För införandeansvariga/superanvändare startar utbildningen redan under våren 2026.

Medarbetarskap

Under 2026 kommer sjukhuset att fortsätta utveckla medarbetarskapet genom tydliga förväntningar, ansvar och stödjande aktiviteter och verktyg som stärker engagemang,

samarbete och produktivitet hos alla medarbetare.

”DS Medarbetarskap” – implementering av ny medarbetarplattform

Danderyds sjukhus kommer under 2026 att implementera ”DS Medarbetarskap”, sjukhuset nya medarbetarplattform. Denna består av ett ramverk som beskriver förväntningar och ansvar för sjukhuset samtliga medarbetare, mallar för utvecklingssamtal och lönesamtal samt en chefsguide och en medarbetarguide. Plattformen utgör även grund för samtal om lön och lönesättning. Implementeringen leds av HR-avdelningen och startar med sjukhusets chefsgrupper. I nästa steg kommer sjukhusets chefer tillsammans med HR att ansvara för att implementera ”DS Medarbetarskap” inom sina enheter. Implementeringsarbetet sker i nära samarbete med införandet av Kompetenstorget, det nya IT-stödet för kompetensplanering och kompetensutveckling.

”DS-IN” – introduktionsdag för sjukhusets medarbetare

Under 2026 kommer sjukhuset att utveckla en ny introduktionsdag för medarbetare, DS-IN. Syftet är att skapa förståelse för sjukhusets uppdrag och värderingar, stärka tillhörighet och engagemang, främja samarbete och samhörighet, tydliggöra förväntningar och ansvar samt stödja snabbare produktivitet.

Ledarskap

Danderyds sjukhus kommer under det kommande året att fortsätta sitt arbete med att stärka och utveckla sjukhusets chefer och ledare inom ramen för ett Utvecklande ledarskap.

”DS Ledarskap” – reviderad plattform för chefer och ledare

Under 2026 kommer sjukhuset att revidera sina ledarkriterier utifrån Region Stockholms nya tillämpningsanvisning för chef- och ledarskap samt DS medarbetarplattform. Syftet är att komplettera DS Medarbetarskap med DS Ledarskap, en plattform som tydliggör ansvar och förväntningar på chefer och ledare. Som en del i arbetet utformas även en ny samtalsmall för samtal mellan chefer, för att strukturera dialog, följa upp ledarskap och planera utvecklingsinsatser för chefer och ledare.

”Att leda utan att vara chef” – ledarutveckling för Regionens ledare

Sjukhuset kommer även under 2026 att ansvara för Region Stockholms ledarutbildning “Att leda utan att vara chef”. Utbildningen riktar sig till personer i ledande roller utan formellt chefskap, exempelvis teamledare, enhetsledare, medicinskt ledningsansvariga, flödeskoordinatorer med flera. Utbildningen ger metoder och verktyg som stärker ledarskapet vilket kan bidra till att höja tilliten för ledarskapet och öka effektivitet i verksamheten.

Chefsdagar

Under 2026 kommer sjukhuset att arrangera chefsdagar med syfte att stärka det gemensamma chefs- och ledarskapet, öka samsyn och samverkan samt fördjupa engagemanget för organisationens uppdrag och utveckling.

Ledningsgruppsutveckling

Sjukhuset har många nya ledningsgrupper och har identifierat ett behov av att utveckling för dessa under det kommande året. Ledningsgruppsutvecklingen syftar till att stärka samarbete, tydliggöra roller och ansvar, skapa psykologisk trygghet och bygga en gemensam förståelse för gruppens uppdrag och mål.

Chefsutveckling grupp och individ

Sjukhuset fortsätter att arbeta utifrån sin grundstruktur för chefs- och ledarutveckling, med obligatoriska och rekommenderade utbildningar kopplade till Region Stockholms utbud av chef- och ledarutveckling. Behov av utveckling för chefer i grupp, liksom individuella behov av chefs- och ledarutveckling, kommer även under 2026 att fångas upp och avropas via Region Stockholms upphandlade leverantörer.

Attraktiv arbetsgivare

Sjukhusets målsättning är att fortsatt vara en konkurrenskraftig arbetsgivare som kan attrahera, rekrytera, utveckla och behålla medarbetare med rätt kompetens. Sjukhuset avbolagiserades, tillsammans med de övriga sjukhusen inom Akutsjukhusnämnden, vid årsskiftet 2024/2025. Arbetet med att analysera, utreda och samordna gemensamma frågor inom nämnden och regionen har varit omfattande under år 2025. Under kommande år fortsätter och förstärks arbetet med att hitta gemensamma förbättringsområden och samordningsmöjligheter inom Akutsjukhusnämnden.

Initiativ har till exempel tagits inom områdena löneöversyn, samverkan och rekrytering. En sjukhusgemensam workshop har genomförts som lagt grunden för gemensamma insatser under år 2026. Särskilt fokus ligger på att samordna och minimera administration och dubbelarbete. Arbetet är i första hand långsiktigt och kräver hänsyn till sjukhusens olika strukturer och kulturer. Parallellt med samordningen inom Akutsjukhusnämnden sker också ett antal regionövergripande insatser med mål att öka förvaltningarnas attraktionskraft samtidigt som det ska bidra till resursoptimering inom regionen.

Rekrytering och Employer Branding

Rekryteringsarbetet sker på ett professionellt, strukturerat och effektivt sätt. Danderyds sjukhus har tydliga processer och rutiner för att säkerställa att regler och lagar efterföljs samt optimera kandidatupplevelsen. För att säkerställa att rätt kompetens tillgodoses och att alla sökande ska bli behandlade på samma sätt och bedömda utifrån samma grunder utgår Danderyds sjukhus från en kompetensbaserad rekryteringsmetod. Områdena Rekrytering och Employer Branding kommer fortsätta utvecklas under 2026 i nära samarbete med representanter från den kliniska verksamheten. Några av Danderyds sjukhus fokusområden för 2026 är:

- Strukturerat arbete utifrån fastställt årshjul (temadagar, digitala kampanjer, deltagande vid events etc.)
- Arrangera medarbetardag på Danderyds sjukhus i syfte att stärka den interna stoltheten, öka känslan av “tillsammans” och visa vilken bredd vi har i vår

verksamhet.

- Implementera Region Stockholms nya kommunikativa koncept "För allt det vi kallar Livet" och genom det stärka sjukhusets arbetsgivarvarumärke som en del av Region Stockholm. Visa på tydligare samhörighet inom regionen, vilka vi är som arbetsgivare och vad vi erbjuder.
- Under året kommer nytt rekryteringsverktyg att upphandlas för implementering i januari 2027.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning	Regionfullmäktige	99 %	99 %

3.4.2 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Åtgärder för att minska sjukfrånvaron

Danderyds sjukhus har fått medel från Region Stockholm för att genomföra riktade satsningar för en hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö, med fokus på ökad hälsa, förebyggande av ohälsa och minskad sjukfrånvaro. Vid halvåret 2025 var sjuktalen generellt på väg nedåt, främst långtidssjukfrånvaron har minskat. Sjukfrånvaron låg totalt för halvåret 2025 på 6,31 procent. En minskning i jämförelse med samma period föregående år då den totala sjukfrånvaron uppgick till 6,42 procent. Regionens mål om sjukfrånvaro lägre än 6 procent är därmed ännu inte nådd.

Exempel på insatser som genomförts inom projektet under 2025 är bland annat att fortsätta stärka arbetsmiljökompetensen för chefer, skyddsombud och medarbetare inom områdena SAM, OSA och arbetsplatsinriktad rehabilitering. Riktade insatser på både individ och gruppnivå har genomförts genom aktivitetsprogram inom arbetsplatsinriktad rehabilitering, livsstilsprogram med mera. Insatser har även genomförts inom grupphandledning och teamutveckling på avdelningar där det funnits behov kopplat till konflikter.

För att stärka det hälsofrämjande arbetet har ett flertal föreläsningar genomförts bland annat inom skadligt bruk, kommunikation och bemötande samt insatser för att stärka kunskaperna inom utsatthetsområdena hot och våld, kränkande särbehandling, diskriminering, trakasserier och sexuella trakasserier. Utöver detta har också föreläsning för att öka kunskap inom neuropsykiatriska funktionsnedsättningar genomförts.

En av de omfattande insatserna för att sänka sjukfrånvaron är programmet *Vägen framåt* som är ett förebyggande rehabiliteringsprogram som syftar till att hjälpa och stötta medarbetare som riskerar att hamna i längre sjukfrånvaro. Syftet är att medarbetaren ska kunna återgå till arbetet/alternativt till annat arbete.

Under 2025 har även en kartläggning påbörjats inom varje verksamhetsområde kopplat till yrkesgruppen undersköterskor. Denna kartläggning tillsammans med kartläggning av individuella sjukärenden kommer att ligga till grund för kommande

aktiviteter 2026 för att sänka sjukfrånvaron hos yrkesgruppen undersköterskor.

Genom fortsatt tilldelade medel för år 2026 kommer flera av dessa beskrivna insatser att fortsätta under nästa år. Fokusområden för 2026 är:

- förstärka chefernas stöd i det praktiska rehabarbetet genom att tillsätta en rehabkoordinator
- implementera och utbilda alla chefer inom rehabmodulen HälsoSam samt en fördjupad utbildning för arbetsplatsinriktad rehabilitering
- fortsätta arbetet med kartläggning av pågående sjukärenden för att på sikt kunna arbeta i förebyggande syfte vid sjukskrivning
- fortsätta arbetet med programmet *vägen framåt* samt insatser för att stärka cheferna inom området rehabilitering
- förstärka arbetet med återhämtning under arbetsdagen
- fortsätta erbjuda fysiska arbetsmiljöutbildningar, både grundläggande och fördjupande utbildningar
- fortsätta stärka cheferna inom området organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA)
- utveckla samarbetet med DS hälsa och personalgymmet *Lyftet* för att kunna arbeta ännu mer förebyggande
- stötta chefer i frågan om våld i nära relationer i kommande medarbetarsamtal
- fortsätta arbetet inom området reflektion med fokus på implementering i det dagliga arbetet.

En utvärdering av 2025 års aktiviteter kommer att genomföras efter årsskiftet, denna kommer tillsammans med resultatet av 2025 års OSA-kartläggning/medarbetarundersökning ligga till grund för fortsatt planering av 2026 års åtgärder.

Hållbart medarbetarengagemang

Danderyds sjukhus uppfyller regionens målvärde om HME = 80. Resultatet från 2025 års OSA kartläggning/medarbetarundersökning visar dock på ett en minskning från år 2024 då värdet var 81. Samtliga arbetsplatser kommer att senast den 31 januari gå igenom sina resultat och därefter startar arbetet med att identifiera aktiviteter för att behålla de resultat som är goda och för att identifiera förbättringsåtgärder för resultat som behöver utvecklas. Ett arbete som ska vara färdigställt i mars för att sedan återrapporteras inom ramen för sjukhusets verksamhetsuppföljning under maj månad.

På en sjukhusövergripande nivå finns styrkorna inom områdena bemötande, trivsel, delaktighet, motivation och ledarskap. De största utmaningarna för sjukhuset återfinns inom områdena krav, organisationsresurser samt återhämtning och arbetsbelastning.

Övriga insatser inom arbetsmiljöområdet

Utöver de insatser som planeras att genomföras inom ramen för projektet *Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö* planeras ett flertal arbetsmiljöinsatser under 2026.

- Under 2025 startades ett arbete tillsammans med Södersjukhuset med att ta

fram ett stöd för chefer med fokus på riskbedömningar inom området kemikaliehantering även utbildningar inom området har genomförts på Danderyds sjukhus. Att fortsätta stärka chefers kunskaper och ta fram stöd inom området kommer att fortsätta under 2026.

- Det nuvarande systemet för avvikelsehantering, HändelseVis, ska ersättas. Det nya systemet planeras att driftsättas hösten 2026. Under året kommer utbildningsinsatser att pågå inom områdena vårdavvikelser, miljö och arbetsmiljö.
- Ett regionsövergripande arbete har också inletts med att ta fram en ny fysisk utbildning för chefer och skyddsombud inom arbetsmiljöområdet. Målet är att komplettera den befintliga e- utbildningen och säkerställa att alla nyanställda chefer genomgår arbetsmiljöutbildning. Under 2026 kommer utbildningen att anpassas efter sjukhusets behov.
- Danderyds sjukhus har också under 2025 ingått som pilot i ett projekt som avser att skapa arbetsmöjligheter för personer som ligger långt utanför arbetsmarknaden. Detta arbete fortsätter under 2026.
- Förvaltning och utveckling av det systematiska arbetsmiljöområdet fortsätter under 2026, med fokus på att utveckla verktyg och blanketter för skyddsronder och riskbedömningar samt säkerställa lagkrav inom skyddsutrustning. Ett regionsövergripande arbete pågår också tillsammans med Centrum för arbetsmiljö och medicin (CAMM) för att skapa rutiner som säkerställer lagkrav för tillpassning av andningsskydd.
- Utöver ovanstående planeras fortsatta utbildningstillfällen för arbetsledande sjuksköterska med syfte att ge kunskap, insikter och verktyg för att kunna agera i rollen när annan ledningsfunktion inte är i tjänst. Introduktionsprogram för nyanställda chefer fortsätter under 2026. Flera av ovanstående aktiviteter är också förslag från arbetsmiljökommissionens slutrapport.

Hot och våld

Måluppfyllelse avseende hot och våld mäts i den årliga OSA-kartläggningen/medarbetarundersökningen. Resultatet för 2025 visade att 11 procent av de svarande hade utsatts för någon form av hot eller våld, vilket innebär en ökning från föregående år då siffran var 9 procent. Danderyds sjukhus ligger därmed fortfarande över det uppsatta målvärdet, som är 8 procent eller lägre för 2025. Resultatet av undersökningen visade också en positiv trend inom områden som stöd och åtgärder. Fler har också svarat positivt på frågan om de vet vart de ska vända sig i händelse om de blivit utsatta för hot och/eller våld i jämförelse med föregående års undersökning.

Danderyds sjukhus har gjort ett flertal stora insatser inom området med bland annat föreläsningar, utbildningar inom området och utbildning av VR handledare inom VR teknik i syfte att öva bemötande av patienter och anhöriga där det kan finnas risk för en hot- eller våldssituation. Under 2025 har verksamhetsanpassade utbildningar genomförts för de enheter där behovet av att stärka kunskapen om hot och våld och bemötande varit störst. Bland de deltagande verksamheterna finns akuten, personal vid

entréhallen, kvinnosjukvård, internmedicin, AT-läkare och IVA med flera.

Planerade insatser för 2026 är att fortsätta arbeta för att stärka kompetensen hos medarbetare och chefer inom området både genom övningar med VR utrustning, utbildningar samt att sprida vikten av att genomföra regionens e-utbildningar och seminarier inom hot och våld. Region Stockholm arbetar också med att ta fram en tillämpningsanvisning med tillhörande APT material.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Andel sjukfrånvaro	Regionfullmäktige	<6 %	<6 %
Totalindex HME	Regionfullmäktige	>=80	>=80
Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete	Regionfullmäktige	<=8 %	<=8 %

4 Verksamhet

4.1 Verksamhetstal

4.1.1 Vårdproduktion

Förändringar uppdrag avtal 2026 jmf med avtal 2025

Under år 2026 förändras följande uppdrag i sjukhusavtalet:

1. Vårdval neurologi flyttas över från vårdval till huvudavtal

Volymer totalt

Under år 2026 ska sjukhuset enligt avtal göra totalt 47 117 vårdtillfällen och 472 237 besök, vilket är en minskning med 443 vårdtillfällen och en ökning med 13 392 besök jämfört med budget 2025. Danderyds sjukhus har ett par större förändringar jämfört med föregående års avtal, vilket beskrivs under respektive avsnitt nedan.

Volymer huvudavtal

Inom huvudavtalet ska sjukhuset under år 2026 producera 40 225 vårdtillfällen och 404 215 besök. Jämfört med avtal 2025 så är detta en minskning med 412 vårdtillfällen och en ökning med 13 304 besök. Jämfört med avtal 2025 så sker följande förändringar:

1. 3 042 besök tillkommer inom Neurologi, detta är befintliga volymer som flyttas från vårdval neurologi.
2. Poliklinisering inom Geriatrik 2024/2025 som inte korrigerades i avtal 2025, har sjukhuset nu korrigerat med en minskning med 1 588 vårdtillfällen som numera görs inom dagvård.
3. Korrigering av både sluten och öppenvård efter prognos utfall 2025.

Volymer vårdval

Sjukhuset ska producera 5 290 vårdtillfällen och 50 392 besök inom vårdval 2026. Jämfört med avtal 2024 innebär detta ett oförändrat antal vårdtillfällen och en minskning med 100 besök totalt. Vårdval förlossning och Logopedi ökar sina besök och vårdval Höft & knä minskar sina besök. Vårdval Neurologi flyttar från vårdval till huvudavtal.

Volymer sidoavtal

Sjukhuset ska producera 7 651 besök inom sidoavtal 2026. Volymerna ökar med 793 besök inom smärtrehabilitering, detta eftersom uppdraget under 2026 får en helårseffekt.

Volymer utomläns- utrikesvård

Sjukhuset minskar volymerna för utomläns-/utrikesvård inom öppenvården och marginellt inom slutenvården.

Risker under 2026

Danderyds sjukhus har inför år 2026 identifierat ett antal risker kopplat till produktionen.

1. **1,36 procent uppräkning av volymer:** Enligt budgetunderlaget räknas målvolym poäng upp med 1,36 procent från avtal 2025. Sjukhuset gör redan denna vård under 2025, men eftersom delar av denna ökade produktion görs inom väldigt materialtung verksamhet så täcker inte alltid ersättningen de rörliga kostnader sjukhuset har. Detta innebär att verksamheter behöver effektivisera inom andra delar för att inte få en negativ avvikelse mot budget vilket ses som en ekonomisk risk.
2. **Ingen korrigering av avtal vid införande av dagvård:** Historiskt har HSF korrigerat avtalet vid flytt av slutenvård till öppenvård, så att sjukhusen inte ska ta ekonomisk skada vid effektivisering av vården. Från och med avtal 2025 har HSF beslutat att ingen korrigering görs, och att sjukhusen måste kompensera tappet i poäng med produktion av annan vård. Detta innebär att poliklinisering numera kommer innebära en ekonomisk förlust för sjukhuset eftersom dagvården är ersatt så pass mycket lägre än slutenvården. Eftersom sjukhuset kommer fortsätta driva inriktningen att flytta slutenvård till öppenvård/dagvård kommer sjukhuset riskera att hamna i en lägre produktion av poäng mot avtal, och därmed tappa intäkter.
3. **Köer inom Neurologi och Hjärtablationer:** Sjukhuset tar mer än hälften av alla remisser inom specialiserad neurologi i regionen, vilket har bidragit till en dålig tillgänglighet inom specialiteten, detta medför att ekonomisk risk i form av viten. Inom Kardiologi så ökar behovet av Hjärtablationer hela tiden, och tillgängligheten försämras. Sjukhuset kommer behöva ta hand om detta ökade behov och kommer således riskera ökade kostnader som ej är finansierade i form av en ökad beställning från regionen. Hjärtablationer (elfys) är ett väldigt dyrt ingrepp som snabbt får negativa ekonomiska konsekvenser för sjukhuset.

Vårdproduktion (antal)	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Besök, akuta	90 210	120 332	126 914	126 999	127 085
Besök, elektiva	349 242	338 513	345 323	345 338	345 352
Öppenvårdsbesök, totalt	**439 452**	**458 845**	**472 237**	**472 337**	**472 437**
- varav utomlän/utland	11 435	10 585	9 979	10 079	10 180
Slutenvårdstillfällen, akuta	37 968	38 229	39 449	39 465	39 481
Slutenvårdstillfällen, elektiva	8 353	9 321	7 668	7 668	7 668
Slutenvårdstillfällen, totalt	**46 321**	**47 550**	**47 117**	**47 133**	**47 149**
- varav förlossning, totalt	4 574	4 800	4 800	4 800	4 800

Vårdproduktion (antal)	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
- varav utomlän/utland	1 576	1 623	1 602	1 618	1 634
Antal vårdplatser	**436**	**443**	**450**	**450**	**450**

5 Ekonomi

5.1 Resultatbudget

Kommande år präglas av en stram budget för sjukhuset med effektiviseringskrav. Detta kommer att behöva hanteras med fortsatta åtgärdsplaner, främst inom personalkostnader, för att nå en ekonomi i balans.

Budgetmedel på sjukhuset är allokerat utefter hur utfall och prognos för 2025 utvecklat sig. Budget 2026 är sedan bas för planeringsåren 2027 - 2028 och generellt har prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK) används vid uppräkningar i de fall inga andra index funnits relevanta. I takt med att sjukhuset fokuserat på att budgetera det som avser förbrukning, såsom lab, läkemedel och material, så realistiskt som möjligt uppstår ett ekonomiskt gap inom personalkostnader.

Internt omfördelar även sjukhuset målvärden för vårdproduktion, vårdplatser och budgetmedel för mot bakgrund av produktionen 2025, effekter av en ny vårdbyggnad och effektiviseringar.

Budgetramar för administrativa enheter räknas fortsatt upp i en lägre takt än andra enheter. Detta i linje med uppdrag om att minska administrativa kostnader och även som andel av sjukhusets totala kostnader.

Resultat*	**Utfall 2024**	**Budget 2025**	**Budget 2026**	**Plan 2027**	**Plan 2028**
Patientavgifter	56	56	54	54	54
Sålda primärtjänster	5 397	5 401	5 604	5 703	5 916
Försäljning övriga tjänster	230	186	186	192	199
Erhållna bidrag	1 135	459	460	468	485
Övriga intäkter	62	63	59	60	63
Verksamhetens intäkter	**6 880**	**6 165**	**6 364**	**6 477**	**6 718**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-4 149	-3 819	-3 877	-3 945	-4 133
- varav inhyrd personal	*-31*	*0*	*0*	*0*	*-0*
Köpta primära sjukvårdstjänster	-47	-48	-38	-39	-40
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-312	-288	-320	-329	-337
Läkemedel	-456	-396	-395	-391	-390
Materialkostnader	-431	-344	-372	-381	-393
Lokal- och fastighetskostnader	-562	-694	-735	-753	-776
Övriga kostnader	-446	-371	-405	-416	-428
Verksamhetens kostnader	**-6 403**	**-5 960**	**-6 142**	**-6 254**	**-6 496**
Avskrivningar	-164	-179	-187	-188	-187
Finansnetto	-313	-0	6	6	6
Justering pension mm.	0	0	0	0	0

Resultat*	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Resultat**	**0,1**	**25**	**41**	**41**	**41**

* mkr
** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

5.1.1 Intäkter

Budget för 2026 följer fördelning och uppräkning ifrån Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, då cirka 91 procent av sjukhusets intäkter kommer den vägen. Förändringar i uppdrag mellan åren är relativt liten.

Andra budgetposter än dessa har på intäktssidan endast en marginell betydelse. I sammanhanget kommer dock sjukhuset att budgetera för externa projekt i högre grad än tidigare, i linje med att dessa tidigare blivit budgetavvikelser i utfallet. Det avser sådana för vilka sjukhuset fått tydliga underlag i budgetprocessen. Dessa driver då även motsvarande belopp på kostnadssidan och är resultatneutrala.

5.1.2 Kostnader

För år 2026 räknar sjukhuset med en stabilare kostnadsutvecklingstakt mot bakgrund av den lägre inflationen. I budget har LPIK används i de allra flesta fall och där inget annat index varit relevant. En utmaning uppstår när stora ofinansierade poster inkommer, såsom behovet att stärka sjukhusets digitala infrastruktur eller att nya upphandlingar leder till kraftigt ökade priser. För att balansera ut dessa effekter behöver budgeterade uppräkningar ibland sättas med ett lägre värde än LPIK, och att det då byggs in ett effektiviseringskrav.

En annan faktor som ofta påverkar sjukhuset negativt rent ekonomisk är då nya behandlingsmetoder och diagnostik blir tillgänglig. Aktuellt inför 2026 är den kraftiga ökningen av genetiska tester där även ett fåtal analyser kan få stor inverkan på en verksamhets ekonomi. Detta eftersom testerna är dyra och att vinsthemtagningen ofta kommer andra i vårdkedjan, samhället och då inte minst för patienterna själva till gagn. Det kan också vara förändringar i samhället, såsom att det förekommer betydligt fler luftburna infektioner, vilket driver kostnader avseende diagnostik på sjukhuset. Detta har varit särskilt tydligt i spåren av pandemin.

Liknande mönster går även att se inom robotkirurgin, vilken i flera fall är en bättre metod än den traditionella kirurgin. Denna typ av ingrepp innebär ofta dyra materialkostnader för vilket sjukhuset inte kan kompensera för, ens med kortare vårdtider och färre komplikationer.

Sammanfattningsvis krävs således ett åtgärdsprogram 2026, vilket beräknas till 120 miljoner kronor, för att nå en ekonomi i balans.

Personalkostnader

	Utfall 2024	Budget 2025	Prognos 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Närvaro	3 052		0	3 017	2 963	2 996
Frånvaro	1 511		0	1 493	1 467	1 484
Extratid	488		0	482	474	479
Totalt	**5 050**		**0**	**4 992**	**4 904**	**4 959**
Varav avtalad tid	4 563	4 513	4 600	4 510	4 430	4 480

Sjukhuset kommer att gå in i 2026 med ett ekonomiskt gap avseende personalkostnader trots åtgärdsplaner. Detta gap förväntas växa ytterligare mot bakgrund av de effektiviseringskrav som åligger sjukhuset. Det är därför redan givet att samtliga verksamheter kommer att behöva arbeta med fortsatta effektiviseringar och att hitta nya arbetssätt samtidigt som dyra bemanningslösningar hålls på en så låg nivå som möjligt.

Sett till antal helårsarbeten beräknas de inte skilja sig nämnvärt ifrån nuvarande nivå, eftersom effektiviseringar delvis kommer att vägas upp av nya avtal och att sjukhuset ska producera mer vård.

Övriga kostnader, avskrivningar och finansnetto

Budget 2026 för övriga kostnader har lagts enligt LPIK i stor utsträckning. Ett internt arbete har också utförts för att bättre matcha budget mot respektive verksamhets utfall. Flera verksamheter kommer också att ha åtgärdsplaner kopplat till övriga kostnader för att nå ekonomi i balans.

Läkemedel

- Totalt sett beräknas rekvisitionsläkemedel enligt LPIK med en minskning om 3 procent efter gjorda budgetjusteringar. Detta är dock inte helt okomplicerat eftersom sjukhusets patientmix kan skilja sig ifrån LPIK, som avser spegla utvecklingen nationellt. Ett arbete är dock initierat för att få till bättre budget- och prognosunderlag kopplat till rekvisitionsläkemedel till kommande budgetprocesser. KÖL är resultatneutral för sjukhuset.

Laboratorietjänster

- Denna post räknas upp med 2,07 procent efter vissa budgetjusteringar. Avtal mot Karolinskas universitetslaboratoriet ger samma uppräkning som Danderyds huvudavtal. Allt fler verksamheter arbetar nu med initiativ kopplat till "Kloka kliniska val" vilket förhoppningsvis kan minska kostnaderna. Dock är det utmanande då besparingar ofta äts upp av att ny avancerad diagnostik blir alltmer tillgänglig.

Lokal- och fastighetskostnader

- Under 2026 får vi en helårseffekt av den nya vårdbyggnaden (BY61). I övrigt sker mindre justeringar i grundhyra och tilläggshyror och uppräkning är enligt avtal och där bestämda index.

Övriga kostnader (inkl. IT)

- Övriga tjänster och kostnader är uppräknad med LPIK. Avseende IT köper sjukhuset tjänster av Serviceförvaltningen och Karolinska sjukhuset motsvarande ca 85 procent av alla IT-kostnader. Därför används i hög grad det preliminära debiteringsunderlaget ifrån Serviceförvaltningen när dessa budgetposter sätts.

Avskrivningar

- Beräknas nå en ny högstanivå i samband med att vårdbyggnad 61 nu är fullt aktiverad. Under kommande år (2026-2028) behöver också en större mängd inventarier ersättningsinvesteras i då den tidigare utrustningstunga akutvårdsbyggnaden 52 nu har ett antal år på nacken. I kombination med ett antal större investeringar ligger nu sjukhusets investeringsbehov på en hög nivå ett antal år framåt vilket driver högre avskrivningskostnader.

Finansnetto

- Sjukhuset räknar endast med en mindre ränteintäkt för 2026.

Konsultkostnader

Danderyds sjukhus har i regel låga kostnader för konsulter och bemanningsformen kommer att användas återhållsamt och endast prövas då verkliga behov föreligger. Konsulter övervägs för tidsbegränsade arbetsuppgifter där kompetens ej finns inom sjukhuset. Historiskt har konsulter förekommit inom IT och Fastighet och det är även inom dessa områden som det kan bli aktuellt med konsultstöd. Detta eftersom specifik kompetens kring IT-system och förvaltning kan vara svår att anskaffa och avseende fastighetsfrågor, där större byggnadsprojekt normalt sett inte ingår i den ordinarie förvaltningen, är egen kompetens svår att bevara.

På senare tid har också sjukhuset erhållit medel för att öka takten i digitaliseringen, dessa medel allokeras också till konsulter inom IT som med olika AI-lösningar eller administrativa robotar syftar till att leda till lägre kostnader framöver.

5.1.3 Åtgärder för att nå resultatkravet

Genomförande av sjukhusets strategiska arbete är kritiskt för att nå ställda resultatkrav för år 2026.

Åtgärdsprogrammet för ekonomi i balans beräknas till 120 miljoner kronor (inklusive intäktsåtgärder) och förväntas täcka sjukhusets motsvarande ekonomiska gap. Det kommer att vara mycket utmanande för sjukhuset att klara av en så stor besparing på

ett år.

De största kostnadsbesparingarna rör personalkostnader och reducering av dyra bemanningslösningar som inhyrd personal och övertid.

Systematiskt arbete med kloka kliniska val för att effektivisera till exempel medicinsk diagnostik, läkemedel och materialanvändning förväntas bidra positivt under år 2026. Det finns även ett stort behov av att digitalisera och automatisera manuella processer som tar mycket tid i anspråk från sjukhusets medarbetare.

Akut dagvård och vårdplatser i hemmet är andra exempel på viktiga utvecklingsområden under kommande år för att effektivisera vården och klara av den demografiska utvecklingen med allt fler äldre patienter. Den regiongemensamma produktions- och kapacitetsstyrningen (PKS) av vården är central för att effektivisera hela sjukvårdssystemet.

Åtgärdsprogrammet uppdateras och utvärderas löpande under året.

5.1.4 Verksamhetsindelad resultatbudget

Mellan 2025 och 2026 kommer sjukhusets andel administrativa kostnader av totalen att öka baserat på att ett antal omorganisationer har gjorts. Delar av enheter som tidigare varit exkluderade ifrån indikatorn har nu placerats på enheter som ingår i indikatorn.

Andel administration i förhållande till sjukhustotalen har haft en sjunkande trend de senaste åren och är idag på en låg nivå. Detta eftersom administrationen kontinuerligt tilldelas en lägre uppräkning av personalkostnaderna vilket skapar ett effektiviseringstryck.

På senare tid har också många administrativa funktioner omorganiserats för att nå bättre samordning och synergieffekter.

Verksamheter som ingår i central administration är: HR, Kommunikation, Ekonomi samt delar av sjukhusledningen och där direkt underställda funktioner.

Sett till andel av sjukhusets totala kostnader är dessa administrativa enheter budgeterade enligt följande:

2026: 1,60 procent

2027: 1,59 procent

2028: 1,53 procent

5.2 Balansräkning

Det noteras inga större förändringar i balansräkningen i förhållande till 2025 annat än ett något förändrat förhållande inom kortfristiga skulder och omsättningstillgångarna.

Balansräkning*	Utfall 2024	Prognos 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Anläggningstillgångar	**720**	**808**	**811**	**793**	**755**
-varav pågående nyanläggningar		*0*	*0*	*0*	*0*
Omsättningstillgångar	**4 842**	**1 240**	**1 632**	**1 691**	**1 770**
- varav kassa och bank	*3 612*	*536*	*917*	*976*	*1 055*
SUMMA TILLGÅNGAR	**5 562**	**2 047**	**2 443**	**2 484**	**2 525**
Eget kapital	**517**	**1 150**	**1 241**	**1 282**	**1 323**
Avsättningar	**3 825**	**0**	**0**	**0**	**0**
Skulder	**1 220**	**897**	**1 202**	**1 202**	**1 202**
- varav långfristiga skulder	*34*	*31*	*16*	*16*	*16*
- varav kortfristiga skulder	*1 186*	*866*	*1 186*	*1 186*	*1 186*
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	**5 562**	**2 047**	**2 443**	**2 484**	**2 525**

* mkr

5.3 Investeringar

Under 2026 behöver ligga på att börja ersättningsinvestera för inventarier som tillkom under 2018-2019, då en stor akutvårdsbyggnad driftsattes. Vidare utreds ett antal större investeringar såsom en ny operationsrobot för vilka det också finns medel avsatta.

Det finns ingen enskild investering som överstiger 100 miljoner kronor.

Investeringsplanen framöver, för åren 2027 - 2028 följer ett liknande mönster med ett relativt stort inrapporterade behov ifrån verksamheten. Det avser främst ersättningsinvesteringar tillsammans med en del större initiativ som behöver samordnas regionalt, såsom avancerad datortomografi och magnetröntgen.

5.4 Åtgärder för ett resultat i balans

Åtgärdsprogrammet för ekonomi i balans syftar främst till att:

- Hålla bemanningstalen inom givna ekonomiska ramar vilket kräver nya arbetssätt
- Fortsätta minskningen av inhyrd personal och dyra bemanningslösningar som övertid
- Minska behovet av slutenvård genom till exempel ökad dagvård och hemsjukvård
- Arbeta med kloka kliniska val för att minska kostnaderna för medicinsk diagnostik, läkemedel och materialanvändning
- Besparingar genom effektiva inköp/upphandlingar och förbättrad avtalskontroll
- Öka digitaliseringstakten inte minst när det gäller att förenkla och minska administrativa kostnader genom robotisering, automatisering och AI teknik

- Fortsatt samverkan med hela systemet där de viktigaste aktörerna är den egenägda vården, externa geriatriken, ASIH, vårdcentralerna och omsorgen (SÄBO)

Åtgärder (Mnkr)	**Budgeterad effekt 2026**	**Budgeterad effekt 2027**	**Budgeterad effekt 2028**	**Budgeterad effekt 2029**
Öka intäkter för vård t ex huvudavtal, externa intäkter, FUMS	30			
Minska personalkostnader inklusive dyra lösningar som övertid	60			
Kloka kliniska val (lab, läkemedel, material etc)	15			
Förbättra avtal, inköp och upphandling	10			
Övrigt	5			
Summa	120			

Akutsjukhusnämnden/Danderyds sjukhus

Plan för intern kontroll, budget 2026

Budget 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 6
2.5 Övervakning och uppföljning 6
2.5.1 Uppföljning 6
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll 7
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser 7

3 Sammanställning av risker 9

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.

Styr- och kontrollmiljön är grunden för den interna kontrollen inom Danderyds sjukhus och 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.

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 riskanalys enligt COSO-modellen 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.

Risken för oegentligheter och välfärdsbrott (obligatorisk risk) bedömer sjukhuset att den är på en medelhög nivå. Viktiga åtgärder för att hantera risken är till exempel AI-granskning av avtal och automation för fakturamatchning för att upptäcka felaktigheter.

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 behandling i tid vilket också påverkar patientsäkerheten. Det finns en rad åtgärder för att minska riskerna. Åtgärderna handlar om effektiv operationsplanering, 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 är fortsatt för hög på grund av ett högt inflöde av patienter. Utvecklingsarbetet inom akutprocessen är nu inriktat på flödesutjämnande åtgärder både inom akuten och inom slutenvården.

Personal

Riskerna rör bland annat sjukfrånvaro och lågt kvarstannande. Aktivt arbete med åtgärder för att förbättra situationen pågår och det krävs fortsatt fokus på förbättringar av arbetsmiljön.

Ekonomi i balans

Resultatkravet i budget 2026 är utmanande och det finns ett ekonomiskt gap som behöver hanteras. 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. Detta görs bland annat via kontinuitetsplaner och risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) med åtgärder för att säkerställa en god katastrofberedskap. 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 den tertialsvisa uppföljningen. 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.

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 uppföljningspunkt på nämndmötena i enlighet med regionens årshjul där sjukhuset gör en rapportering av utvecklingen i enlighet med

internkontrollplanen och eventuellt nya riskområden. 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).

Danderyds sjukhus följer riktlinjen för intern kontroll, RS 2022-0326. Uppföljning av risker och kontroller är en viktig del av arbetet med intern kontroll på Danderyds sjukhus och sjukhusets kvalitetsledningssystem syftar bland annat till att säkra efterlevnad av riktlinjer, lagar och krav. 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. Regelbunden rapportering sker i sjukhusets ledningsgrupp för att kunna utvärdera såväl resultaten av kontrollerna som kontrollernas adekvans.

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.

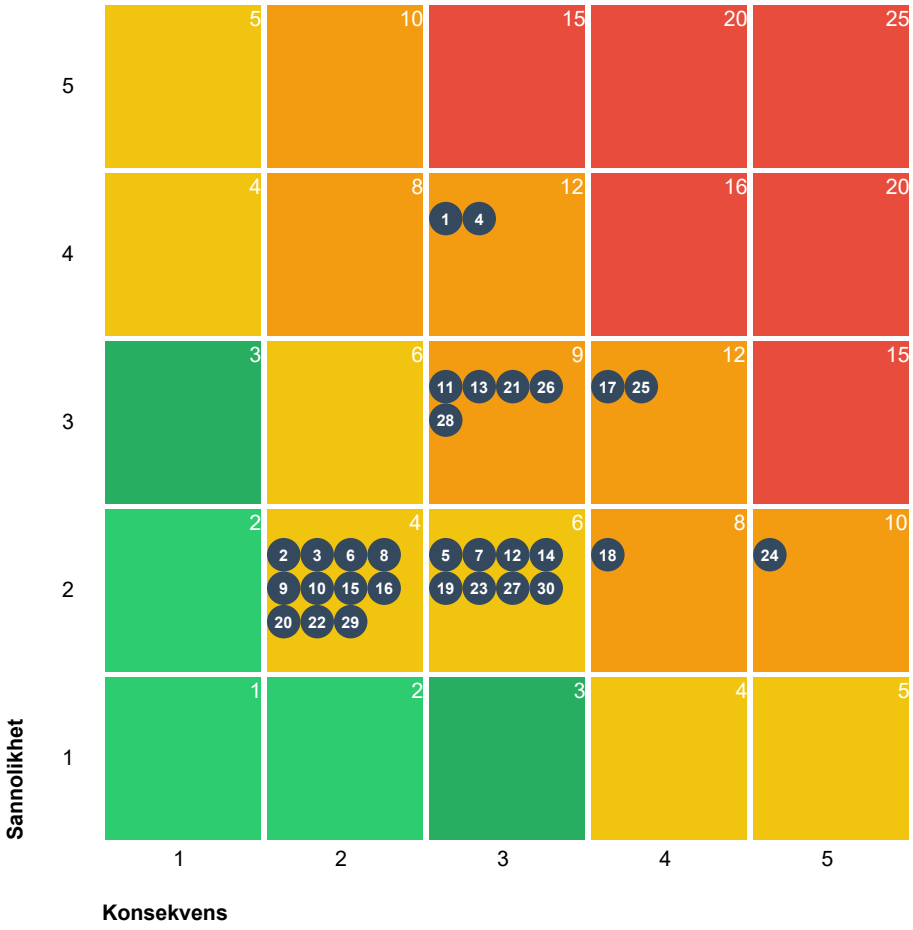
Sjukhusets kvalitetsledningssystem syftar bl.a. till att utveckla och stärka det systematiska förbättringsarbetet. Inom ledningssystemets struktur genomför ledningen en genomgång av olika områden för att identifiera avvikelser och brister av särskilt stor betydelse, samt besluta om korrigerande och förebyggande åtgärder som ett led i det systematiska förbättringsarbetet. Av sjukhusets interna regelverk framgår hur avvikelser i den löpande verksamheten rapporteras, registreras och följs upp. Åtgärder som beslutats för att säkerställa att sjukhuset når sina mål kommer att följas upp löpande inom respektive område och regelbundet rapporteras till ledningen. En löpande uppföljning säkerställer att åtgärderna är ändamålsenliga och snabbt kan korrigeras om det visar sig att dom inte på ett effektivt sätt har minskat riskerna och på så sätt påverkat styrmiljön positivt.

Sjukhusledningen lämnar löpande information till nämnden i samband med delår och årsrapportering. Nämnden säkerställer då att åtgärder har vidtagits eller vidtas rörande de brister och förslag till åtgärder som framkommit vid den interna kontrollen och

externa revisionen.

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

3 Sammanställning av risker



11 Hög risk | 19 Medelhög risk | Totalt: 30

Mycket hög risk
Hög risk
Medelhög risk
Låg risk
Mycket låg risk

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Katastrofal - Mycket allvarlig, får inte inträffa
4	Hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Kritisk - Allvarlig, får helst inte inträffa
3	Medel, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
2	Låg, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten
1	Mycket låg, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet		1		12025	Resultatkrav +41 mkr uppnås ej	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		2		13253 →	Valutaexponering	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		3		13254	Förskottsbetalningar	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		4		92134	För lågt utrymme avseende hyresgästanpassningar och fastighetsinvesteringar	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		5		83225	Global leveransbrist	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		6		70808	Administrativa kostnader ska minska	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		7		111811 →	Direktupphandlingar utan stöd från inköp	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		8		136384	Säkerställa att attestanter är oberoende till kostnader de attesterar	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		9		168367	Risk för oegentligheter och välfärdsbrott	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035		10		13240	Andelen ekologiska livsmedel i patientkost är lägre än målet, dvs under 40 % i vikt (kg)	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		11		92925	Åtgärder för att öka produkters och materials livslängd saknas	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		12		92926	Åtgärder för ökad materialåtervinning av produkt- och materialflöden saknas	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
		13		92924	Bristande arbete med konsumtionsbaserad klimatpåverkan	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		14		111506	Hållbarhetskrav relevant för upphandlingsobjektet ställs inte	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		15		137676	Bristande arbete med miljöpåverkan från läkemedelshantering	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling		16		111111	Bristande systematiskt arbete med social hållbarhet	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare		17		49663 →	Låg kvarstannande grad	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		18		70705 ↘	Kompetensförsörjning i 24/7-verksamheter	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		19		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		20		13231 →	Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		21		13232	Andel väntande till behandling inom 90 dgr till specialist	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		22		13234	Förekomst av vårdrelaterade infektioner överstiger 4 %	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		23		29391	Antal utskrivningsklara dagar/vårdtillfälle >1,3 dagar	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		24		29316	Sjukhuset saknar förmåga att hantera extraordinära händelser	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		25		70806	Ledtider till akutmottagningen	**Riskägare** Caroline

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
					uppnår inte målen	Hällsjö-Sander
		26	11111 2		För hög beläggningsgrad	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		27	13246	→	Hot och våld på arbetet minskar inte	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		28	13247	→	Andel sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid minskar inte	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		29	11105 4	→	Totalindex HME	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		30	11181 6	→	Risk för felaktig hantering av bisysslor	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander

Akutsjukhusnämnden/Södersjukhuset

Verksamhetsplan 2026

ÅR 2026

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens/VD:s kommentar 4

2 Övergripande om nämnden/bolaget 6
2.1 Ansvar och organisation 6
2.1.1 Verksamhetsfakta 6
2.2 Väsentliga förutsättningar 6
2.3 Ledningsprocess och intern kontroll 8
2.3.1 Ledningsprocess 8
2.3.2 Intern kontroll 10

3 Mål och uppdrag 12
3.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa 12
3.1.1 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov 12
3.1.2 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet 15
3.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv 18
3.2.1 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet 18
3.2.2 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035 19
3.2.3 Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling 21
3.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig 22
3.3.1 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare 22
3.3.2 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare 23

4 Verksamhet 25
4.1 Verksamhetstal 25
4.1.1 Vårdproduktion 25

5 Ekonomi 28
5.1 Resultatbudget 28
5.1.1 Intäkter 29
5.1.2 Kostnader 29
5.1.3 Åtgärder för att nå resultatkravet 30
5.1.4 Verksamhetsindelad resultatbudget 31
5.1.5 Budget per verksamhetsområde 31
5.2 Balansräkning 32
5.3 Investeringar 32
5.4 Åtgärder för ett resultat i balans 33

Bilagor

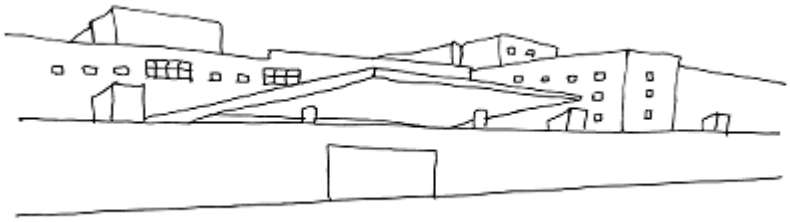
Bilaga 1: bilaga-riktade-insatser-chefsforsorjning-ledar--och-medarbetarskap-2026 Sös

Bilaga 2: bilaga-riktade insatser för en hållbar arbetsmiljö - 2026 Sös

Bilaga 3: bilaga-riktade-insatser-kompetensforsorjning-2026 Sös

Bilaga 4: Bifogas VP - Investeringsplan 2026-2035 SöS

1 Förvaltningschefens/VD:s kommentar



Utifrån Region Stockholms budget för 2026 har Södersjukhuset upprättat verksamhetsplan för kommande år. Den sjukhusövergripande planeringen följer regionens direktiv avseende mål, uppdrag och ekonomiska ramar och syftar till att stegvis föra sjukhuset mot visionen *att vara landets ledande akutsjukhus*.

Södersjukhusets vision

Södersjukhusets vision innebär att sjukhuset är en förebild inom hela sitt uppdrag – sjukvård, utbildning och forskning. Vården ska hålla högsta kvalitet, präglas av gott bemötande och bedrivas med modern teknologi. Genom utbildning och utveckling bidrar sjukhuset till framtidens vård och skapar förutsättningar för att medarbetarna ska nå sin fulla potential. Med forskning som räddar liv och lindrar lidande utvecklas vården kontinuerligt för patienternas bästa.

Södersjukhusets syfte är att, med kunskap, omtanke och engagemang, finnas till för patienter året runt, dygnet runt.

Under 2026 ska sjukhuset fortsätta driva fyra stora utvecklingsområden;



- **Akuta flöden** för att skapa tillgänglig vård på rätt nivå utifrån patientens behov genom att förbättra ledtiderna för patienter som kommer till sjukhuset via akutmottagningen.
- **Dimensionering** för att öka tillgängligheten, för att vara långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv införa ett förändrat arbetssätt och synsätt i planering, styrning och uppföljning genom att koppla ihop delarna kring produktionsstyrning, ekonomistyrning, dimensionering och bemanningsplanering.
- **Förenkla och Kloka kliniska val för att öka tillgängligheten**, för att

vara långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv, vara en attraktiv en hållbar arbetsgivare, identifiera och fasa ut icke-värdeskapande aktiviteter i både kliniska och administrativa processer. Arbetet är fokuserat på att organisationen möjliggör arbetssättet Kloka Kliniska Val.

- **Kompetens omvårdnad** för att vården ska vara säker, effektiv och av god kvalitet och för att vara en attraktiv och hållbar arbetsgivare genom att stödja och utveckla omvårdnadsarbetet på Sös. Detta sker genom att:
    - utveckla en sjukhusgemensam standard för omvårdnadsarbete
    - struktur för att leda och utveckla omvårdnadsarbetet på Sös
    - kontinuerlig utvärdering och utveckling av arbetssätt
    - ett hållbart kompetensförsörjningsarbete.

FoUUi

Södersjukhuset ska vara en attraktiv miljö för forskning, utveckling, utbildning och innovation. Under planperioden prioriteras insatser som stärker den kliniska forskningen, ökar antalet publikationer, vidareutvecklar utbildnings- och handledningsuppdraget samt stärker innovationskraften.

Ökad produktion

Under 2026 planerar sjukhuset att producera ca 4 procent mer än sjukhusavtalets målvolym. Framför allt förklaras det av den vårdvolym som utförs på den nya avdelningen G-CDU. Finansieringen sker inom sjukhusavtalets ramar.

En ekonomi i balans

Södersjukhusets ekonomi har stärkts under de två senaste åren främst genom ökad produktion och minskad kostnadsökning för bemanning, laboratorietjänster och läkemedel. Trots detta är de ekonomiska förutsättningarna fortsatt utmanande för kommande år. För att uppnå resultatkravet 2026 krävs nya åtgärder motsvarande ca 100 mnkr. Under 2026 behöver sjukhuset fortsätta arbetet med att anpassa bemanningen till de ekonomiska förutsättningarna och samtidigt uppnå de ökade produktionsmålen samt en god tillgänglighet, patientsäkerhet, kvalitet och arbetsmiljö.

Ny ledningsorganisation

Södersjukhuset inför ny ledningsorganisation från 1 januari 2026. Den nya strukturen syftar till att skapa bättre samordning av sjukhusets resurser för att leverera på sjukhusets uppdrag och stärka samverkan inom regionen. En ny organisation ska även öka tillgängligheten för sjukhusets patienter, förbättra stödet till chefer och medarbetare och stärka omvårdnads- och FoUU-perspektivet.

Organisationen innebär en ny områdesnivå med områdeschefer som ersätter nuvarande VO-chefer i ledningsgruppen. Fyra områden bildas: medicinska specialiteter, opererande specialiteter, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset samt diagnostik och teknik. Även stabernas struktur förändras.

2 Övergripande om nämnden/bolaget

2.1 Ansvar och organisation

2.1.1 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 samt TOS (thoraxapertursyndrom).

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.

Krisberedskap och Civilt Försvar

Södersjukhuset ska upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap som säkerställer att vårduppdraget kan utföras även vid särskild händelse, kris, höjd beredskap eller krig.

Uppdrag via Akutsjukhusnämnden 2026

Sjukhusen får i uppdrag 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.

2.2 Väsentliga förutsättningar

Ekonomi

De ekonomiska förutsättningarna i budget 2026 är mycket utmanande. Uppräkningen av sjukhusavtalet med 2,2 procent räcker inte för att finansiera prisökningen av löner och omkostnader vilket innebär att obalansen mellan intäkter och kostnader åter ökar. De minskande förlossningsvolymerna innebär minskade intäkter för sjukhuset i storleksordningen 25 mnkr.

Sjukhusets bedömning är att det krävs kostnadsreducerande åtgärder eller ökade intäkter med ca 100 mnkr för att uppnå resultatkravet för 2026. För en ekonomi i balans behöver sjukhuset fortsätta arbetet med kostnadsminskningar och samtidigt uppnå produktionsmålen samt en god tillgänglighet, patientsäkerhet, kvalitet och arbetsmiljö.

Den demografiska utvecklingen med allt fler äldre och en minskande andel yngre samt svårigheter med kompetensförsörjning kommer att medföra fortsatt höga krav på effektiviseringar de kommande åren.

Vårduppdrag och förändrade behov

Vårduppdraget 2026 skiljer sig inte nämnvärt åt jämfört med nuvarande uppdrag men sjukhuset har fått ett nytt nationellt högspecialiserat vårduppdrag (NHV) inom thoraxapertursyndrom (TOS).

Vårdbehovet har varit fortsatt högt och antalet slutenvårdstillfällen har fortsatt att öka under 2025. Under 2026 planeras ytterligare revideringar av vårdval, som också kan påverka Sös både på kort och lång sikt. Inom Förlossningsvården ställs krav på anpassning av kapacitet och verksamhetens långsiktiga struktur utifrån sjunkande volymer på grund av det minskande barnafödandet.

Akutflöde

Vårdbehovet ökar med den demografiska utvecklingen med allt fler äldre. Belastningen på akutmottagningen (andelen svårt sjuka) ökar därför generellt.

Det sjukhusövergripande projektet fortsätter under 2026 för att ytterligare optimera det akuta omhändertagandet. Med ett antal "piloter" prövas förändrade arbetssätt i syfte att förbättra effektiviteten, exempelvis prehospital konsulttelefon, tidig triagering av erfaren specialist och förändrade rutiner och processer vid inskrivning. En avgörande framgångsfaktor är ett kontinuerligt utflöde till Geriatrik och äldreboenden där tillgängligheten generellt varit god under 2025.

G-CDU

Inflödet på Sös akut är > 90 000 patienter per år. Av dessa är ca 20% (20 000 patienter/år) > 80 år gamla och andelen ökar år från år. Friskare patienter kan ofta snabbt handläggas eller omfördelas till regionens närakuter. De äldre och ofta multisjuka kräver mer komplexa initiala utredningar vilket i sig medför en längre (men nödvändig) vistelsetid på akuten. Ofta kan omvårdnadsbehoven för dessa patienter inte tillgodoses på ett bra sätt. Därför etablerades en ny vårdform, G-CDU (Geriatrisk Clinical decision unit) inom VO Internmedicin som öppnade hösten-25.*Se vidare under 3.1.1.*

Vårdplatser & Polikliniserings

Med god planering och uppföljning (PKS), förbättrade flöden och god samverkan har vårdtiderna sjunkit senaste åren. Sammantaget har det resulterat i ett sjunkande behov av vårdplatser trots ökade vårdbehov. För 2026 budgeteras totalt 568 vårdplatser på Sös. Det är 10 st. fler vårdplatser jämfört med planen för 2025. *Se vidare avsnitt 4.1.*

Öppethållandeplanen för 2025 bedöms i stort ha fungerat väl med rimliga beläggningsnivåer (genomsnitt 93%). Målsättningen för 2026 är att upprätthålla samma nivå.

Ett annat viktigt arbete som pågår och ska intensifieras under 2026 är etablering av fler dagvårdsplatser för att snabbare och effektivare ge behandling och minska behovet av slutenvård. För detta krävs också förändrade ekonomiska ersättningssystem.

Operationsköer

Fokus under 2025 har varit att hantera och minska operationsköer och målet är att operationsköerna ska minskas ytterligare under 2026. *Se vidare avsnitt 4.1.*

Kompetensförsörjning

Södersjukhusets utveckling de kommande åren påverkas framför allt av förutsättningar inom kompetensförsörjning, arbetsmiljö och ledarskap. Arbetet med att attrahera, behålla och utveckla medarbetare är fortsatt avgörande för att säkerställa stabil bemanning och en hållbar organisation. Implementeringen av strukturerad kompetensplanering, kompetensstegar och den nya lärplattformen stärker långsiktigt förmågan att säkra kritiska kompetenser.

Förändringar i omvärlden, inklusive ökade krav på patientsäkerhet, arbetsmiljö och tillgång till egen bemanning, innebär att ledarskapet behöver fortsatt stöd genom digitaliserade processer, utbildning och coachning. Arbetet med att minska sjukfrånvaro och förebygga hot och våld är centrala faktorer som påverkar verksamheten 2026–2028.

Utökad uppgiftsväxling, digitalisering och förbättrade schemaprocesser är viktiga interna effektiviseringsområden som både stärker arbetsmiljön och ökar verksamhetens kapacitet. Dessa insatser, tillsammans med regionens mål om 99 % egen bemanning, utgör viktiga strukturella förutsättningar för sjukhusets utveckling på längre sikt.

Krisberedskap och Civilt Försvar

Omvärldsläget ställer nya krav utifrån nationella beslut kring civilt försvar, uppdaterade beredskapsplaner och en ny krigsorganisation. Sös har sedan tidigare en hög medicinsk kris- och katastrofberedskap. Under 2025 har arbetet med Civilt försvar, säkerhet, beredskapslager och olika frågeställningar kring det Robusta sjukhuset initierats i samverkan med Regionledningskontoret och de övriga akutsjukhusen. Tillsammans med Locum förbereds nu också arbetet med den nya Risk-och sårbarhetsanalysen (RSA) som kommer genomföras 2026.

2.3 Ledningsprocess och intern kontroll

2.3.1 Ledningsprocess

Organisation och ledning

Den 1 januari 2026 inför Södersjukhuset en ny organisation för att förenkla och stärka ledning och styrning. Förändringen omfattar både linjeorganisationen och de forum som hanterar horisontella frågor.

Sjukhuset leds av sjukhusdirektören, som har det strategiska och operativa ansvaret för sjukhusets samlade verksamhet. Mandat och ansvar regleras i akutsjukhusnämndens delegationsordning och i sjukhusets beslutsordning. Uppföljning av mål, indikatorer och ekonomi sker månadsvis mellan sjukhusdirektör, områdeschefer och verksamhetschefer.

Under sjukhusledningen finns fyra verksamhetsområden: *Diagnostik och teknik*, *Sachsska barn- och ungdomssjukhuset*, *Opererande specialiteter och Medicinska specialiteter*.
Därtill finns sjukhusövergripande stöd- och utvecklingsfunktioner inom FoUUi, Produktion och utveckling, HR och kommunikation, Ekonomi samt Sjukhusservice.

Chefläkare, chefsjuksköterska och CMIO stödjer ledningen i frågor som rör patientsäkerhet, kvalitet, medicinsk informationshantering och krisberedskap.

För horisontell samordning finns fyra forum som rapporterar till sjukhusledningen:

- Katastrofkommittén
- Kommitté Infrastruktur
- Strålsäkerhetskommittén
- Vårdberedningen

Dessa forum har i sin tur utskott för specifika sakfrågor. Organisationen skapar goda förutsättningar för effektiv styrning, uppföljning och utveckling i linje med regionfullmäktiges mål och de ekonomiska förutsättningarna.



2.3.2 Intern kontroll

Region Stockholm har, utifrån kommunallagen, beslutat om riktlinjer för intern kontroll (RS 2022–0326). Riktlinjen utgår från COSO-modellen.

Södersjukhuset bedriver ett systematiskt arbete med intern kontroll där risker identifieras, värderas, åtgärder vidtas och följs upp inom sju riskperspektiv. Inför internkontrollplanen 2026 har en tydligare renodling av riskhanteringen genomförts. Flera risker har tagits bort från internkontrollplanen eftersom de redan hanteras genom andra etablerade processer, såsom RSA, beredskapsplanering, fastighets- och robusthetsstyrning, informationssäkerhet samt särskilda styr- och ledningsprocesser.

Totalt återstår 23 risker i årets riskbedömning, varav tio med hög risk och tretton med medelhög risk.

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

- Pågående dödligt våld (PDV)
- Dokumenthantering av styrande dokument
- Arbete mot oegentligheter och välfärdsbrott (intyg och läkemedel)

Riskperspektiv 4: Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT

- Patienter vistas >4 timmar på akutmottagningen
- Upprätthålla ändamålsenliga vårdutrymmen
- Väntande till behandling inom 90 dagar (ny)
- Flytt av barnakuten till vuxenakuten (ny)

Riskperspektiv 5: Ekonomi

- Risk för negativ avvikelse mot resultatkrav
- Risk för oegentligheter inom inköp och upphandling
- Finansiering G-CDU
- Risk för oselektiva besparingar inom vårdadministration
- Ekonomiska styrsystem hämmar nya vårdformer

Obligatoriska riskområdena:

- Risk för felaktiga bidragsutbetalningar

Riskområdet har identifierats inom Region Stockholm och rör framför allt hanteringen av bidrag till externa aktörer. Denna risk påverkar inte sjukhuset direkt. Därav ligger risken utanför sjukhusets internkontroll. Sjukhuset håller fortsatt bevakning huruvida risken bör läggas in för hantering.

Riskperspektiv 6: Miljö och social hållbarhet

- Risk för att produkter med bättre klimatprestanda inte används/köps in p.g.a. kostnad

- Risk för att hållbarhetskrav inte ställs i upphandlingar
- Risk för att systematiskt socialt hållbarhetsarbete ej bedrivs

Riskperspektiv 7: Kompetensförsörjning

- Bemanning och kompetensförsörjning
- Efterlevnad av regelverk gällande bisysslor
- Otillräcklig tid FoUUi (ny)
- Sjukfrånvaron minskar ej (ny)

Planerade kontroller och åtgärder innefattar bland annat:

- PDV-övningar och stärkt hantering av allvarliga händelser
- Kvalitetssäkring och gallring av styrande dokument samt återkommande stickprov
- Förstärkt forskningsstyrning och efterlevnad av regionens regelverk
- Kontroller av vårdflöden, rutiner och utbildningsinsatser på akuten
- Utveckling av strukturerade vårdflöden och införande av AI-stöd i operationsplanering
- Systematiska volymkontroller, månadsvisa ekonomigenomgångar och gemensam bemanningsstyrning
- Integrerade hållbarhetskrav i upphandlingar och uppföljning av miljöindikatorer
- Strukturerad kompetensplanering, efterlevnad av bisyssleregler och arbetsmiljöinsatser

Styr- och kontrollmiljön en central del av sjukhusets ledning och styrning. De planerade kontrollerna och åtgärderna skapar förutsättningar för att hantera de mest väsentliga riskerna och säkerställa en stabil, säker och hållbar verksamhet.

3 Mål och uppdrag

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

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

Tillgänglighet enligt vårdgarantin

Tillgängligheten enligt vårdgarantin har under 2025 förbättrats, *se bild nedan*. I oktober 2025 var det 233 patienter som väntat på mottagningsbesök >30 dagar och 430 patienter som väntat på behandling > 90 dagar.

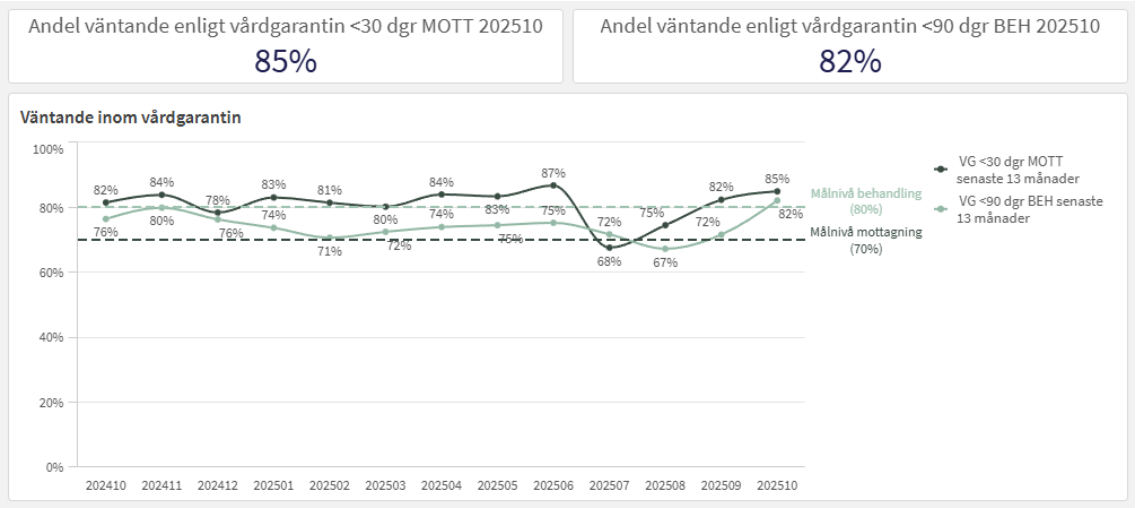


BILD: Andelen patienter väntande a) till första besök inom 30 dgr och b) behandling inom 90 dgr. Båda indikatorerna förbättras

Under 2026 ska sjukhuset fortsätta att utveckla arbetet med produktion- och kapacitetstyrning. Genom att planering och uppföljning ligger i ett lättillgängligt och visuellt system skapas bättre förutsättningar för tidig upptäckt av avvikelser, gemensamma prioriteringar och snabbare åtgärder. Ambitionen är att ytterligare fördjupa samverkan mellan verksamheter och öka nyttjandegraden av den totala kapaciteten, vilket ska bidra till både stabilare vårdflöden och kortare väntetider. Den nya organisationen 2026 kommer också bidra till samverkan och ge bättre förutsättningar för att ytterligare höja effektiviteten och tillgänglighet både inom mottagning- och operationsverksamheterna.

Vårdflöden på akuten

Besöken på akuten fortsätter öka varje år framför allt på grund av demografin med en åldrande befolkning. 2025 noteras också förändrade sökmönster som kan bero på sämre tillgänglighet inom den nära vården och regionens närakuter. Trots ett ökande

flöde har ledtiderna förbättrats för patienter som kommer till sjukhuset via akutmottagningen, s*e bilder nedan.*

Tiden till en första läkarbedömning (TTL) bör vara så snabb som möjligt. De svårast sjuka patienterna måste få en snabb bedömning, patienter med intensivvårdsbehov måste snabbt identifieras och transporteras till IVA och patienter med utredningsbehov påbörja utredning. I projektform prövas nu olika arbetssätt för att påverka ledtiderna. optimera triageringsfunktionen. Ett sätt är att avdela erfaren läkare som har triagering (initial bedömning) som huvuduppgift.

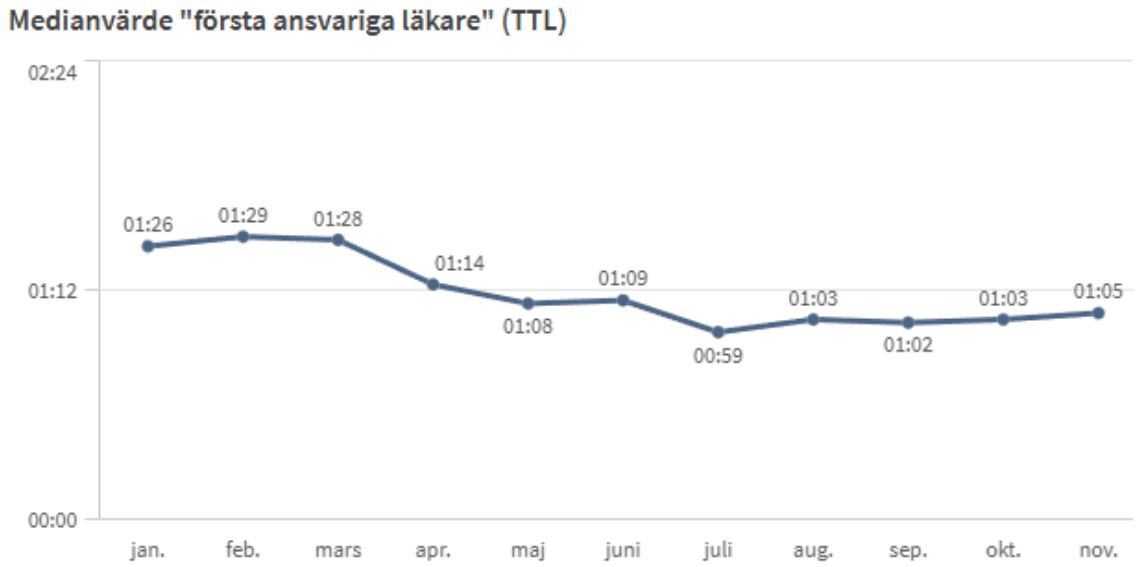


BILD: Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akuten sjunker under 2025.

En annan parameter som följs är vistelsetid (TVT). För att påverka TVT prövas även andra insatser för att öka effektivitet i utredningar och påverka inskrivningsprocessen efter beslut om inläggning. De olika piloterna inom projektet kommer fortsätta 2026 innan utvärdering.

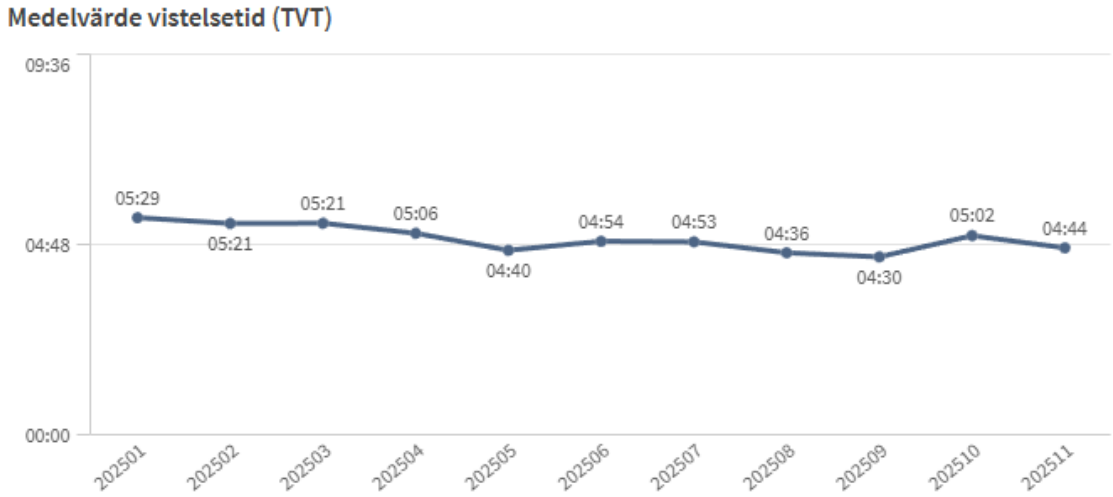


BILD: Total vistelsetid på akuten sjunker under 2025.

G-CDU

Andelen sköra äldre på akutmottagningen ökar och har ofta en komplex sjukdomsbild som kräver långa utredningar. Detta leder till (för) långa vistelsetider på akuten och bristande omvårdnad. Hösten 2025 öppnades därför en geriatrisk utredningsavdelning, så kallad G-CDU (Geriatrisk Clinical decision unit) inom VO Internmedicin med 12 vpl. Enheten fokuserar på snabb utredning med korta vårdtider (12–32 tim), adekvat omhändertagande och korrekt handläggning av äldre patienter, utan att fördröja vistelsetiden på akutmottagningen.

En första utvärdering (nov-25) visar på goda resultat med korta vistelsetider på akuten, hög beläggningsgrad, genomsnittlig patientålder 86 år och en genomsnittlig vårdtid på 15h. Efter den initiala utredningen överfördes 20% av patienterna till annan avd på Sös för fortsatt specialistvård, 30% gick hem och 50% överfördes med snabbspår till geriatrisk vårdenhet utanför sjukhuset.

Under 2026 kommer G-CDU att vidareutveckla sina arbetssätt för att stärka den akuta vårdkedjan för äldre.

Dagvård

Poliklinisering med vård och behandlingsinsatser på mottagningar (dagvård) som ersätter traditionell slutenvård är en viktig och efterfrågad omställning som ger en högre effektivitet och spar resurser.

På Södersjukhuset ökar antalet öppenvårdsbesök som klassificeras som "dagvård" med ca 5-6% per år. 2025 beräknas ca 73 000 dagvårdsbesök. Flest antal besök (ca 40%) sker inom Onkologiverksamheten, ***se bild nedan***. Omställningen behöver stöttas med nya ersättningsmodeller, ett arbete som förhoppningsvis initieras under 2026 via den regional SAM-beredningen.

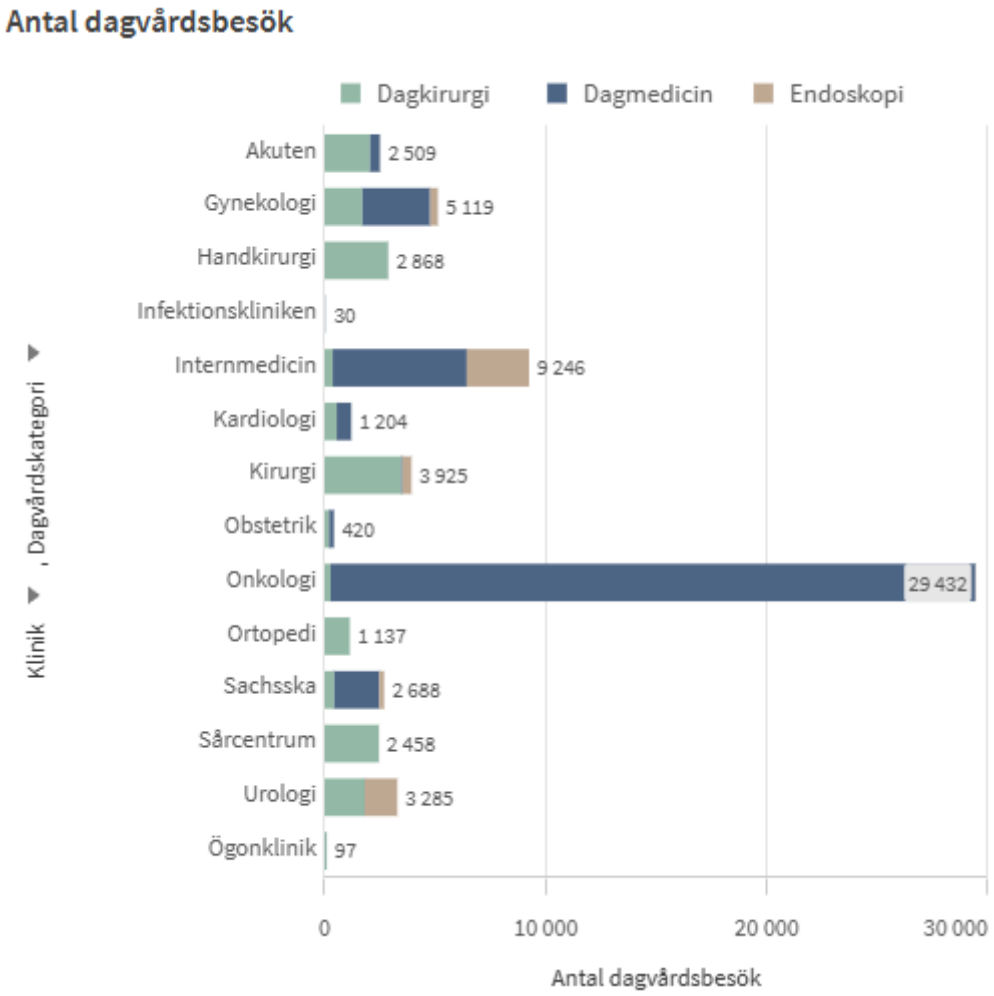


BILD: Antal dagvårdsbesök på Södersjukhuset per verksamhet, ackumulerat okt-25.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist	Regionfullmäktige	>=80 %	80 %
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist	Regionfullmäktige	>=2 025 %	Öka från år 2 025
Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning	Regionfullmäktige	2 025	Minska från år 2 025
Total vistelsetid på akutmottagning	Regionfullmäktige	<2 025	Minska från år 2 025

3.1.2 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

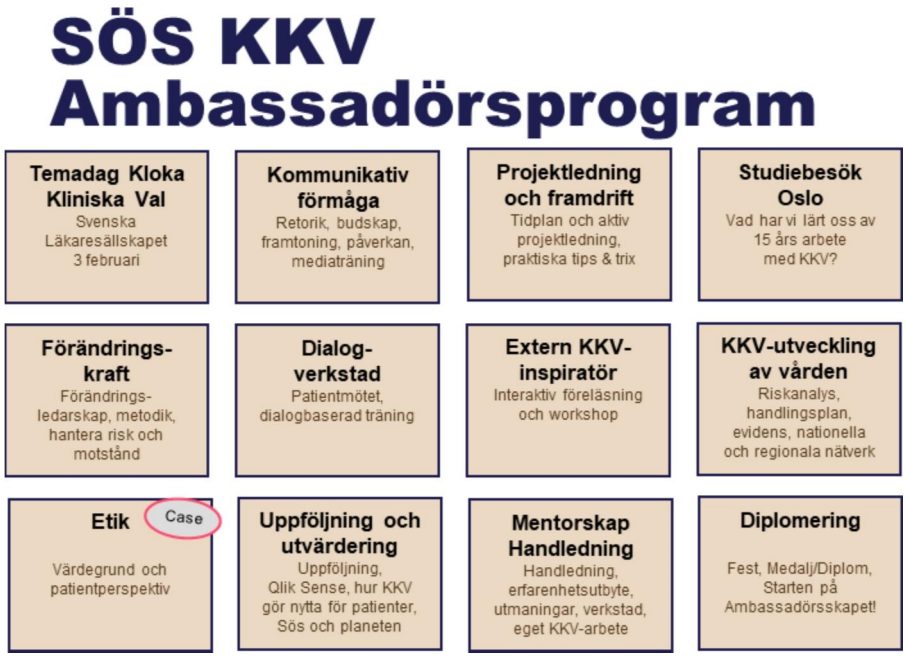
Patientsäkerhet och kvalitet

Södersjukhuset har en övergripande handlingsplan för patientsäkerhetsfrågor som utgår från den nationella och regionala handlingsplanen för stärkt patientsäkerhet. Handlingsplanen säkerställer att Sös har en samordnad process för systematiskt patientsäkerhetsarbete i syfte att uppnå en god och säker vård. Enligt 3 kap §10 i Patientsäkerhetslagen upprättas årligen en Patientsäkerhetsberättelse där det systematiska patientsäkerhetsarbetet beskrivs inklusive de åtgärder som gjorts för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som nåtts.

Planerade aktiviteter 2026 för att målet ska uppnås:

- Fyra utbildningstillfällen inom patientsäkerhet för chefer och medarbetare.
- Två nätverksträffar för sjukhusets patientsäkerhetsfunktioner.
- Rapport fem gånger under 2026 i Södersjukhusets ledningsgrupp om en händelseanalys som belyser en allvarlig vårdskada.
- Arbeta med reflektionsverktyg för att stärka resultatet på HSE-frågorna i medarbetarenkäten.
- Pneumoni-, kateter- och infartsverkstäder i syfte att öka kunskapen om vårdrelaterade infektioner.
- Samtal/dialogverkstad (ex hur kan man förklara att man ex minskar ett kontrollprogram eller inte behöver ta ett blodprov regelbundet som en del i arbete med Kloka kliniska val).
- Utbildning om patientnära rapport.
- Arbeta för att minska risken för felaktig läkemedelsbehandling.
- Fortsatt nära samverkan med Södersjukhusets Patient- och närståenderåd.
- Öka samverkan mellan Geriatrisk Clinical Decision Unit (G-CDU) med geriatriska enheter, prehospital verksamhet och vård och omsorgboenden.

Det är påbörjat ett stort arbete med Kloka kliniska val (KKV) i syfte att nyttja resurser på ett effektivt sätt för bästa patientnytta. På Södersjukhuset kommer 14 kloka kliniska val att påbörjas under 2026. För att stärka projektet inom KKV kommer 10 medarbetare (olika professioner) att delta i ett framtaget ambassadörsprogram med curriculum se bild. Eftersom KKV är en kulturomställning kan specialutbildade KKV-ambassadörer utgöra en hållbarhet över tid i detta förändringsarbete.



Forskning, Utveckling, Utbildning och Innovation (FoUUi)

För att bidra till målet en hållbar regional utveckling i framkant ska Södersjukhuset vara en attraktiv miljö för forskning, utveckling, utbildning och innovation. Under planperioden prioriteras insatser som stärker den kliniska forskningen, ökar antalet publikationer, vidareutvecklar utbildnings- och handledningsuppdraget samt stärker innovationskraften.

Öka antalet kliniska prövningar och samarbeten: Södersjukhuset ska etablera ett Centrum för Klinisk Forskning som ska fungera som regionens nod för pragmatiska studier med DCT-komponenter. Genom satsningar på utbildning inom ramen för regionens program *Clinical Trialist* ska fler medarbetare kvalificeras som prövare. Vidare utvecklas Sös Testbädd och det tillhörande Task Force-arbetet för att öka samarbeten mellan akademi, industri och hälso- och sjukvård samt öka implementering i klinisk rutin.

Öka antalet publikationer: Löpande uppföljning av USV-enheter ska ske med trafikljusmodell för att säkerställa att kriterier uppfylls, samtidigt som tid frigörs för klinisk personal att bidra till utbildningsuppdraget. Forum för klinisk behandlingsforskning fortsätter att främja kunskapsutbyte mellan sjukhusets verksamhetsområden.

Stärka utbildning och handledning: Utbildnings- och handledningsuppdraget förstärks genom fortsatt utveckling av interna strukturer för handledning, med målsättningen att andelen interna handledare successivt ökar. Detta bidrar till hållbar kompetensförsörjning och en stabil akademisk miljö över tid.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner	Regionfullmäktige	<=4 %	<=4 %
Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle	Regionfullmäktige	<=2 025	Bibehålla eller minska från år 2 025

Uppdrag	Beslutat av	Status
Genomföra en systematisk kartläggning av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter inom vårdverksamheten	Regionfullmäktige	

3.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

3.2.1 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

De senaste två åren har Södersjukhusets ekonomiska resultat förbättrats och närmat sig en ekonomi i balans. Sjukhuset har fokus på produktionsstyrning vilket innebär att genomföra planerad produktion och därigenom erhålla avtalade intäkter. Samtidigt fokuserar sjukhuset på att anpassa bemanningen till de ekonomiska förutsättningarna genom att tillämpa dispensförfarande vid rekrytering, förbättra schemaplaneringen, minska arbete på övertid samt minska användningen av timanställningar.

De ekonomiska förutsättningarna fortsätter att vara utmanande under 2026. Uppräkningen av sjukhusavtalets intäkter med 2,2 procent räcker inte för att täcka prisuppräkning av löner och andra omkostnader. Bedömningen är att kostnadsreducerande åtgärder och intäktsökningar motsvarande ca 100 mnkr krävs för att nå resultatkravet för 2026.

Sjukhuset har i september öppnat en G-CDU avdelning för bättre akut omhändertagande av äldre patienter. Sjukhuset har inte fått ett finansierat uppdrag för att bedriva verksamheten vilket innebär en viss ekonomisk risk för sjukhuset.

De kraftigt minskade förlossningsvolymerna innebär minskade intäkter samtidigt som sjukhuset ska upprätthålla oförändrad kapacitet. Det innebär också en ekonomisk risk för sjukhuset.

För att fortsätta minska bemanningskostnaderna kommer fokus att vara på bättre bemanningsplanering i syfte att minska sjukfrånvaro, arbete på övertid och användning av timanställda. Det pågår ett sjukhusövergripande arbete med att ta fram en gemensam dimensioneringsmodell, vilken bedöms kunna underlätta arbetet med personalplanering och schemaläggning. Dimensioneringsmodellen driftsätts under 2026. Sjukhuset kommer att fortsätta tillämpa dispensförfarande vid samtliga rekryteringar.

Sjukhuset kommer fortsätta att se över användningen av laboratorietjänster i syfte att fortsätta minska dessa kostnader. Arbetet med kloka kliniska val förväntas också ge positiva ekonomiska effekter.

För att möta de utmaningar sjukvården står inför med en växande äldre befolkning och minskande andel arbetsför befolkning så måste sjukhuset arbeta med att förändra arbetssätten. Det handlar t ex om att öka digitalisering och automatisering där det är möjligt.

Södersjukhuset står inför omfattande ombyggnationer de kommande åren för att upprätthålla ett robust sjukhus. Ombyggnationer pågår i byggnad 17/18 och inom intensivvården. 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.

Övergången till förvaltning i akutsjukhusnämnden ger möjligheter till bättre samordning tillsammans med de övriga akutsjukhusen i akutsjukhusnämnden men även med andra nämnder såsom Karolinska sjukhuset. Samordningen bör kunna ge positiva ekonomiska effekter, t ex gällande investeringar.

Administrativa kostnader ska minska

Under 2026 fortsätter effektiviseringen av Region Stockholms administration. Administrativa kostnader ska minska med 100 mnkr i regionen varav Södersjukhuset ska minska med 2,5 mnkr. Ökad digitalisering, resurssamordning och minskat beroende av konsulter är exempel på åtgärder som ska minska de administrativa kostnaderna.

Arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott

Södersjukhuset arbetar systematiskt för att förebygga och upptäcka oegentligheter och välfärdsbrott, med fokus på ekonomiska flöden, personalprocesser, intyg och läkemedelsförskrivning. Inom inköp och upphandling bedrivs ett förebyggande arbete genom utbildning i affärsetik och upphandlingsregler.

Under 2026–2028 fortsätter sjukhuset att stärka hanteringen av välfärdsbrott kopplat till intyg och läkemedel genom tydligare rutiner för avvikelsehantering, förbättrad samverkan med juridik och HR samt snabbare agerande vid signaler från externa aktörer.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Administrativa kostnader ska minska	Regionfullmäktige	2 026 mkr	Enligt budget 2 026

3.2.2 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

Södersjukhuset ska fortsätta att arbeta med att minska miljö- och klimatpåverkan från sjukhusets verksamhet, miljöarbetet styrs som tidigare genom miljöledningssystemet som är certifierat enligt ISO 14001.

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.

Konsumtionsbaserad klimatpåverkan

Sjukhusets konsumtion av varor och tjänster leder till utsläpp av klimatpåverkande gaser. Användningen av vårdrelaterad utrustning, medicinsk utrustning och förbrukningsvaror, särskilt engångsprodukter i fossilbaserade material, står för de största utsläppen. Men även användningen av medicinska gaser, tjänsteresor, hantering av läkemedel samt patientmåltider som serveras leder till utsläpp. Avseende konsumtionsbaserad klimatpåverkan ska sjukhuset under 2026 arbeta för att minska svinnet av engångsprodukter, fortsätta implementering 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.

Hållbarhetskrav i upphandlingar

I de upphandlingar som sjukhuset genomför ställs hållbarhetskrav där detta är relevant och möjligt. Nytt i anvisningarna för 2026 är att ställa drivande krav för ekologisk hållbarhet och klimatneutralitet, sjukhuset ser en risk att dessa krav driver administrationen och kräver resurser.

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

Sjukhuset ska också arbeta med 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. Tillvaratagande av använda möbler i sjukhusets möbelförråd och viss elektrisk utrustning för återbruk samt utbyte av engångs- till flergångsinstrument kommer att bidra till resurseffektivitet och ökad livslängd av produkter. Under 2025 startade sjukhuset införande av cirkulärt flöde för skyddsförkläden och arbetet fortsätter under 2026.

De risker som finns för att målen inte ska uppnås är exempelvis oförutsedda händelser men även att ekonomi och personella resurser saknas för att arbeta med att uppfylla mål samt att stödsystem för beräkning och mätning för faktiska koldioxidutsläpp saknas inom regionen.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019	Regionfullmäktige	-37 %	-37 %
Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan	Regionfullmäktige	2 026 %	Basårsmätning år 2 026
Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav	Regionfullmäktige	100 %	100 %
Nämnden/bolaget har genomfört åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden	Regionfullmäktige	Ja	Ja

3.2.3 Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling

Jämlik vård med patienten i centrum

Arbetet med att stärka patienters delaktighet och inflytande i vård och vårdplanering utgör fortsatt ett högt prioriterat område vid Södersjukhuset. Sjukhusets ordinarie Patient- och närståenderåd involveras tidigt i strategiska förbättrings- och utvecklingsinitiativ med syfte att öka patientnyttan och säkerställa ett personcentrerat arbetssätt.

Under 2026 deltar rådets ledamöter i flera av sjukhusets centrala utvecklingsprocesser, bland annat inom Kloka kliniska val, Gemensamt arbetssätt, omvårdnad, utformning av lokaler och centralkassa samt arbetet med att främja ökad patientdelaktighet i den nya organisationsstrukturen vid Södersjukhuset.

Vid Sachsska barn- och ungdomssjukhuset är barnrättsombuden fortsatt engagerade i utvecklingsarbetet. De genomför barnkonsekvensanalyser inför planerade organisationsförändringar, inklusive flytten av avdelning 64 och 74 samt barnakuten, för att säkerställa att barnets bästa beaktas i alla beslut.

Samarbetet med Synskadades riksförbund (SRF), SÖS fastighet och LOCUM fortlöper under 2026 med fokus på att stärka tillgängligheten i sjukhusets lokaler för personer med synnedsättning. Ett särskilt projekt kring ledsagning för synskadade kommer även att genomföras under året.

Under 2026 implementeras nya standardiserade arbetssätt och uppföljningsrutiner på hela Södersjukhuset: Se-upp-ronder, patientnära rapport, omvårdnadsrond samt punktprevalens mätning (PPM) omvårdnad. Dessa syftar till att säkerställa att alla patienter ges förutsättningar till aktiv delaktighet i sin vård och behandling, samt att omvårdnaden präglas av likvärdighet, kvalitet och ett respektfullt bemötande.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Nämnden/bolaget har utifrån sitt uppdrag arbetat systematiskt med social hållbarhet	Regionfullmäktige	Ja	Ja

3.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig

3.3.1 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Medarbetarskap

Aktiviteter för att attrahera, behålla, tillvarata och utveckla Södersjukhusets medarbetare är fortsatt högt prioriterade. Sjukhuset arbetar långsiktigt med att skapa förutsättningar för en trygg arbetsmiljö, stabil bemanning och en hållbar kompetensförsörjning som stödjer verksamhetens mål.

En stabil grund för ledar- och medarbetarskap är centralt för att skapa en god arbetsmiljö och en kultur som bidrar till kvalitet och patientsäkerhet. Det gemensamma värderingsdokumentet för ledar- och medarbetarsyn är nu etablerat och förankrat i verksamheten, och arbetet fortsätter med att utveckla aktiviteter som ytterligare stärker medarbetarskapet. Under kommande år integreras även regionens tillämpningsanvisningar för ledarskap i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Fokus ligger fortsatt på att stärka ledarskapet genom att skapa bättre förutsättningar för chef- och ledarskapet. En viktig del i detta är att säkerställa att storleken på medarbetargrupperna är rimliga. Vi fortsätter även att digitaliserade processer som avlastar chefer, samt genom kontinuerlig ledarutveckling via seminarier, handledning och utbildningar. Chefscoachning, både individuellt och i grupp, kommer fortsatt vara ett prioriterat område.

Strukturerad kompetensplanering

Från och med 2026 blir kompetensplaner en integrerad del av verksamheternas planering med löpande uppföljning, för att ytterligare säkra och utveckla kritiska kompetenser på både kort och lång sikt.

Implementeringen av kompetensstegar för olika yrkesgrupper pågår, i syfte att tydliggöra karriärvägar och skapa bättre förutsättningar för kompetensutveckling. Särskilda insatser görs bland annat inom undersköterskestegen, samtidigt som sjukhusövergripande utvecklings- och utbildningsinsatser samordnas för ökad effekt. Under 2026 kommer även en ny lärplattform ”Kompetenstorget” att implementeras, där målet är att plattformen ska stödja kompetensplaneringsarbetet på ett effektivt sätt.

Kompetens omvårdnad

Som ett led i detta arbete pågår Omvårdnad Kompetens, ett sjukhusövergripande och prioriterat strategiskt projekt som syftar till att stärka ledning, styrning och kompetensförsörjning inom omvårdnad. Projektet ska bidra till ökad kvalitet, tydligare strukturer och långsiktig hållbarhet i arbetet med att utveckla och ta tillvara omvårdnadskompetensen på Södersjukhuset.

Inom området Employer Branding planeras fortsatt arbete med att stärka Södersjukhusets attraktionskraft, bland annat genom nya filmer och

kommunikationsinsatser i sociala medier och vid rekryteringsevent. Erbjudanden om studielön vid specialistutbildningar för sjuksköterskor och undersköterskor fortsätter också under kommande år, som en viktig del i arbetet med att säkra framtidens kompetensförsörjning.

Ett sjukhusövregripande arbete pågår för att effektivisera schemaläggning och säkerställa en god bemanningsplanering utifrån verksamhetens behov och med en bra arbetsmiljö och patientsäkerhet som grund. Uppdaterade riktlinjer har tagits fram och implementeras och utvärdering kommer att ske kontinuerligt. Som en del av detta arbete görs även omfattande utbildningsinsatser för att höja kompetensen inom området. Det kommer även göras en översyn av bemanningsassistenternas roll, mandat och kompetens med syftet att säkerställa ett bra stöd.

Södersjukhusets målvärde för 2026 är i likhet med regionen att 99 % av personalkostnaderna ska utgöras av egen bemanning.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning	Regionfullmäktige	99 %	99 %

3.3.2 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

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. Fokus framåt är att ytterligare tydliggöra och förenkla arbetssätten för chefer och medarbetare.

Under 2026 implementeras ett nytt avvikelsehanteringssystem, vilket följs av utbildning kring arbetsmiljöavvikelser och rutiner för utredning och rapportering. Chefer kommer även att utbildas i att använda nya verktyg för pulsmätningar och genomförandet av fysiska skyddsronder i det nya systemstödet.

Arbetet med att förebygga hot och våld fortsätter genom ett pågående pilotprojekt som inkluderar strukturerad riskbedömning vid inskrivning, tillhörande handlingsplaner samt utbildning i våldsminskande metoder. Projektet utvärderas under 2026 och kan vid goda resultat skalas upp till fler avdelningar.

För att minska sjukfrånvaron fortsätter arbetet med ett riskorienterat angreppssätt där chefer får stöd av HR, rehabcoach och hälsopedagog i att tidigt identifiera risker och vidta riktade åtgärder. Ärendehandledningsgrupper och kollegiala forum används som stöd i rehabiliteringsarbetet.

Satsningar för återhämtning, psykologisk trygghet och stärkt OSA-arbete fortsätter genom föreläsningar, workshops och utvecklingsinsatser riktade till både chefer, skyddsombud och medarbetare. Arbetsplatser erbjuds även möjligheten att ansöka om extra regionsmedel för lokala arbetsmiljöförbättringar som utgår från deras

handlingsplaner.

Genom dessa insatser skapar Sjukhuset bättre förutsättningar för hållbara arbetsplatser, stärkt hälsa och ett långsiktigt robust arbetsmiljöarbete.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Andel sjukfrånvaro	Regionfullmäktige	<6 %	<6 %
Totalindex HME	Regionfullmäktige	>=80	>=80
Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete	Regionfullmäktige	<=8 %	<=8 %

4 Verksamhet

4.1 Verksamhetstal

4.1.1 Vårdproduktion

Produktion och kapacitetstyrning (PKS)

Södersjukhuset fokuserar på att förbättra och öka effektiviteten inom öppen- och slutenvården samt operationsverksamheten i syfte att möte det ökande vårdbehovet och stärka tillgängligheten. Beslutsstödsverktyget Qlik Sense används för att visualisera och kontinuerligt följa upp plan och utfall under året. Under 2026 läggs särskild vikt vid att effektivisera operationskapaciteten och att integrera det nya AI-verktyget för operationsplanering.

Sjukhusets uppdrag och beställning 2026

Sjukhusets uppdrag är i allt väsentligt oförändrat inför 2026. Den totala ersättningen består fortsatt av produktions-, uppdrags- och målrelaterad ersättning.

I budgetprocessen inför 2026 äskade Södersjukhuset ersättning för den G-CDU-verksamhet som sjukhuset öppnade och driver sedan september 2025. Äskandet motsvarade en ökning av målvolymen med ytterligare 2,25 %, för att spegla den utökade volymkapacitet och de ökade kostnader som etableringen av G-CDU medför. Sjukhuset har inte fått ett finansierat uppdrag av HSN.

Sjuhusavtalets intäkter har uppräknats med 2,2 procent enligt avtal med HSF. Därutöver har sjukhuset erhållit en volymökning om 1% med 50% ersättning, samt en ytterligare volymökning om 0,36% med full ersättning.

Budgeterade volymer bygger på ett beräknat vårdbehov (*se nedan*) och innebär en produktionsvolym som är 4 % över sjukhusavtalets målvolym.

Sjukhuset har fortsatt ett uppdrag inom vårdval förlossning omfattande 5 700 förlossningar. Den nedåtgående trenden i förlossningsstatistiken medför dock en överkapacitet som innebär en stor ekonomisk risk, om inte ett omställningsstöd erhålls.

Sidoavtal

Sjukhusavtalet omfattar 17 sidoavtal, varav flera saknar krav på produktionsvolymer. Ersättningsmodellerna varierar mellan avtalen: vissa, såsom mödrahälsovårdsenheten, och akutmottagningen för sexuellt våldsutsatta, har helt fast ersättning. Andra bygger på besöksersättning eller ersättning per avslutad behandling, exempelvis neuropsykiatriska utredningar av förskolebarn.

Vårdval

Sjukhuset bedriver verksamhet inom tre vårdval i Region Stockholm: vårdval förlossning, vårdval obstetriska ultraljud (kvinnokliniken), vårdval höft- och knä

(ortopediska kliniken) och vårdval allergologi.

Antal vårdplatser 2026

Sös planerar för totalt 568 vårdplatser under 2026 vilket är 10 fler jämfört med 2025 beroende på ett beräknat ökat behov. *se tabell nedan*. Behovet (genomsnittliga antalet vårdplatser per år) baseras på ett uppskattat behov utifrån patientvolymer (inkl. köer) uppdelade i diagnosgrupper, beräknad vårdtid samt en kalkylerad 92% beläggningsgrad. För att vara flexibla och hantera säsong- och veckovariation fördelas ca 5% fler vårdplatser jämfört med det beräknade genomsnittliga behovet. Vårdplatser periodiseras och dimensioneras per avdelning och dag i en Öppethållandeplan. Under sommarperioden görs neddragningar motsvarade ca 15% inom vuxensjukvården.

Vuxna (Opererande.specialiteter 167 vpl, Medicinska specialiteter 270 vpl)	**437**
Intensivvård (IVA/MIMA/IMA)	24
Antenatal Obstetrik	8
Förlossning	10
BB	35
Barn (exkl Neo)	24
Neonatal	30
SUMMA alla vpl Sös	***568***

40% av vårdplatserna för vuxna finns inom inom område Opererande specialiteter (n=167) och 60% finns inom område Medicinska specialiteter (n=270). Av de 270 vårdplatser inom område Medicinska specialiteter är 24 så kallade vårdnära IMA-platser (mindre enheter med särskild dimensionering och kompetens) på enskilda vårdavdelningar (8 HIA, 4 MIMA, 4 NIMA och 8 övervakningsplatser).

Sjukhuset har förutom de vårdplatser som redovisas ovan, 25 op-salar, 14 postop-platser samt en stor reservkapacitet för att bedriva kortvarig slutenvård på akutmottagn inkl. 8 platser för särskild övervakning (ACCU).

Vårdproduktion (antal)	**Utfall 2024**	**Budget 2025**	**Budget 2026**	**Plan 2027**	**Plan 2028**
Besök, akuta	96 783	126 777	129 610	129 610	129 610
Besök, elektiva	535 704	523 798	525 914	525 914	525 914
Öppenvårdsbesök, totalt	**632 487**	**650 575**	**655 524**	**655 524**	**655 524**
- varav utomlän/utland	13 747	14 293	12 297	12 297	12 297
Slutenvårdstillfällen, akuta	41 999	42 811	41 987	41 987	41 987
Slutenvårdstillfällen, elektiva	7 230	7 859	7 698	7 698	7 698
Slutenvårdstillfällen, totalt	**49 229**	**50 670**	**49 685**	**49 685**	**49 685**
- varav förlossning, totalt	5 626	5 700	5 700	5 700	5 700
- varav utomlän/utland	1 531	7 831	1 368	1 368	1 368

Vårdproduktion (antal)	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Antal vårdplatser	**489**	**558**	**568**	**568**	**568**

5 Ekonomi

5.1 Resultatbudget

Då Södersjukhuset från och med år 2025 ändrade associationsform från aktiebolag till förvaltning inom Akutsjukhusnämnden har budgeten momsjusterats. Sjukhuset budgeterar inte längre för pensionskostnader och finansiella kostnader för pensioner. Istället budgeteras det personalomkostnadspålägg som sjukhuset får betala till regionen.

Budget 2026 utgår från prognos 2025 och räknas upp med LPIK 2026 (SKR oktober 2025). För att nå resultatkravet om 33 mnkr har sjukhuset en åtgärdsplan om 100 mnkr.

Sjuhusavtalets intäkter har uppräknats med 2,2 procent enligt uppdrag med HSF. Därutöver har sjukhuset erhållit en volymökning om 1% med 50% ersättning, samt ytterligare volymökning om 0,36% med full ersättning. Verksamhetens intäkter budgeteras till 7,13 mdkr för 2026.

Sjukhusavtalets intäkter har uppräknats för planåren 2027 och 2028 enligt LPIK exkl läkemedel för resp år.

Verksamhetens kostnader budgeteras till 6,89 mdkr för 2026, vilket är en ökning med 6,5% jmf med budget 2025. Ökningar ses främst inom lokal- och fastighetskostnader samt inom personalkostnader.

I budget 2026 har sjukhusavtalets intäkter höjts med 83 mnkr som avser ersättning för ökade hyreskostnader för strategiska investeringar i byggnader. För planåren 2027 och 2028 har ytterligare 29 mnkr respektive 8 mnkr tillförts som ersättning för ökade hyreskostnader.

Resultat*	**Utfall 2024**	**Budget 2025**	**Budget 2026**	**Plan 2027**	**Plan 2028**
Patientavgifter	93	83	87	87	87
Sålda primärtjänster	7 139	6 224	6 583	6 755	7 000
Försäljning övriga tjänster	153	128	141	144	151
Erhållna bidrag	303	203	228	228	228
Övriga intäkter	118	56	95	97	102
Verksamhetens intäkter	**7 806**	**6 693**	**7 134**	**7 312**	**7 568**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-4 588	-4 063	-4 380	-4 500	-4 657
- varav inhyrd personal	*-20*	*0*	*-15*	*-15*	*-16*
Köpta primära sjukvårdstjänster	-0	0	0	0	0
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-356	-313	-319	-323	-337
Läkemedel	-661	-652	-677	-693	-711

Resultat*	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Materialkostnader	-449	-373	-378	-384	-396
Lokal- och fastighetskostnader	-652	-672	-720	-742	-764
Övriga kostnader	-500	-404	-425	-433	-446
Verksamhetens kostnader	**-7 208**	**-6 476**	**-6 898**	**-7 075**	**-7 310**
Avskrivningar	-196	-194	-205	-204	-226
Finansnetto	-411	0	2	2	2
Justering pension mm.	0	0	0	0	0
Resultat**	**-9,4**	**23**	**33**	**34**	**34**

* mkr
** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

5.1.1 Intäkter

Sålda primärtjänster består av ersättningen enligt sjukhusavtalet inklusive sidoavtal, samt intäkter för vårdval och för utomläns/utrikespatienter.

Intäkter för vårdval förlossning är budgeterade efter volymen 5700 förlossningar. *Se avsnitt 5.1.*

Sjukhuset har budgeterat ersättning för G-CDU med 57,8 mnkr vilket motsvarar en ersättningsnivå med 50 % DRG ersättning för 2026.

I sålda primärtjänster ingår avtal om receptförskrivna läkemedel. Ersättning för receptförskrivna läkemedel ligger på samma nivå som 2025 års ersättning. Erhållna bidrag och övriga intäkter budgeteras utifrån avtalade nivåer eller andra underlag som styrker budgeterade nivåer.

För 2027 och 2028 har sjukhusavtalet, vårdvalsintäkter och utomläns- och utomlandsintäkter räknats upp med LPIK exkl läkemedel motsvarande 2,3% respektive 4,5%.

5.1.2 Kostnader

Personalkostnaderna budgeteras 2026 att öka med löneuppräkning på 3% och personalomkostnadspålägg budgeteras med 48,85 %.

Avtal för receptförskrivna läkemedel, förmånsläkemedel, är ett tilläggsavtal till Sjukhusavtalet. Kostnaderna för förmånsläkemedel bedöms ökar med 2 mnkr. Sjukhuset budgeterar med en kostnad om 384 mnkr (1% jmf. budget 2025) samtidigt som sjukhuset budgeterar en läkemedelsåterbäring motsvarande 41 mnkr.

Kostnader för rekvisitionsläkemedel räknas upp med 4%. Utöver uppräkningen har även sjukhuset genomfört riktade satsningar till prioriterade verksamheter.

Kostnader för lab och material har budgeterats med en ökning om 2,2% i enlighet med LPIK.

För planeringsåren 2027 och 2028 budgeteras kostnaderna öka med LPIK i allt väsentligt.

Personalkostnader

	Utfall 2024	Budget 2025	Prognos 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Närvaro	3 149		3 131	3 182	3 181	3 181
Frånvaro	1 545		1 538	1 453	1 453	1 453
Extratid	397		416	376	347	347
Totalt	**5 091**		**5 028**	**5 011**	**4 981**	**4 981**
Varav avtalad tid	4 694	4 521	4 669	4 635	4 634	4 634

Inklusive åtgärder prognostiseras personalkostnaderna att öka med 2,1% jämfört med prognos 2025. Personalåtgärderna för 2026 uppgår till ca 33 mnkr och avser huvudsakligen minskning av extratid (timtid och övertid). För åren 2027 och 2028 prognostiseras personalkostnaderna att öka 3,5% årligen, exkl. åtgärder.

Övriga kostnader, avskrivningar och finansnetto

Övriga kostnader har i budgeten 2026 räknats upp med 2,2%.

Avskrivningskostnaderna beräknas öka i takt med att beslutade investeringar tas i drift.

Konsultkostnader

Budgeten för 2026 har konsultkostnader huvudsakligen inom IT-konsulter ca 6,4 mnkr. Resterande del om 10 mnkr är fördelat på övriga konsultkostnader, exempelvis kostnad för projektledning och digitalisering.

Arbetet med att minska konsultberoendet pågår och budgeteras till en reducering om cirka 10 % jämfört med 2025.

5.1.3 Åtgärder för att nå resultatkravet

För att uppnå resultatkravet 33 mkr för 2026 behöver kostnadsminskningar och intäktsökningar genomföras i storleksordningen 100 mkr. Sjukhuset har utmaningar att anpassa bemanningen till de ekonomiska förutsättningarna. Budgetförutsättningarna för 2026 innebär ett nytt effektiviseringskrav med 1,13%. Uppräkningen av ersättningsnivån i sjukhusavtalet räcker inte för att finansiera prisökningar av kostnaderna.

Dispensförfarandet fortsätter att användas vid rekrytering, med målet att minska antalet tillsvidareanställningar där det är möjligt. Fortsatt fokus på bättre bemanningsplanering i syfte att minska merkostnader såsom övertid samt översyn av timanställningar. Den sjukhusgemensamma dimensioneringsmodellen som är under

utformning kommer att underlätta beräkning av bemanningsbehov.

Ett av sjukhusets prioriterade områden är att fortsätta arbetet med kloka kliniska val, exempelvis avseende laboratorieanalyser och undersökningar. Implementeringen av kapacitetsplanering inom operationsverksamheten, tillsammans med förbättrade akuta flöden, kommer också att skapa bättre förutsättningar för att genomföra effektiviseringar på ett hållbart sätt.

Varje verksamhet arbetar fram en åtgärdsplan för en ekonomi i balans. Stort fokus kommer vara på produktionsplanering, uppföljning och produktionsstyrning så att budgeterade volymer utförs och sjukhuset erhåller avtalade intäkter.

5.1.4 Verksamhetsindelad resultatbudget

Administrativa kostnader

Administrativa kostnader definieras som kostnader för administrativt stöd till kärnverksamheterna. Administrativt stöd inkluderar processer för ledning, ekonomi, personal/HR, juridik och upphandling med mera, och de kostnader för personal, lokaler etcetera som de medför.

I enlighet med Regionens Budget 2026 skall administrativa kostnader minska. Budgetmålet innebär att de administrativa kostnaderna budgeteras att minska med 2,5 mnkr i syfte att frigöra resurser till kärnverksamheten. Budgeterade administrativa kostnader för 2026 är 122 mnkr, jämfört med 125 mnkr 2025.Ökad digitalisering, resurssamordning och minskat beroende av konsulter är exempel på åtgärder som ska minska de administrativa kostnaderna. Ökningen av PO-pålägget och uppräkning med LPIK ingår i totala kostnaderna.

För planår 2027-2028 har de administrativa kostnaderna räknats upp med LPIK.

5.1.5 Budget per verksamhetsområde

Resultat per verksamhetsområde (mkr)	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Intäkter					
Summa intäkter					
Kostnader					
Summa kostnader					

Summa

5.2 Balansräkning

Balansräkningen är upprättad enligt anvisning från Regionledningskontoret.

Eget kapital 2024 visar rapporterat utfall, samt är för åren 2025-2028 ersatt med tilldelat förvaltningskapital justerat med förvaltningens årliga prognostiserade resultat.

Avsättningar 2024 avser pensioner baserade på KPAs prognos i december 2024. Från och med januari år 2025 är pensionsskulden övertagen av Region Stockholm.

Anläggningstillgångarna baseras på de av fullmäktige beslutade investeringsramarna. Anläggningstillgångarnas värde i balansräkningen har inte ökat som tidigare budgeterats då sjukhuset inte har investerat i planerad takt. Det förklaras framför allt av att många investeringar kräver lokalanpassningar och dessa blir ofta försenade. Kommande år kommer omfattande investeringar att göras och avser tidigare beslutade investeringar som är framflyttade.

Balansräkning*	Utfall 2024	Prognos 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Anläggningstillgångar	**768**	**726**	**982**	**1 028**	**1 123**
-varav pågående nyanläggningar		*16*	*16*	*16*	*16*
Omsättningstillgångar	**6 403**	**761**	**932**	**932**	**932**
- varav kassa och bank	*4 777*	*-171*	*0*	*0*	*0*
SUMMA TILLGÅNGAR	**7 171**	**1 487**	**1 914**	**1 960**	**2 055**
Eget kapital	**431**	**761**	**794**	**828**	**862**
Avsättningar	**5 012**	**0**	**0**	**0**	**0**
Skulder	**1 728**	**726**	**1 120**	**1 132**	**1 193**
- varav långfristiga skulder	*12*	*9*	*9*	*9*	*9*
- varav kortfristiga skulder	*1 716*	*717*	*1 111*	*1 123*	*1 184*
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	**7 171**	**1 487**	**1 914**	**1 960**	**2 055**

* mkr

5.3 Investeringar

Sjukhuset prioriterar enligt regionens prioriteringsmodell med hänsyn till att investeringarna och dess driftkostnadskonsekvenser ska inrymmas inom sjukhusets beviljade budgetutrymme.

Sjukhuset har byggts ut de senaste åren. Trots tillskottet av nya behandlings- och vårdbyggnader är sjukhuset i stora delar ett 80 år gammalt sjukhus där den tekniska livslängden har passerats för många av anläggningarna. För att säkerställa en modern,

säker och robust vårdmiljö som uppfyller uppställda myndighetskrav men som även möjliggör digitalisering och effektivare arbetssätt pågår omfattande investeringar i om- och nybyggnation som kommer fortsätta de närmsta 10 åren.

För att säkerställa att investeringar är ekonomiskt hållbara och prioriterade över tid ska ny- och ersättningsinvesteringar över 2 mnkr beslutas av sjukhusets investeringsutskott. Investeringar med lokalpåverkan samt nyinvesteringar över 2 mnkr (reinvesteringar över 5 mnkr) lyfts till kommitté infrastruktur för beslut. För att integrera miljöhänsyn ska även en miljöbedömning göras vid införskaffandet av medicinskteknisk utrustning som överstiger 2 mnkr.

Uppföljning av investeringar sker månatligen i sjukhusets investeringsutskott för att säkerställa att investeringarna inryms inom sjukhusets beviljade budgetutrymme, med beaktande av att investeringsbesluten leder till mångåriga kapital- samt driftskostnader.

Sjukhuset har de senaste åren inte kunnat investera i planerad takt, vilket har skapat ett uppdämt behov av utrustningsinvesteringar. Detta framgår av skillnaden mellan investeringsbudget och faktiskt utfall. Att investeringstakten varit lägre än planerat innebär dock inte att behoven minskat. I investeringsbudget 2026 ingår investeringar om 230 mnkr som flyttats från budget 2025, främst på grund av förseningar i lokalanpassningar. Detta innebär att sjukhuset har investeringstunga år framför sig, där dessa investeringar kommer vara avgörande för sjukhusets möjlighet att uppfylla sitt uppdrag som akutsjukhus. Sjukhusets investeringsbehov i utrustning de närmaste 3 åren summerar 461 mnkr 2026, 250 mnkr 2027 och 321 mnkr 2028. Investeringarna består till övervägande del av reinvesteringar. Nyinvesteringsbehovet utgörs av utrustning till pågående modernisering av byggnad 17/18, samt ytterligare en DT-maskin och en MR-kamera som beslutades under 2024 respektive 2025. De utmanande ekonomiska förutsättningarna innebär att sjukhuset kommer att behöva prioritera ned investeringsnivån för att klara att hålla en fortsatt låg avskrivningskostnad.

Under 2026 bedöms den planerade införskaffningen av en sjätte DT-maskin och en fjärde MR-kamera färdigställas samt ombyggnation av vårdavdelningar i byggnad BY 17/18. Ombyggnationen av intensivvårdens lokaler är försenad med två år och beräknas bli klar vid årsskiftet 2028/2029.

5.4 Åtgärder för ett resultat i balans

För att uppnå ett resultat i balans är åtgärderna framför allt fokuserade på bemanningskostnader. Sjukhuset arbetar med en förbättrad bemanningsplanering för att reducera övertid, timanställningar och inhyrning samt har ett fortsatt dispensförfarande vid tillsättning av vakanta tjänster.

Under 2024 startades ett projekt tillsammans med Karolinska universitetslaboratoriet med mål att minska kostnader för laboratorietjänster genom att hitta åtgärder som reducerar kostnadsbasen. Det arbetet har börjat visa resultat och förväntas ge

ytterligare effekter under 2026.

I åtgärdsplanen ingår intäkter för vårdproduktion, baserad på vårdbehov, men som överstiger målvolymen i sjukhusets uppdrag

Ej finansierade verksamhetsförändringar

Kris- och katastrofberedskap
Sjukhuset har en välutvecklad kris- och katastrofberedskap, men det förändrade omvärldsläget medför nya krav. Nationella beslut om det civila försvaret, reviderade beredskapsplaner och införandet av en ny krigsorganisation innebär ett behov av ytterligare resurser för att bygga upp och förvalta beredskapslager. De initiala kostnaderna har delvis täckts genom statliga bidrag, men på längre sikt förväntas även akutsjukhusen bära en del av dessa kostnader.

Tekniska infrastrukturkostnader
IT- och infrastrukturella kostnader, såsom nätverksuppgraderingar, väntas öka kraftigt de kommande åren. Sjukhuset har under lång tid haft en eftersatt teknisk infrastruktur, vilket gör att investeringar i tekniska lösningar och uppgraderingar måste genomföras parallellt med ombyggnationer av sjukhusets lokaler. Därtill kommer de ökade kostnaderna för byte av journalsystem och införandet av ett gemensamt vårddatalager.

Bild- och funktionsmedicin
Volymerna för bild- och funktionsmedicin har ökat kraftigt, vilket har resulterat i kostnadsökningar som överstiger den ersättning som sjukhuset får. Samtidigt pågår det även ett skifte från konventionell röntgen till mer avancerade röntgenundersökningar. Konventionell röntgen har minskat med 17% sedan 2019 medan avancerade undersökningar så som datortomografi och magnetkamera har ökningar på 50% respektive 18% sedan 2019. Samtidigt som kostnaderna för dessa tjänster har ökat med 27% under samma period. Sjukhuset har de senaste åren utökat med 1 MR kamera och ytterligare utökning med 1 MR kamera har beslutats. Även utökning av 1 DT har beslutats. Sjukhus behöver få den särskilda uppräkning för MTU som finns i nuvarande sjukhusavtal men som i praktiken inte har erhållits pga. årliga effektiviseringskrav.

Strokeverksamhetens tillväxt
Södersjukhuset har landets största strokeverksamhet, och verksamheten har vuxit kraftigt de senaste åren. Behovet förväntas fortsatt öka under 2026, vilket innebär ett ökat behov av fler vårdplatser och ökade läkemedelskostnader. Detta skapar ett tryck på resurserna och ökar de långsiktiga kostnaderna.

Kapacitet för barnintensivvård (CPAP) och obesitasvård
Sachsska barn- och ungdomssjukhuset har kapacitet att bedriva barnintensivvård (CPAP), men saknar ett finansierat uppdrag från beställaren för denna verksamhet. Sjukhuset erbjuder även högspecialiserad obesitasvård, men även för denna verksamhet saknas finansierat uppdrag från beställaren. Båda dessa områden kräver extern finansiering för att kunna fortlöpa på ett hållbart sätt.

G-CDU

Verksamheten startade i september 2025 och beräknas finansieras inom befintliga ersättningsramar, det vill säga inom 104 % av beställd volym i uppdraget för 2026 i sjukhusavtalet. Detta innebär en ekonomisk risk och ett ökat tryck på bemanningsresurserna. Sjukhuset har fört dialog med HSF om uppdrag och finansiering, och även om behovet har uppmärksammats har inget utökat uppdrag erhållits.

Åtgärder (Mnkr)	**Budgeterad effekt 2026**	**Budgeterad effekt 2027**	**Budgeterad effekt 2028**	**Budgeterad effekt 2029**
Intäkter	30	0		
Omställningsbidrag förlossning	20	0		
Bemanning	33	32		
Labtjänster	13	3		
Material	3	3		
Övrigt	1	3		
Summa	100	41		

Akutsjukhusnämnden/Södersjukhuset

Plan för intern kontroll, budget 2026

Budget 2026

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Intern kontroll 4
2.1 Styr- och kontrollmiljö 4
2.2 Riskbedömning 5
2.3 Kontrollaktiviteter 7
2.4 Information och kommunikation 9
2.5 Övervakning och uppföljning 10
2.5.1 Uppföljning 10
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll 10
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser 10

3 Sammanställning av risker 12

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.

För att säkerställa god intern styrning och kontroll krävs en välfungerande organisation med tydliga och effektiva processer och rutiner både för nämnden, ledningen och medarbetarna. Alla medarbetare ansvarar för att bidra till en god intern kontroll och för att rapportera upptäckta fel och brister till sin närmaste chef. Hur detta fungerar i praktiken påverkas bland annat av organisationskulturen, ledningens agerande samt de styrande dokument som finns, såsom policys och riktlinjer. IKP som bygger på COSO-modellen baseras på en riskanalys. Utifrån planen genomförs kontroller inom de områden som visar på förhöjd risk.

Sjukhuset arbetar kontinuerligt med att identifiera och värdera väsentliga risker samt fastställa kontrollmoment. Ansvarig chef bedömer varje risk inom sitt område och utser en riskägare, som följer upp risken löpande och återrapporterar resultatet. Kontrollerna följs regelbundet upp och rapporteras tertialvis till sjukhusledningen, och sjukhusdirektören rapporterar i sin tur tertialvis till Akutsjukhusnämnden enligt fastställda rutiner.

En gång per år genomför ledningsgruppen en workshop där samtliga risker gås igenom och en samlad värdering tas fram som underlag för kommande års internkontrollplan. Sjukhusledningen ansvarar för att internkontrollsystemet fungerar och att verksamhetens väsentliga risker hanteras på ett strukturerat sätt, inklusive att säkerställa att nödvändiga åtgärder vidtas utifrån brister och rekommendationer från intern kontroll och extern revision.

Södersjukhuset kravställs på flera olika rapporter och uppföljningar av mål, indikatorer och risker från olika styrande organ. Riskanalyser genomförs såväl inom ramen för internkontrollplanen (IKP) som i arbetet med risk- och sårbarhetsanalysen (RSA) samt kopplat till olika lagstiftning.

Inför planåret 2026 har sjukhusets ledningsgrupp genomfört en gemensam workshop kring riskhantering som en del av framtagandet av internkontrollplanen. Under arbetet analyserades tidigare risker, deras status och koppling till redan befintliga kontrollsystem inom Region Stockholm. Workshopen visade att flera risker återkom i olika styr- och uppföljningsprocesser, exempelvis inom RSA, kvalitetsuppföljning och hållbarhetsrapportering. För att undvika överlappning och dubbelrapportering beslutade ledningsgruppen att samordna hanteringen av vissa risker. Dessa risker

rapporteras redan genom andra etablerade rapporteringsvägar och tas därför inte med i IKP.

I sjukhusets IKP för 2026 redovisas de risker och sårbarheter som har identifierats och inte är sekretessbelagda, tillsammans med kontroller och åtgärder. De olika riskerna har sorterats in under sjukhusets sju olika riskperspektiv.

1. Fastighet, robust teknisk infrastruktur och IT
2. Säkerhet, juridik och informationssäkerhet
3. Försörjning av kritiska produkter
4. Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT
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 årets riskutvärdering har totalt 23 risker identifierats inom ramen för internkontrollplanen. Den aktuella riskvärderingen är fördelad enligt följande:

- 10 risker som hög risk
- 13 risker som medelhög risk

Risker med låg eller mycket låg riskvärdering exkluderas från rapporteringen.

Vid arbetet med internkontrollplanen för 2026 har sjukhuset gjort en tydligare renodling av riskhanteringen. Vissa risker hanteras numera i andra forum där det redan finns tydliga ansvar och strukturer, exempelvis RSA (Risk- och sårbarhetsanalys), beredskapsplanering, robusthet- och fastighetsstyrning, informationssäkerhet och särskilda styr- och ledningsprocesser. Några risker har också tagits bort eftersom de inte längre bedöms som aktuella.

Kvarstående väsentliga risker

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

Risknivån inom dessa områden är fortsatt hög, även om ett flertal risker har avförts och i stället hanteras i andra rapporteringar.

Kvarstående väsentliga risker:

- Pågående dödligt våld (PDV)

- Dokumenthantering av styrande dokument
- Arbete mot oegentligheter och välfärdsbrott (intyg och läkemedel)

Riskperspektiv 4: Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT

Risknivån inom området ligger fortsatt på medelhög nivå.

Kvarvarande väsentliga risker:

- Risk att patienter vistas 4 timmar på akutmottagningen
- Väntande till behandling inom 90 dagar (ny)
- Flytt av barnakuten till vuxenakuten (ny)

Riskperspektiv 5: Ekonomi

Ekonomiperspektivet präglas av stora utmaningar och risknivån ligger fortsatt på medelhög nivå. Region Stockholm har identifierat ” obligatoriskt” riskområde som rör framför allt hanteringen av bidrag till externa aktörer (”Risk för felaktiga bidragsutbetalningar”). Denna risk påverkar inte sjukhuset då sjukhuset inte betalar ut bidrag. Därav ligger risken utanför sjukhusets internkontroll men hålls under fortsatt bevakning.

Väsentliga risker:

- Risk för negativ avvikelse mot resultatkrav
- Finansiering G-CDU
- Risk för oselektiva besparingar inom vårdadministration

Riskperspektiv 6: Miljö och social hållbarhet

Risknivån är låg till medelhög.

Väsentliga risker:

- Risk för att produkter med bättre klimatprestanda inte används/köps in p.g.a. kostnad
- Risk för att hållbarhetskrav inte ställs i upphandlingar
- Risk för att systematiskt socialt hållbarhetsarbete ej bedrivs

Riskperspektiv 7: Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning är fortsatt ett av sjukhusets största strategiska riskområden och risknivån är fortsatt medelhög till hög.

Väsentliga risker:

- Bemanning och kompetensförsörjning
- Otillräcklig tid FoUUi (ny)
- Sjukfrånvaron minskar ej (ny)

Avförda risker

Följande risker ingår inte längre i sjukhusets IKP.

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

- Risk att sjukhuset inte uppfyller kraven på ett robust sjukhus (MSB)
- Fastighetsstörningar eller avbrott (VVS, el, brand m.m.)
- Dataintrång, skadlig kod, störningar eller angrepp på teknisk infrastruktur
- IT-störningar och avbrott (ex. infrastruktur, tele, larm)
- Risk för avbrott i leveranser
- Risk för avbrott i leveranser gaser
- Risk för avbrott i leveranser läkemedel

Riskperspektiv 4: Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT

- Upprätthålla kvalitet och patientsäkerhet (analys och åtgärder i PSB)
- Upprätthålla kvalitet och patientsäkerhet avseende MT
- Brist på vårdplatser

Riskperspektiv 5: Ekonomi

- Risk för felaktig hantering av mervärdesskatt
- Produktionsbaserad intäktsnivå uppnås inte
- Risk för oegentligheter inom FoU
- Risk för fel i finansiell rapportering

Riskperspektiv 6: Miljö och social hållbarhet

- Risk för felhantering av kemikalier

Riskperspektiv 7: Kompetensförsörjning

För få doktorander

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.

Åtgärder och kontroller genomförs inom varje riskperspektiv.

Södersjukhuset har under perioden fortsatt arbetet med åtgärder och kontroller inom samtliga riskperspektiv. Utifrån riskanalysen prioriteras vilka kontroller och åtgärder som ska utföras för att uppnå en acceptabel risknivå. Kontroller och åtgärder ska också säkerställa beredskap för att hantera och reagera på oönskade situationer.

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

Utifrån ansvar i Linjestrukturer ska respektive chef/avdelning utföra kontroller och åtgärder. Vid behov kan dessa samordnas i sjukhusets ledningsstruktur (utsedd Kommitté eller Utskott).

Exempel på kontroller och åtgärder:

- Genomförda och planerade PDV-övningar för personal
- Tydliggörande av roller och ansvar i allvarliga händelser
- Systematiskt arbete med att uppdatera, kvalitetssäkra och gallra styrande dokument
- Regelbundna kontroller av att styrande dokument är aktuella och implementerade
- Genomgång och tydliggörande av regelverk för forsknings- och utvecklingsverksamhet
- Stärkt stöd till forskningsledare för att säkerställa etikansökningar och dokumentation
- Säkerställa att FoUUi-rutiner följer regionens samlade regelverk
- Införande av återkommande stickprovskontroller av efterlevnad

Riskperspektiv 4: Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT

Ansvarig verksamhet (eller område) ska utföra kontroller och åtgärder. Om kontroller/åtgärder är sjukhusövergripande ska Vårdberedningen hantera frågan och kan om lämpligt delegera ansvaret till ett Utskott.

Exempel på kontroller och åtgärder:

- Översyn av akutens vårdflöden (prehospital rådgivning, in-/utskrivning, vårdövergångar)
- G-CDU för snabbare handläggning av äldre/sköra patienter
- Utökad internutbildning av akutens läkare
- Förstärkt följsamhet till in- och utskrivningsrutiner vid överbeläggningar
- Kontroller genom Kommittén för Akut Vård
- Utveckling av strukturerade vårdflöden för traumapatienter
- Införande av AI-stöd i operationsplanering för att förbättra kapacitetsutnyttjande

Riskperspektiv 5: Ekonomi

Varje verksamhetsområde tar fram åtgärdsplaner för ekonomi i balans. Dessa inkluderar anpassad bemanning, månatliga ekonomigenomgångar och löpande produktionsuppföljning. Alla anställningar prövas vid dispensmöte varannan vecka. Ledningsgruppen arbetar gemensamt med bemanningsplanering för att minska kostnaderna.

Exempel på kontroller och åtgärder:

- Systematiska kontroller av att avtalade volymer produceras

- Månatliga uppföljningsmöten med verksamheterna
- Gemensam bemannings- och kostnadskontroll i ledningsgruppen
- Förstärkt intern kontroll och avvikelsehantering
- Deltagande i regionens beredningsgrupp för investeringar
- Rutiner för korrekt fakturahantering och intygshantering
- Månatlig risk- och oegentlighetsuppföljning

Riskperspektiv 6: Miljö och social hållbarhet

Södersjukhuset arbetar systematiskt för att minska miljöpåverkan. Arbetet sker i samverkan med HSF och utifrån ett certifierat miljöledningssystem enligt ISO 14001. Detta minskar risker kopplade till bristande miljöefterlevnad och stärker sjukhusets hållbarhetsprofil.

Exempel på kontroller och åtgärder:

- Säkerställa att hållbarhetskrav integreras i upphandlingar
- Införa kontrollmoment för miljödokumentation
- Uppföljning av hållbarhetsindikatorer
- Tydliga rutiner för social hållbarhet och etiska krav i avtal

Riskperspektiv 7: Kompetensförsörjning

Södersjukhusets utveckling är starkt beroende av en stabil bemanning, vilket kräver tydliga kontroller och åtgärder kopplade till kompetensförsörjning, arbetsmiljö och ledarskapsstöd. Genom strukturerad kompetensplanering, digitaliserade arbetssätt och förbättrade schemaprocesser stärks förmågan att säkra kritiska kompetenser och möta ökade omvärldskrav.

Exempel på kontroller och åtgärder:

- Arbeta utifrån regionens kompetensförsörjningsstrategi
- Identifiera och prioritera kritiska kompetenser
- Utveckla årliga kompetensplaner på VO-nivå
- Kontroller av efterlevnad av bisyssleregler
- Stärka arbetsmiljön genom riktade insatser inom arbetsbelastning och återhämtning
- Förbättrad dialog med fackliga organisationer och medarbetare
- Utökning av utbildnings- och handledningsstrukturer

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.

Information som är väsentlig för intern kontroll – såsom mål, policys, riktlinjer, risker, åtgärder, kontroller och avvikelser, kommuniceras och dokumenteras i flera etablerade forum och system:

- **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 internkontrollplanen.

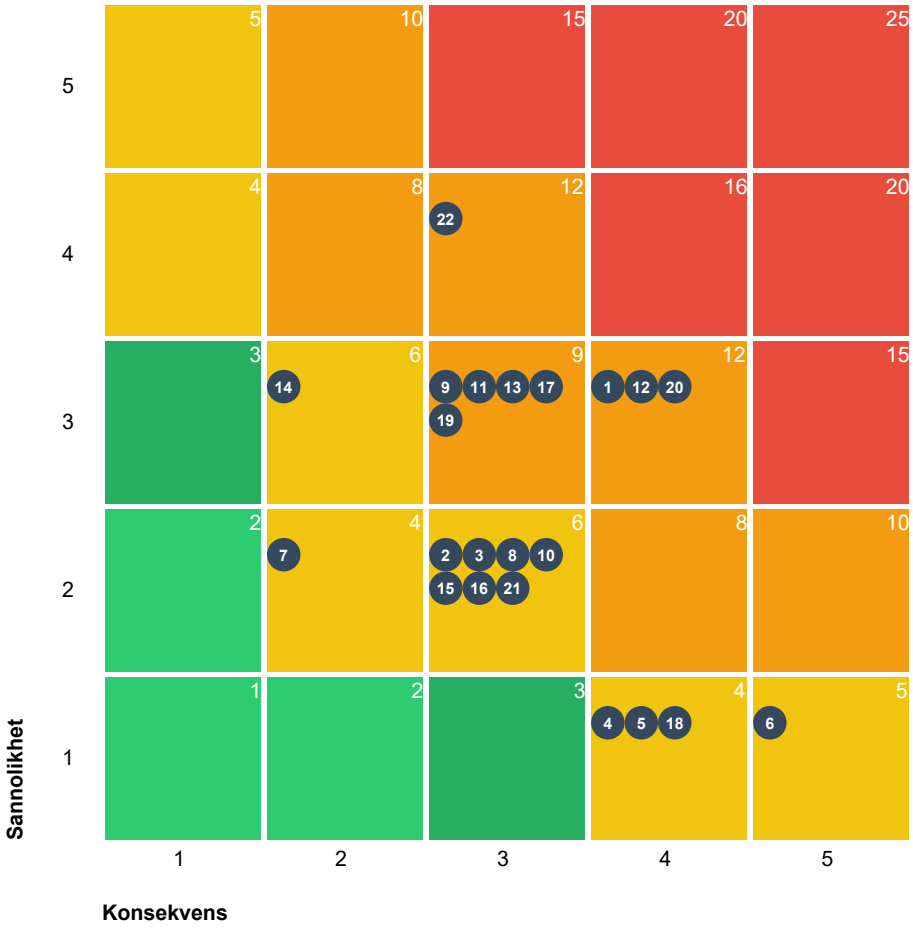
Den revisionsrapport som revisorerna hittills har avgett avser delårsrapporten 2025:

”I granskningen har inte framkommit något som tyder på att delårsrapporterna inte är upprättade i enlighet med gällande regler och anvisningar eller att tillräckliga underlag saknas för lämnade uppgifter.”

Och

”Utifrån genomförd granskning gör revisionskontoret bedömningen att akutsjukhusnämndens förvaltningars respektive delårsrapporter i allt väsentligt är upprättad enligt god redovisningssed och de regioninterna anvisningarna.”

3 Sammanställning av risker



9 Hög risk 13 Medelhög risk | Totalt: 22

Mycket hög risk
Hög risk
Medelhög risk
Låg risk
Mycket låg risk

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Katastrofal - Mycket allvarlig, får inte inträffa
4	Hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Kritisk - Allvarlig, får helst inte inträffa
3	Medel, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
2	Låg, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten
1	Mycket låg, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet	# 5 Ekonomi	1		91203	Risk för negativ avvikelse mot resultatkrav	**Riskägare** Tarja Lepola
		2		91257	Bristande fakturaunderlag till konferens/planeringsdagar	**Riskägare** Tarja Lepola
		3		91237	Föreläggande om vite från Arbetsmiljöverket	**Riskägare** Tarja Lepola
		4		111919	Risk för oegentligheter inom inköp och upphandling	**Riskägare** Tarja Lepola
		5		111932	Risk för oegentligheter i samband med hantering i Heroma	**Riskägare** Helena Karlsson
		6		111935	Risk för oegentligheter vid utbetalning till leverantörer	**Riskägare** Tarja Lepola
		7		112014	Risk för verksamhetspåverkan vid försenad investering	**Riskägare** Tarja Lepola
		8		135258	Finansiering G-CDU	**Riskägare** Tarja Lepola
		9		135265	Risk för oselektiva besparingar inom vårdadministration	**Riskägare** Daniel Wänn
		10		135266	Ekonomiska styrsystem hämmar nya vårdformer	**Riskägare** Sven Klaesson
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035	# 6 Miljö och Social hållbarhet	11		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	12		91207	Bemanning och kompetensförsörjning	**Riskägare** Helena Karlsson
		13		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	14		93425	Risk att patienter vistas på akutmottagning mer än 4 timmar	**Riskägare** Annelie Liljegren
		15		173855	Väntande till behandling inom 90	**Riskägare** Sven

Mål	Lokalt mål	Risk			Riskägare
				dagar hos specialist, andel	Klaesson
		16	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	17	124652	Upprätthålla ändamålsenliga vårdutrymmen	**Riskägare** Lena Lundin
	# 2 Säkerhet, juridik och informationssäkerhet	18	111800	Pågående dödligt våld (PDV)	**Riskägare** Agnes Renberg
		19	135255	Dokumenthantering av styrande dokument	**Riskägare** Sven Klaesson
		20	174049	Bristfällig regelefterlevnad FoUUi	**Riskägare** Elham Hedayati
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare	# 7 Kompetensförsörjning	21	111140	Efterlevnad regelverk bisysslor	**Riskägare** Helena Karlsson
		22	174053	Otillräcklig tid FoUUi	**Riskägare** Elham Hedayati

Diarienummer
RS 2025-0980
ASN 2025-7691

Region Stockholm



Akutsjukhusnämnden/Södertälje sjukhus

Verksamhetsplan 2026

ÅR 2026

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens/VD:s kommentar 4

2 Övergripande om nämnden/bolaget 6
2.1 Ansvar och organisation 6
2.1.1 Verksamhetsfakta 6
2.2 Väsentliga förutsättningar 6
2.3 Ledningsprocess och intern kontroll 7
2.3.1 Ledningsprocess 7
2.3.2 Intern kontroll 8

3 Mål och uppdrag 9
3.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa 9
3.1.1 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov 9
3.1.2 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet 10
3.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv 11
3.2.1 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet 11
3.2.2 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035 11
3.2.3 Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling 12
3.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig 13
3.3.1 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare 13
3.3.2 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare 14

4 Verksamhet 15
4.1 Verksamhetstal 15
4.1.1 Vårdproduktion 15

5 Ekonomi 17
5.1 Resultatbudget 17
5.1.1 Intäkter 18
5.1.2 Kostnader 19
5.1.3 Åtgärder för att nå resultatkravet 21
5.1.4 Verksamhetsindelad resultatbudget 21
5.2 Balansräkning 21
5.3 Investeringar 22
5.4 Åtgärder för ett resultat i balans 23

Bilagor

Bilaga 1: Riktade insatser chefsförsörjning ledar- och medarbetarskap VP 2026 ASN Södertälje sjukhus

Bilaga 2: Investeringsplan 2026-2035 ASN Södertälje sjukhus

Bilaga 3: Riktade insatser för en hållbar arbetsmiljö VP 2026 ASN Södertälje sjukhus

Bilaga 4: Riktade insatser kompetensförsörjning VP 2026 ASN Södertälje sjukhus

1 Förvaltningschefens/VD:s kommentar

Bakgrund

Södertälje sjukhus verkar i ett socioekonomiskt utsatt geografiskt betjäningsområde med ökad sjuklighet och högre slutenvårdsbehov. Även den demografiska utvecklingen med fler äldre multisjuka patienter bidrar till ett högt akut patientinflöde med ett ökande antal svårt sjuka patienter som kräver inläggning i slutenvård. Det höga akuta flödet påverkar sjukhusets elektiva kapacitet negativt, då resurser för elektiva vårdflöden behöver re-allokeras till akuta vårdflöden. För 2026 har sjukhusets uppdrag ökat med drygt 3% och sjukhuset har utöver det fått ett ökat geriatriskt uppdrag och ett nytt uppdrag för specialiserad kardiologisk öppenvård i och med öppnandet av Hjärtcentrum.

Prioriterade områden.

Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa

Effektiva akuta flöden
De akuta ledtiderna på sjukhuset har genom systematiskt förbättringsarbete förbättrats det senaste året. Genom förbättrad extern samverkan med primärvård och kommuner i betjäningsområdet, arbetar sjukhuset även preventivt med att minska behovet av akuta vårdbesök och inläggning i slutenvård.

Antal sökande till närakuten fortsätter att öka kraftigt vilket är utmanande både sett ur bemanningsperspektiv och utrymmesmässigt, då lokalerna inte är anpassade för rådande patientantal. En större andel av besöken på närakuten på Södertälje sjukhus bedöms som primärvårdsfall jämfört med övriga närakutmottagningar i Region Stockholm. Sammantaget ser sjukhuset därför ett stort behov av att uppdraget för närakuten på sikt överförs till SLSO (Stockholms läns sjukvårdsområde) och att närakuten får ny lokalisation inom sjukhusområdet.

Hög tillgänglighet
Tillgänglighet till operation/behandling och nybesök har avsevärt förbättrats under 2025 och överstiger nu målnivåerna. Genom fokus på produktions- och kapacitetsstyrning, effektivisering av operationsflödet och en ökad andel operationer som utförs i dagvård eller poliklinisk på mottagningar, kan tillräcklig operationskapacitet för bibehållen hög tillgänglighet säkerställas. Goda förutsättningar finns för att ytterligare effektivisera operationsflödet genom införande av robotkirurgi som väsentligt förkortar vårdtiden i slutenvård.

God och nära vård
Södertälje sjukhus har sedan hösten 2023 ett formaliserat samarbete med Södertälje kommun och SLSO primärvård och psykiatri i det geografiska närområdet. Samverkansarbetet syftar till att främja en mer nära vård, uppnå förbättrad kommunikation över organisationsgränserna, i större utsträckning använda förebyggande insatser och etablera nya arbetssätt och rutiner mellan olika aktörer. Under 2026 kommer även Nykvarns och Salems kommun ingå i samverkansarbetet.

Nya vårdformer
Sjukhusets specialistkompetens kan i ökande omfattning understödja vård utanför sjukhuset. Sedan september 2025 kan patienter genom Södertälje sjukhus hemma erbjudas sjukhusvård i hemmet och antal patienter som kan sjukhusvårdas i hemmet förväntas öka de närmsta åren. Sjukhuset planerar att under 2026 öppna en medicinsk dagvårdsenhet för att därigenom öka andel patienter som kan vårdas i dagvård även inom medicinska specialiteter. Primärvårdens tillgång till specialistkonsultation på distans ska utökas. Ökad andel digitala besök och ökad andel subakuta mottagningsbesök kan ytterligare öka tillgänglighet på specialistmottagningar och styra om akuta flöden mot mer planerbar elektiv vård.

Kompetensförsörjningen är långsiktig
Sjukhusets förmåga att skapa en långsiktigt god och hållbar arbetsmiljö och att utvecklas som attraktiv arbetsgivare är avgörande för förmågan att genomföra givna uppdrag idag och i framtiden. Sjukhusets arbete med att minska beroendet av extern bemanning har varit framgångsrikt men inom vissa specialiteter där det råder brist på kompetens är det fortfarande utmanande att rekrytera egen personal. Sjukhusets pågående arbete enligt magnet-modellen med fokus på stärkt ledarskap i omvårdnad, standarder för god omvårdnad, strukturerad kompetensutveckling och tydliga karriärvägar, samt utökat stöd för nyexaminerade sjuksköterskor, fortsätter och magnet-modellen kommer under 2026 implementeras på hela sjukhuset, med målsättning att bli ett certifierat magnet-sjukhus inom några år.

Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv
Ökad digitalisering, robotisering och införande av AI-stöd är avgörande för fortsatt effektivisering av verksamheten. För att skapa förutsättningar för digitalisering har i samverkan med SF-IT ett stort och omfattande kundanslutningsprojekt för att integrera Södertälje sjukhus i regionens IT-miljö genomförts sedan 2024 och det arbetet kommer fortsätta även under 2026. Sjukhuset kommer även delta i det omfattande arbetet med att implementera ett nytt huvudjournalsystem samt Införa nya IT-stöd inom Generationsskifte vårdens IT. Omvärldsläget ställer nya krav utifrån nationella beslut kring civilt försvar, såsom robusthet och god kapacitetsökningsförmåga, ökad lagerhållning av förbrukningsmaterial och läkemedel samt krigsorganisationsarbete.

Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant
Arbetet med att minska sjukhusets klimatpåverkan genom att öka cirkulära flöden av material, minska kassation och öka samarbete kring återanvändning av medicinteknisk utrustning i regionen fortsätter. Södertälje sjukhus är sedan 2021 en universitetssjukvårdsenhet som bedriver forskning, utveckling, utbildning och innovation (FoUUI). Arbetet med att stärka och utveckla förutsättningarna för FoUUI fortsätter.

2 Övergripande om nämnden/bolaget

2.1 Ansvar och organisation

2.1.1 Verksamhetsfakta

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

Södertälje sjukhus är ett akutsjukhus som bedriver basal specialistvård inom både akut och planerad vård och är även ett undervisningssjukhus med en universitetssjukvårdenhet.

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 tillkommer 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 Väsentliga förutsättningar

Sjukhusets uppdrag och förutsättningar kommer att påverkas av förändringar inom flera samhällsområden under det kommande året. Vårdbehovet fortsätter att öka, både inom akut och planerad vård, vilket drivs av demografiska förändringar och en större andel patienter med komplexa sjukdomstillstånd. Sjukhusets uppdrag har ökat, vilket kräver att kapaciteten anpassas inom slutenvård, öppenvård och operationsverksamhet.

De ekonomiska förutsättningarna är fortsatt ansträngda. Kostnadsnivåer inom löner, medicinskteknisk utrustning, läkemedel och bemanning ökar, samtidigt som regionens ekonomiska situation ställer krav på effektivitet, produktivitetsförbättringar och ersättningsmodeller med tydlig kostnadstäckning.

Omställningen till god och nära vård fortsätter att förändra uppdrag och arbetssätt. Ökad polikliniserings, nya vårdformer och överföring av vissa vårdval till

egenproducerad vård innebär både omställningsbehov och utvecklingsmöjligheter.

Det globala omvärldsläget medför stärkta krav på krisberedskap och civilt försvar, exempelvis i form av utökad lagerhållning och läkemedelssäkerhet. Samtidigt kvarstår kompetensförsörjning som en central utmaning, där konkurrens om nyckelkompetenser och behov av nya arbetssätt kräver fortsatt fokus.

Digitalisering, automation och tekniska investeringar skapar möjligheter för mer effektiva processer men ställer också krav på stabila system och kompetensutveckling. Dessa förändringar utgör tillsammans de viktigaste förutsättningarna för sjukhusets verksamhet kommande år och på längre sikt.

2.3 Ledningsprocess och intern kontroll

2.3.1 Ledningsprocess

Sjukhusledningen verkställer de av regionfullmäktige, regionstyrelsen och akutsjukhusnämnden fattade beslut. Skriftliga månadsrapporter levereras enligt vedertagna rutiner avseende verksamhetsresultat och ekonomiskt utfall till regionledningskontoret. Uppnådda resultat samt prognoser återrapporteras till nämnden.

Alla, till sjukhusdirektören rapporterande chefer, är representerade i sjukhusets ledningsgrupp. Ledningsgruppen har möten varje vecka då fokus främst ligger på sjukhusövergripande strategiska och långsiktiga frågor, såsom hantering av de uppdrag och mål som sjukhuset ålagts från fullmäktige. Vårdberedningen, som utgörs av verksamhetschefer i sjukhusledningen, chefläkare och chefsjuksköterska, träffas varje vecka i syfte att samordna, lösa eller bereda verksamhetsområdesövergripande frågor gällande vårduppdraget, som inte kan eller bör lösas inom respektive verksamhetsområde. Vårdberedningens fokus är ledning och styrning av akuta och elektiva vårdflöden, produktionsstyrning och patientsäkerhet och kvalitet. På motsvarande sätt träffas stabsberedningen, som utgörs av stabschefer i sjukhusledningen, varannan vecka i syfte att samordna, lösa eller bereda frågor till sjukhusledningen, gällande stabernas uppdrag. Stabsberedningens fokus är de mål och mätetal i sjukhusets verksamhetsplan som inte direkt har koppling till vårduppdraget. Utvecklingsberedningen, som består av utvecklingsavdelningens ledningsgrupp samt chefläkare, träffas varannan vecka med syfte att prioritera och följa upp utvecklingsinitiativ. Vid behov möts berörda delar av sjukhusledningen dessutom i ett operativt ledningsmöte med fokus på dagoperativa utmaningar och resursstyrning.

Utifrån de mål, indikatorer och uppdrag som fullmäktige ålägger förvaltningen upprättas en verksamhetsplan för sjukhuset där samtliga indikatorer med angivna målnivåer ingår. Hänsyn tas även till de krav som åläggs sjukhuset utifrån de avtal och överenskommelser som har tecknats med hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN). Samtliga mål och indikatorer bryts ner till respektive verksamhet, för en tydlig och länkad styrning internt inom bolaget. Under året följs alla parametrar upp vid månatliga möten mellan sjukhusdirektör och respektive verksamhetschef där även

ekonomidirektör, HR-direktör, chefläkare samt controller deltar.

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

Kärnan i verksamheten är den värdegrund som vuxit fram under åren ”patienten först”, ”engagemang för helheten”, ”varje medarbetare gör skillnad” och ”kvalitet”. Målet är att värdegrunden alltid ska beaktas vid hantering av olika verksamhetskritiska förändringsfrågor. Sjukhusets väl inarbetade värdegrund är synkroniserad med de av Region Stockholm beslutade värdeorden. Södertälje sjukhus beteendekod bygger på sjukhusets värdegrund och gäller alla medarbetare oavsett ställning i organisationen, anställningsform eller yrkeskategori.

2.3.2 Intern kontroll

I nämndens arbetsordning och instruktioner för sjukhusdirektören säkerställs en tydlig roll- och ansvarsfördelning som bidrar till en effektiv hantering av verksamhetens risker. Nämnden ska säkerställa att riktlinjer efterlevs och att rapportering sker i enlighet med anvisningarna från Regionledningskontoret. Sjukhusledningen rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner.

Södertälje sjukhus genomför årligen en riskanalys och utarbetar en plan för intern kontroll. Detta sker i anslutning till arbetet med budget och verksamhetsplan.

Södertälje sjukhus har genomfört riskanalys enligt COSO-modellen av samtliga identifierade risker. Denna har resulterat i en risk med hög risk, sju med medelhög risk, två med låg risk och tolv 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 negativ inverkan på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi på grund av IT störningar och förseningar kopplat till kundanslutningsprocessen till Serviceförvaltningen IT (SF IT)

De tre risker som har näst högst riskvärde är:

- Risk för att Hot och våld på arbetet är över målet 8%
- Risk för att Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan är för hög
- Risk för att utsläpp av växthusgaser inte minskar jämfört med 2019 -37%

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. Den nya kontrollen och åtgärden som har tillkommit är för den nya risken "Risk för negativ inverkan på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi på grund av IT störningar och förseningar kopplat till kundanslutningsprocessen till Serviceförvaltningen IT (SF IT)".

3 Mål och uppdrag

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

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

Att säkerställa tillgänglig vård utifrån patienternas behov är av högsta prioritet för sjukhuset. Under 2025 bedrevs ett målmedvetet arbete för att förbättra tillgängligheten, vilket har varit framgångsrikt. Vårdgarantin uppfylls och antalet patienter som väntar på behandling har minskat. Detta har uppnåtts genom ett gemensamt arbetssätt och en tydlig samsyn över verksamhetsområdena. Rutiner har enhetliggjorts och förtydligats. Under 2026 följs implementeringen upp och arbetet utvecklas vidare.

Sjukhuset deltar i det regiongemensamma arbetet med att optimera produktions- och kapacitetsplaneringen utifrån patienternas och regionens behov. Interna processer och arbetssätt ses över med förbättrad visualisering och tätare avstämningar över verksamhetsområdesgränserna. Ett prioriterat aktivitetsområde under 2026 är rätt vård i rätt tid med rätt kompetens. Inom ramen för detta pågår arbete med att implementera nya vårdformer och arbetssätt utifrån patienternas behov för att öka tillgängligheten. Utvecklingen av subakut öppenvård, dagvård och digital vård fortsätter som komplement till fysiska besök. Genom dessa åtgärder kan sjukhuset bättre möta patienternas behov i rätt tid och med rätt förutsättningar.

Arbetet med kloka kliniska val och att minska lågvärdevård fortsätter med utgångspunkt i vad som skapar värde för patienten. Genom att reducera lågvärdevård frigörs resurser, vilket bidrar till ökad tillgänglighet för patientgrupper med större behov. Ett sjukhusövergripande arbete pågår för att förbättra akutprocessen, inklusive översyn av arbetssätt och resursplanering på akutmottagningen samt förbättringar av flödet inom slutenvården. Akutvårdsavdelningen (AVA), som startade 2024 i projektform övergår 2026 till ordinarie verksamhet. Särskilda insatser planeras för att optimera vårdflödet för sköra äldre. Det nära samarbetet mellan akutmottagningen och geriatriken förstärks ytterligare, bland annat genom geriatrikkonsult på akuten och vidareutveckling av den geriatriska akutvårdsavdelningen (GAVA).

I början av 2026 flyttar de geriatriska vårdavdelningarna in i nya, verksamhetsanpassade lokaler och det geriatriska uppdraget utökas. Detta möjliggör ytterligare optimering av arbetssätt och processer.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist	Regionfullmäktige	>=80 %	80 %
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist	Regionfullmäktige		Öka från år 2 025
Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning	Regionfullmäktige		Minska från år 2 025
Total vistelsetid på akutmottagning	Regionfullmäktige		Minska från år 2 025

3.1.2 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

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

Under 2026 prioriteras bland annat förstärkt patientmedverkan, både i det direkta vårdmötet och i utvecklings- och förbättringsarbeten. Patienter och närstående har en viktig roll i att skapa bästa förutsättningar för kvalitativ och säker vård. För att skapa en lärande och delaktig organisation utvecklas formerna för teambaserat, medarbetardrivet förbättringsarbete så att medarbetarnas kunskaper och förbättringsförslag tillvaratas. De forum som finns för ledning och styrning över verksamhetsgränserna förtydligas och vidareutvecklas.

För att öka patientsäkerheten i vårdens övergångar och stödja omställningen till god och nära vård fördjupas samverkan med kommunerna och primärvården i närområdet. Inom ramen för en lokal styrgrupp "God och nära vård" drivs ett gemensamt arbete med Södertälje kommun, SLSO primärvård och öppenvårdspsykiatrin. Samarbetet har gett goda resultat och kommer under 2026 att utvidgas till fler närliggande aktörer och kommuner.

Sjukhuset bedriver ett systematiskt arbete för att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI), bland annat genom omfattande satsningar på kompetensutveckling. Vårdhygien är en obligatorisk del av introduktionen för all ny vårdpersonal, och sjukhusets hygienombud genomgår en terminslång utbildning i samarbete med Vårdhygien Stockholm inför sina uppdrag. Mätningen av VRI sker kontinuerligt via infektionsverktyget, och arbete görs med att validera resultaten samt utbilda medarbetare. Samarbetet med infektionskliniken på Karolinska Universitetssjukhuset har vidareutvecklats för att optimera hanteringen av infektioner och förbättra antibiotikabehandlingen.

Arbetet med att effektivisera vårdflödet, både internt och i övergången till kommunal omsorg, fortsätter, bland annat genom det lokala samverkansarbetet. Sjukhuset har de senaste åren haft mycket god måluppfyllelse i detta avseende och målet är att hålla antalet utskrivningsklara dagar på en fortsatt låg nivå.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner	Regionfullmäktige	<=4 %	<=4 %
Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle	Regionfullmäktige		Bibehålla eller minska från år 2 025

Uppdrag	Beslutat av	Status
Genomföra en systematisk kartläggning av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter inom vårdverksamheten	Regionfullmäktige	

3.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

3.2.1 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

I Budget 2026 framgår att Södertälje sjukhus har ett ökat resultatkrav för kommande år som uppgår till 10 mnkr för 2026 och 11 mnkr årligen för 2027 och 2028.

I nu rapporterad budget har effektiviseringar inarbetats för att nå en budget i balans. Under 2026 fortsätter arbetet med att begränsa kostnadsutvecklingen, bland annat genom att bibehålla en låg andel inhyrd personal i förhållande till kostnaden för egen personal, fortsatt arbete med kloka kliniska val och att öka andelen enhetliga materialinköp.

Sjukhusets administrativa kostnader ska, enligt Budget 2026, minska med 1,3 mnkr jämfört med budget 2025. Sjukhusledningen genomför effektiviseringar avseende både bemanning och förtätning av administrativa lokaler för att säkerställa att målet om sänkta administrativa kostnader nås.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Administrativa kostnader ska minska	Regionfullmäktige	65,2 mkr	Enligt budget 2 026

3.2.2 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

Arbetet fortsätter med att minska miljö- och klimatpåverkan från sjukhusets verksamhet, miljöarbetet styrs som tidigare genom miljöledningssystemet som är certifierat enligt ISO 14001. Syftet är att stödja regionen med att uppnå målet att minska växthusgasutsläppen med 37 procent fram till år 2026, jämfört med nivåerna år 2019.

Den konsumtionsbaserade klimatpåverkan kommer främst från inköp och användning

av vårdrelaterad utrustning, medicinteknik och förbrukningsvaror, särskilt engångsprodukter i fossilbaserade material. Även medicinska gaser, tjänsteresor, läkemedelshantering och patientmåltider ger upphov till utsläpp. 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 alltid hållbarhetskrav där detta är möjligt.

Arbetet fortsätter även med att öka livslängden och materialåtervinningen i produkt- och materialflöden. Minskning av textilsvinn ger både kostnadsbesparingar och minskad klimatpåverkan. Tillvaratagande av använda kläder inom ramen för sjukhusets Garderob bidrar också till resurseffektivitet och ökad livslängd.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019	Regionfullmäktige	-37 %	-37 %
Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan	Regionfullmäktige		Basårsmätning år 2 026
Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav	Regionfullmäktige	100 %	100 %
Nämnden/bolaget har genomfört åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden	Regionfullmäktige	Ja	Ja

3.2.3 Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling

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.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Nämnden/bolaget har utifrån sitt uppdrag arbetat systematiskt med social hållbarhet	Regionfullmäktige	Ja	Ja

3.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig

3.3.1 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

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 2026 utvecklas upplägget för den sjukhusgemensamma introduktionen för nyanställda. 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 2024 och 2025, fortsätter 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.

Kompetensutveckling är en central del i att vara en attraktiv och hållbar arbetsgivare. Under 2026 implementeras regionens kompetensförsörjningsstrategi. Det innebär bland annat införande av verktyget Kompetenstorget som grund för fortsatt arbete. Sjukhuset har som mål att samtliga yrkeskategorier med kompetensstegar ska vara korrekt placerade innan 2026 års slut. Under 2026 prioriteras dessutom att höja den digitala kompetensen bland medarbetarna.

Sjukhuset planerar att fortsätta arbeta enligt Magnetmodellen och implementera den inom hela sjukhuset. De verktyg som studien lyfter fram handlar till stor del om kompetensutvecklingsinitiativ och att förbättra möjligheterna att rekrytera och behålla medarbetare samt att utveckla arbetet. En ny introduktionsutbildning för undersköterskor är påbörjad.

För att uppnå hälso- och sjukvård av hög kvalitet är det avgörande att kompetensförsörjningen är tillfredsställande och att verksamheten kan rekrytera och behålla medarbetare. Arbetet med att öka andelen egenanställd personal kommer fortsatt vara ett stort fokusområde även under 2026. Detta bidrar till att skapa bättre förutsättningar för ett aktivt förbättringsarbete. Målet är att bibehålla eller öka den redan höga nivån av egen personal.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning	Regionfullmäktige	99 %	99 %

3.3.2 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

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 har tagits fram 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 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.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Andel sjukfrånvaro	Regionfullmäktige	<6 %	<6 %
Totalindex HME	Regionfullmäktige	>=80	>=80
Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete	Regionfullmäktige	<=8 %	<=8 %

4 Verksamhet

Nu lämnad budget för 2026 baseras på vårduppdrag 2026, som omfattar akutsomatik inklusive närakut vuxen och barn, geriatrik samt barnmedicinsk öppenvård. Övriga verksamheter regleras i sidoavtal, alternativt vårdval.

Sjukhuset har ett högt och ökande akut patientinflöde som ställer stora krav på sjukhusets förmåga att kunna bemanna det antal vårdplatser som krävs. Det har även skett en ökning av antalet svårt sjuka patienter som kräver inläggning i slutenvården. Detta leder periodvis till överbeläggningar på vårdavdelningarna och långa väntetider på akuten. Det höga akuta flödet påverkar även sjukhusets elektiva kapacitet negativt, dels genom brist på vårdplatser för slutenvårdskrävande elektiv kirurgi och dels genom att akuta operationer behöver ges företräde framför elektiva operationer.

För 2027 och 2028 rapporteras produktion och antal fastställda vårdplatser på samma nivå som för 2026.

4.1 Verksamhetstal

4.1.1 Vårdproduktion

Tabellen nedan visar de, med HSF, överenskomna vårdvolymerna för 2026 inom vårduppdraget 2026 och de antagna vårdvolymerna kopplat till de avtal som ligger utanför vårduppdraget. Volymerna uttrycks i antal slutenvårdstillfällen och öppenvårdsbesök oavsett ersättningsform och omförhandlas inför varje budgetår.

Sjukhuset har i vårduppdrag 2026 från HSF fått en uppräkning av vårdproduktionen för 2026 med 3,36 %. Utöver det har sjukhuset fått ett utökat uppdrag med 1 000 vårdtillfällen för geriatriken, som fördelas lika mellan den akuta och elektiva verksamheten. Den totala utökningen av vårduppdraget fördelas på 867 slutenvårdstillfällen och 1 793 öppenvårdsbesök inom den akuta verksamheten samt 573 vårdtillfällen och 2 580 besök inom den elektiva verksamheten.

Sjukhusets utökade uppdrag för 2026 är dock fortfarande något lägre än sjukhusets behov. Det akuta inflödet fortsätter att öka och tränger undan den elektiva verksamheten. Detta kan leda till ökade vårdköer och långa väntetider för patienter inom den elektiva verksamheten.

Södertälje sjukhus har även fått ett nytt uppdrag inom öppenvårdskardiologi, Hjärtcentrum.

Antal vårddygn inom den palliativa vården och ASIH är oförändrade i 2026 års budget jämfört med budget 2025.

Sjukhuset rapporterar i budget 2026 en ökning av antal fastställda vårdplatser med 13 vårdplatser inom geriatriken och en minskning med 4 vårdplatser inom akutsomatiken. I rapporterat antal vårdplatser ingår inte sjukhusets 6 AVA-vårdplatser samt tekniska vårdplatser, vilka är 6 IVA-vårdplatser och 7 vårdplatser inom förlossning.

Sjukhuset genomför dagliga avstämningar för att säkerställa att vårdbehovet möts med

ett adekvat antal vårdplatser, vilket innebär att antalet tillgängliga vårdplatser kan variera under året. Geriatriken kommer att flytta in i nya lokaler i utbyggnaden av hus 20 succesivt under början av 2026 och utökningen av antal vårdplatser kommer därmed att ske stegvis.

För 2027 och 2028 rapporteras produktion och antal fastställda vårdplatser på samma nivå som för 2026.

Vårdproduktion (antal)	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Besök, akuta	54 145	50 213	61 392	61 392	61 392
Besök, elektiva	95 458	107 196	107 957	107 957	107 957
Öppenvårdsbesök, totalt	**149 603**	**157 409**	**169 349**	**169 349**	**169 349**
- varav utomlän/utland	6 806	7 689	7 849	7 849	7 849
Slutenvårdstillfällen, akuta	13 467	13 191	14 093	14 093	14 093
Slutenvårdstillfällen, elektiva	2 980	3 191	3 942	3 942	3 942
Slutenvårdstillfällen, totalt	**16 446**	**16 382**	**18 035**	**18 035**	**18 035**
- varav förlossning, totalt	2 096	2 165	2 256	2 256	2 256
- varav utomlän/utland	533	569	538	538	538
ASIH och palliativa vårddygn	25 637	28 120	28 120	28 120	28 120
Antal inskrivna ASIH	344	280	280	280	280
Antal vårdplatser	**190**	**184**	**193**	**193**	**193**

5 Ekonomi

5.1 Resultatbudget

Södertälje sjukhus rapporterar i budget 2026 samt för planåren 2027 - 2028 ett positivt resultat i enlighet med fullmäktiges resultatkrav, 10 mnkr för 2026 och 11 mnkr respektive år för 2027 och 2028.

Rapporterad budget baseras på de avtal, överenskommelser och uppdrag som finns mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och Södertälje sjukhus inklusive erhållna uppgifter avseende indexuppräkningar för respektive år. Hänsyn har tagits till sjukhusets ökade uppdrag inom geriatrisk vård, hjärtsjukvård samt en generell volymökning. De budgeterade kostnaderna är, enligt givna anvisningar, indexreglerade enligt LPIK, vilket är högre än uppräkningen av vårdavtalen, detta medför en utmaning för sjukhuset.

Beslutade bidrag avseende riktade insatser för en hållbar arbetsmiljö samt kompetensförsörjning har inarbetats i budget.

Södertälje sjukhus har för planåren 2027 och 2028 räknat upp vårdintäkter, i enlighet med uppgifter från hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Resultat*	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Patientavgifter	27	26	26	26	26
Sålda primärtjänster	1 919	1 734	1 859	1 892	1 958
Försäljning övriga tjänster	43	44	45	45	45
Erhållna bidrag	42	36	38	38	38
Övriga intäkter	32	10	14	14	14
Verksamhetens intäkter	**2 063**	**1 850**	**1 982**	**2 015**	**2 082**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-1 301	-1 237	-1 320	-1 343	-1 390
- varav inhyrd personal	*-19*	*-5*	*-2*	*-2*	*-2*
Köpta primära sjukvårdstjänster	0	0	0	0	0
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-99	-85	-90	-90	-92
Läkemedel	-66	-71	-74	-74	-74
Materialkostnader	-111	-84	-94	-94	-97
Lokal- och fastighetskostnader	-171	-169	-194	-198	-202
Övriga kostnader	-177	-154	-150	-154	-158
Verksamhetens kostnader	**-1 924**	**-1 799**	**-1 923**	**-1 952**	**-2 013**
Avskrivningar	-51	-45	-49	-52	-57
Finansnetto	-94	0	0	0	0
Justering pension mm.	0	0	0	0	0
Resultat**	**-6,9**	**6**	**10**	**11**	**11**

* mkr
** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

5.1.1 Intäkter

För 2026 beräknas verksamhetens totala intäkter uppgå till 1 982 mnkr, indexuppräkning för befintligt vårduppdrag är 2,3 % och för vårdvalen 1,75 %.

Sjukhuset har ett ökat uppdrag avseende geriatrisk vård motsvarande 47 mnkr, ett utökat uppdrag med drygt 3 % produktionsökning, motsvarande 25 mnkr samt ett tillkommande uppdrag avseende hjärtsjukvård motsvarande 10 mnkr, samtliga dessa utökningar har inarbetats i budget för 2026.

Beslutade bidrag avseende riktade insatser för en hållbar arbetsmiljö samt kompetensförsörjning har även det inarbetats i budget.

För åren 2027 och 2028 har vårdintäkter räknats upp i enlighet med uppgifter från hälso- och sjukvårdsförvaltningen. För år 2027 är uppräkningen för vårduppdraget 2,01 % och för vårdvalen 1,28 %. För år 2028 har vårduppdraget räknats upp med 3,85 % och för vårdvalen med 3,21 %.

5.1.2 Kostnader

Sjukhusets verksamhetskostnader uppgår för 2026 till 1 923 mnkr och inkluderar indexuppräkning enligt LPIK.

Sjukhusets tillkommande uppdrag avseende geriatrisk vård, generell volymökning samt hjärtsjukvård medför ökade kostnader avseende flertalet kostnadsgrupper.

Hyreskostnaderna för perioden 2026 - 2028 är baserade på uppgifter från Locum. Från januari 2026 är påbyggnaden av hus 20, främst avseende geriatrisk verksamhet, inkluderad i hyreskostnaderna.

För åren 2027 - 2028 har indexreglering av sjukhusets kostnader gjorts enligt SKR:s bedömning av LPIK.

Personalkostnader

	Utfall 2024	Budget 2025	Prognos 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Närvaro	907		0	921	918	918
Frånvaro	425		0	454	452	452
Extratid	158		0	165	164	164
Totalt	**1 490**		**0**	**1 540**	**1 534**	**1 534**
Varav avtalad tid	1 332	1 310	1 340	1 375	1 370	1 370

Södertälje sjukhus budget för personalkostnader under perioden 2026 - 2028 baseras på 2025 års budget, med hänsyn till den planerade produktionsökningen under 2026.

Uppräkning av löner för budget 2026 - 2028 är beräknade på 3,5 % årligen, enligt Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) bedömning av Landstingsprisindex (LPIK).

Sjukhuset budgeterar 1 375 helårsarbeten för 2026. Det är en ökning jämfört med både budget och prognos 2025 som hänförs till produktionsökning inom vårduppdraget och vårdvalen. Under 2026 ökar både antal helårsarbeten och bemanningskostnader, kopplat till en utökad vårduppdrag och ökad produktion med anledning av att nybyggda lokaler för geriatrisk vård tas i bruk.

För 2027 och 2028 planeras ett något lägre antal helårsarbeten, vilket är ett resultat av planerad effektivisering.

Södertälje sjukhus har tilldelats medel avseende riktade insatser för en hållbar arbetsmiljö. Sjukhuset planerar att använda medlen till att utveckla hållbart medarbetarskap och ledarskap genom följande aktiviteter under 2026:

- Vidareutveckla värdegrund och ledargrund
- Stärka stödet till chefer från staber och vårdnära service (underlätta rekrytering, pre- och onboarding, rehabilitering, stöd vid implementering av nya arbetssätt, digitala verktyg med mera)

Övriga kostnader, avskrivningar och finansnetto

Budgeterade övriga kostnader har, enligt givna anvisningar, indexreglerats enligt LPIK.

För 2026 budgeteras kostnaderna för inhyrd personal till 2 mnkr och avser framförallt semestervikarier under sommaren, i övrigt budgeterar sjukhuset för egen anställd personal.

Sjukhusets budgeterade kostnader avseende IT är lägre än föregående år med anledning av att sjukhuset under 2025 genomfört fas 1 i byte av IT-miljö, under 2026 kommer fas 2 fortgå. Bytet av IT-miljö kommer möjliggöra systeminföranden med syfte att kunna förenkla och effektivisera arbetssätt i högre grad, merparten av IT-kostnaderna hänförs till Serviceförvaltningen.

Sjukhusets nya textilavtal som trädde i kraft under oktober 2025 medför lägre budgeterade kostnader 2026 jämfört med budget föregående år.

Sjukhusets budgeterade kostnader avseende både laboratorie- och röntgentjänster ökar jämfört med föregående år, med anledning av att sjukhuset har fått ökade uppdrag från 2026.

Budgeterade kostnader avseende läkemedel uppgår till 74 mnkr och inkluderar både öppenvårdsläkemedel och rekvisitionsläkemedel. Kostnaderna är högre än budget föregående år med anledning av sjukhusets ökade uppdrag.

Materialkostnader är högre än budget föregående år och beräknas till 94 mnkr. Hänsyn har tagits både till sjukhusets ökade uppdrag och till indexreglering enligt LPIK.

Lokal- och fastighetskostnader beräknas uppgå till 194 mnkr, ökningen jämfört med budget föregående år hänförs främst till hyreskostnad för påbyggnad av hus 20 som tas i bruk i januari 2026. Hyreskostnaderna för perioden 2026 - 2028 är baserade på uppgifter från Locum. Lokal- och fastighetskostnader utöver hyreskostnader är indexreglerade enligt LPIK.

De budgeterade avskrivningskostnaderna uppgår till 49 mnkr för 2026. I slutet av 2025 kommer sjukhuset ha möjlighet att begära jämkning för vissa momskostnader hänförliga till anläggningstillgångar som är anskaffade 2021 och senare, detta med anledning av tidigare avbolagisering. Vid rapportering av budget 2025 antogs att jämkningen skulle komma att ske redan i början av 2025, i enlighet med då erhållen information, detta har senare reviderats vilket gör att effekten nu inarbetats i budget för 2026 och framåt.

Konsultkostnader

Södertälje sjukhus har sedan flera år tillbaka haft låga konsultkostnader och främst nyttjat konsulter till specifika uppdrag där spetskompetens krävs. Totalt budgeterade konsultkostnader uppgår till 2 mnkr för 2026, vilket är i nivå med budget föregående år.

5.1.3 Åtgärder för att nå resultatkravet

Den enskilt största faktorn för att över tid uppnå ett resultat i balans, är att sjukhuset lyckas rekrytera och behålla egen anställd personal och därmed kan minimera andelen inhyrd personal till att endast omfatta specifika toppar i anställdas frånvaro såsom semesterperioder. En stabil personalstyrka medför även sänkta kostnader för inskolning och dubbelgång. Sjukhuset har även ett pågående arbete med att standardisera materialinköp samt med att se över kostnader för vårdtjänster genom kloka kliniska val.

För 2026 har ett åtgärdsprogram tagits fram med målsättning att få en ekonomi i balans. Dock finns en gräns för hur mycket som kan effektiviseras på marginalerna innan det får en påverkan på produktionen.

Inom akutsjukhusnämnden pågår ett arbete mellan de fyra sjukhusen avseende resursoptimering i syfte att effektivisera verksamheten och sänka kostnaderna.

Under 2026 fortsätter det regiongemensamma arbetet med att samordna produktionsstyrningen med gemensamma produktionsverktyg och gemensam planeringsmetodik. Detta ska leda till minskad administration, förbättrade flöden, förbättrad arbetsmiljö och en högre nyttjandegrad av koncerngemensamma resurser.

5.1.4 Verksamhetsindelad resultatbudget

I enlighet med givna anvisningar rapporterar Södertälje sjukhus en separat budget avseende administration, verksamhetsgren 9910. För denna verksamhetsgren är rapporterad budget avseende de totala kostnaderna 1,3 mnkr lägre än föregående år enligt givna direktiv.

Administrationens budgeterade intäkter är högre för 2026 jämfört med budget 2025, det är främst övriga intäkter som är högre.

Sjukhusledningen genomför effektiviseringar som resulterar i lägre bemanningskostnader samt en förtätning av administrativa lokaler vilket medför lägre lokalkostnader.

Södertälje sjukhus har sedan tidigare ett pågående arbete tillsammans med övriga sjukhus inom akutsjukhusnämnden, främst Södersjukhuset och Danderyds sjukhus, avseende resursoptimering. Syftet är att hitta samordningseffekter som kan medföra effektiviseringar och kostnadsreduceringar genom bland annat samnyttjande av resurser.

5.2 Balansräkning

Balansräkningen är upprättad enligt anvisningar från Regionledningskontoret.

Anläggningstillgångarna baseras på sjukhusets befintliga anläggningstillgångar samt de av fullmäktige beslutade investeringsramarna för perioden 2026 - 2028. Hänsyn har även tagits till prognosticerade avskrivningskostnader och den kalkylerade jämkningen av vissa momskostnader som kommer att ske i slutet av 2025.

Eget kapital är justerat för sjukhusets prognos för 2025 samt med sjukhusets resultatkrav för respektive år, 2026 - 2028.

Ovan angivna förändringar är reglerade mot kassa och bank och för år 2027 även mot kortfristiga skulder.

Balansräkning*	Utfall 2024	Prognos 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Anläggningstillgångar	**194**	**195**	**236**	**290**	**265**
-varav pågående nyanläggningar		*2*	*2*	*2*	*2*
Omsättningstillgångar	**1 450**	**293**	**263**	**236**	**256**
- varav kassa och bank	*1 098*	*57*	*27*	*-0*	*20*
SUMMA TILLGÅNGAR	**1 643**	**489**	**499**	**526**	**521**
Eget kapital	**109**	**273**	**283**	**294**	**305**
Avsättningar	**1 132**	**0**	**0**	**0**	**0**
Skulder	**402**	**216**	**216**	**232**	**216**
- varav långfristiga skulder	*3*	*3*	*3*	*3*	*3*
- varav kortfristiga skulder	*398*	*213*	*213*	*230*	*213*
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	**1 643**	**489**	**499**	**526**	**521**

* mkr

5.3 Investeringar

Sjukhuset rapporterar en investeringsbudget baserad på regionfullmäktiges beslutade investeringsplan 2026 - 2035.

Sjukhuset har löpande behov av ersättningsinvesteringar i verksamheten för att upprätthålla en tillfredsställande produktion och patientsäkerhet men har inget enskilt objekt av större värde i kommande 5-års plan.

Sedan 2020 har omvärldsfaktorer såsom pandemi och krig lett till bland annat komponentbrist och förlängda leveranstider, vilket får en direkt påverkan på leveranssäkerhet och leveranstider till Södertälje sjukhus. Detta medför en större osäkerhet avseende när beställd utrustning faktiskt kommer levereras och har de senaste åren fått en viss påverkan på nyttjandegrad av de beslutade investeringsramarna mellan åren. Sett över tid har sjukhuset dock kunnat hålla beslutade ramar.

Budgetår 2026

Beslutad investeringsram för 2026 omfattar till stor del utrustningsinvesteringar avseende fyra nya våningsplan i hus 20, som är beräknade att tas i bruk i början av 2026. En mindre del av investeringsramen avser löpande ersättningsinvesteringar och då främst medicinteknisk utrustning.

I sjukhusets investeringsplan tas hänsyn till kalkylerad livslängd samt olika alternativ

såsom nyinköp, uppgraderingar med mera kopplat till kostnadseffektivitet.

Planår 2027 - 2028
Under kommande år inkluderar investeringsramarna, bland annat operationsutrustning och viss röntgenutrustning som behöver ersättas för att sjukhuset ska kunna upprätthålla adekvat patientsäkerhet och kvalitet. Den absoluta merparten av sjukhusets investeringsram avser för samtliga år, ersättning av medicinteknisk utrustning.

Under oktober 2025 har ett beslut tagits, av Ekonomi och finans inom regionledningskontoret, avseende en förändrad rutin gällande finansiell leasing av personbilar. Den nya rutinen innebär att leasing av personbilar inte längre kommer tillåtas, framöver ska bilarna i stället köpas. Den förändrade rutinen medför att en översyn av sjukhusets investeringsramar, i syfte att justera dessa med hänsyn tagen till förändrad hantering, kommer behöva göras.

5.4 Åtgärder för ett resultat i balans

Den enskilt största faktorn för att över tid uppnå ett resultat i balans, är att sjukhuset lyckas rekrytera och behålla egen anställd personal och därmed kan minimera andelen inhyrd personal till att endast omfatta specifika toppar i anställdas frånvaro såsom semesterperioder. En stabil personalstyrka medför även sänkta kostnader för inskolning och dubbelgång. Sjukhuset har även ett pågående arbete med att standardisera materialinköp samt med att se över kostnader för vårdtjänster genom kloka kliniska val.

För 2026 har ett åtgärdsprogram tagits fram med målsättning att få en ekonomi i balans. Dock finns en gräns för hur mycket som kan effektiviseras på marginalerna innan det får en påverkan på produktionen.

Inom akutsjukhusnämnden pågår ett arbete mellan de fyra sjukhusen avseende resursoptimering i syfte att effektivisera verksamheten och sänka kostnaderna.

Under 2026 fortsätter det regiongemensamma arbetet med att samordna produktionsstyrningen med gemensamma produktionsverktyg och gemensam planeringsmetodik. Detta ska leda till minskad administration, förbättrade flöden, förbättrad arbetsmiljö och en högre nyttjandegrad av koncerngemensamma resurser.

Åtgärdsprogrammet för ekonomi i balans 2026 kan komma att förfinas under början av nästa år.

Åtgärder (Mnkr)	Budgeterad effekt 2026	Budgeterad effekt 2027	Budgeterad effekt 2028	Budgeterad effekt 2029
Effektiv bemanning	10			
Enhetliga materialinköp	5			
Kloka kliniska val	5			
Summa	20			

Diarienummer
RS 2025-0980
ASN 2025-7691

Region Stockholm



Akutsjukhusnämnden/Södertälje sjukhus

Plan för intern kontroll, budget 2026

Budget 2026

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Intern kontroll 4
2.1 Styr- och kontrollmiljö 4
2.2 Riskbedömning 4
2.3 Kontrollaktiviteter 5
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.

I nämndens arbetsordning och instruktioner för sjukhusdirektören säkerställs en tydlig roll- och ansvarsfördelning som bidrar till en effektiv hantering av verksamhetens risker. Nämnden ska säkerställa att riktlinjer efterlevs och att rapportering sker i enlighet med anvisningarna från regionledningskontoret. Sjukhusledningen 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. Här ingår bland annat riktlinjer för olika befattningshavare för att förstå och inse betydelsen av sina respektive roller för upprätthållandet av god internkontroll. Här framgår även vilka mål med tillhörande indikatorer och uppdrag som sjukhuset har att förhålla sig till. Sjukhusets IT-system stödjer verksamheterna i internkontrollarbetet, då systemen hjälper till att skapa rapporter och statistik för granskning och uppföljning. I vissa system finns även inbyggda kontroller, exempelvis fakturahanteringssystemet där varje faktura måste hanteras av två personer innan betalning sker.

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

Södertälje sjukhus har genomfört riskanalys enligt COSO-modellen av samtliga identifierade risker. Denna har resulterat i en risk med hög risk, sju med medelhög risk, två med låg risk och tolv 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 negativ inverkan på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi på grund av IT störningar och förseningar kopplat till kundanslutningsprocessen till

Serviceförvaltningen IT (SF IT)

De tre risker som har näst högst riskvärde är:

- Risk för att Hot och våld på arbetet är över målet 8%
- Risk för att Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan är för hög
- Risk för att utsläpp av växthusgaser inte minskar jämfört med 2019 -37%

Resultatet av den uppdaterade riskvärderingen är att åtta risker minskat i riskvärde och en risk ökat i riskvärde sedan delårsrapporteringen. De risker som minskat mest är:

- Risk för att utsläpp av växthusgaser inte minskar jämfört med 2019 -37% som minskat från 9 till 6 och därmed har gått från hög risk till medelhög risk. Detta med anledning av arbetet med att minska matsvinn, användning av woodsafe, rätt användning av handskar och arbete med cirkulära skyddsförkläden. Åtgärder har vidtagits för att ha kontroll på lustgasutsläpp.
- Risk för att Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan är för hög som minskat från 9 till 6 och därmed har gått från hög risk till medelhög risk. Detta med anledning av de åtgärder som har genomförts har haft önskad effekt. En dialog pågår med andra sjukhus hur man gemensamt ska hitta ett bra verktyg för att mäta detta.
- Risk för att total väntetid på akutmottagningen inte minskar jämfört med 2025 som minskat från 6 till 3 och därmed har gått från medelhög risk till låg risk. Detta med anledning av att målet är uppnått enligt den senaste mätningen.

Den risken som ökat i riskvärde är:

- Risk för att Hot och våld på arbetet är över målet 8% som ökat från 3 till 6 och gått från låg risk till medelhög risk då värdet ökat i den senaste medarbetarundersökningen.

Den obligatoriska risken "risk för oegentligheter och välfärdsbrott" värderas lågt av sjukhuset och hamnar i kategorin mycket låg risk och hanteras därefter.

Två nya risker har tillkommit "Risk för negativ inverkan på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi på grund av IT störningar och förseningar kopplat till kundanslutningsprocessen till Serviceförvaltningen IT (SF IT)" som har riskvärde 9 där kontroll och åtgärdsmoment tagits fram och "Risk för att inte uppnå resultatkravet" som värderas lågt av sjukhuset och hamnar i kategorin mycket låg risk och hanteras därefter. Inga risker har avslutats sedan delårsrapportering 2025.

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.

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. Den nya kontrollen som har tillkommit är för den nya risken "Risk för negativ inverkan på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi på grund av IT störningar och förseningar kopplat till kundanslutningsprocessen till Serviceförvaltningen IT (SF IT)" är "Uppföljning". Där har man bland annat täta avstämningar med SF IT på olika nivåer. Den nya åtgärden för risken är "lösa de problem som finns i IT miljön" där arbete pågår löpande med att lösa problemen som finns.

Den obligatoriska risken det vill säga "risk för oegentligheter och välfärdsbrott" har ett så pass lågt riskvärde att det inte finns några specifika kontroller och åtgärder inlagda i systemet Stratsys men ett arbete sker kontinuerligt under året där sjukhuset gör det som krävs för att säkerställa en god hantering och att rutiner och riktlinjer följs.

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.

Sjukhusets årliga internkontrollplan fastställs av nämnden och skickas in till regionstyrelsen i samband med verksamhetsplanen för nästkommande år. När nämnden fastställt internkontrollplanen skickas den ut till samtliga chefer i sjukhusets ledningsgrupp.

Vissa kontrollmoment ingår i det löpande uppföljningsarbetet och följs upp på månadsuppföljningsmöten (MUM-möten) mellan sjukhusdirektör och respektive verksamhetsledning där även ekonomidirektör, HR-direktör och chefläkare deltar. Vid behov anpassas agendan och deltagandet på MUM-mötena till olika fokusområden som kräver extra uppmärksamhet för tillfället. Som exempel under året har chefsjuksköterska deltagit för en fördjupning av områdena kvalitet, patientsäkerhet och miljö. Då har även negativa avvikelser från målen analyserats och en handlingsplan för att målet ska uppnås alternativt att avvikelsen ska minskas tagits fram.

Fastställd internkontrollplan samt de uppföljningar som görs löpande under året delges revisorerna.

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.

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

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

Sjukhusdirektören rapporterar till nämnden vid specifika rapporteringstillfällen.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

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

Södertälje sjukhus ska följa och efterleva de lagar och förordningar som är tillämpliga samt följa de av Region Stockholm beslutade policys, riktlinjer och eventuella tillämpningsanvisningar. Sjukhuset arbetar för att säkerställa att alla styrdokument är kända i verksamheten och att sjukhusets beslutsbestämmelser i alla delar utgår från senast beslutade policys och riktlinjer inom Region Stockholm.

Arbetet innefattar bland annat att säkerställa att de styrande dokumenten efterlevs samt att åtgärder vidtas rörande de brister och förslag till åtgärder som framkommit vid den interna kontrollen och den externa revisionen. Inga avsteg från riktlinjen har noterats.

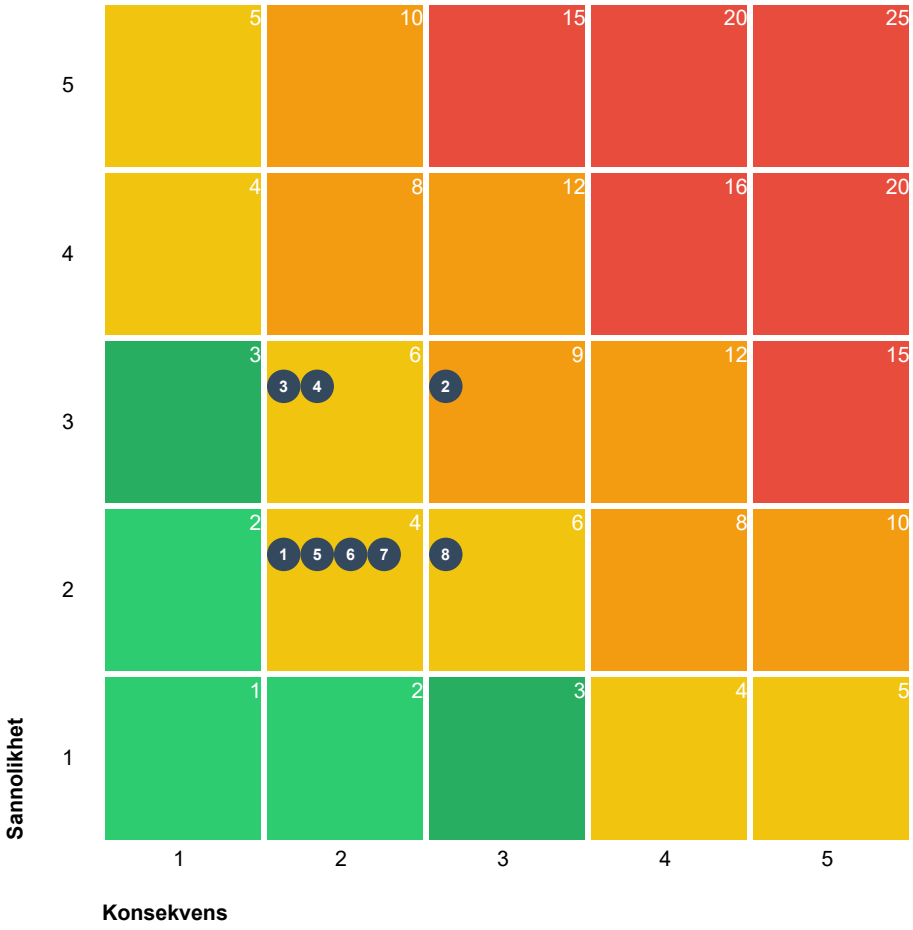
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

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.

Hänsyn tas till revisorernas rekommendationer. Revisorerna har bedömt, utifrån granskningen som genomfördes till delårsbokslutet 2025 och den lägesrapport som lämnats, att den samlade bedömningen var tillräcklig.

Regionrevisorernas samlade bedömning av den interna kontrollen vid delårsbokslutet 2025, är att den är tillräcklig.

3 Sammanställning av risker



1 Hög risk 7 Medelhög risk Totalt: 8

Mycket hög risk
Hög risk
Medelhög risk
Låg risk
Mycket låg risk

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Katastrofal - Mycket allvarlig, får inte inträffa
4	Hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Kritisk - Allvarlig, får helst inte inträffa
3	Medel, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
2	Låg, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten
1	Mycket låg, detaljerad beskrivning finns under	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

	hjälptexterna, klicka på frågetecknet.

Mål	Lokalt mål	Risk			Riskägare
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet		1	137096	Risk för brister i försörjning på grund av omvärldsfaktorer	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
		2	173635	Risk för negativ inverkan på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi på grund av IT störningar och förseningar kopplat till kundanslutningsprocessen till Serviceförvaltningen IT (SF IT)	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035		3	88852	Risk för att Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan är för hög	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
		4	137107	Risk för att utsläpp av växthusgaser inte minskar jämfört med 2019 -37%	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare		5	98480	Risk för att följsamheten till riktlinjer och rutiner för Bisysslor inte ökat jämfört med 2025	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
		6	109704	Risk för att andelen av personalkostnader i hälso- och sjukvården som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning är under 99%	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		7	69403	Förekomst av vårdrelaterade infektioner överstiger målet <= 4 %	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		8	69494	Risk för att Hot och våld på arbetet är över målet 8%	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom

Akutsjukhusnämnden/S:t Eriks Ögonsjukhus

Verksamhetsplan 2026

ÅR 2026

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens/VD:s kommentar 4

2 Övergripande om nämnden/bolaget 5
2.1 Ansvar och organisation 5
2.1.1 Verksamhetsfakta 5
2.2 Väsentliga förutsättningar 5
2.3 Ledningsprocess och intern kontroll 5
2.3.1 Ledningsprocess 5
2.3.2 Intern kontroll 6

3 Mål och uppdrag 7
3.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa 7
3.1.1 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov 7
3.1.2 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet 7
3.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv 8
3.2.1 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet 8
3.2.2 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035 9
3.2.3 Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling 9
3.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig 10
3.3.1 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare 10
3.3.2 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare 11

4 Verksamhet 12
4.1 Verksamhetstal 12
4.1.1 Vårdproduktion 12

5 Ekonomi 13
5.1 Resultatbudget 13
5.1.1 Intäkter 13
5.1.2 Kostnader 14
5.1.3 Åtgärder för att nå resultatkravet 14
5.1.4 Verksamhetsindelad resultatbudget 15
5.1.5 Budget per verksamhetsområde 15
5.2 Balansräkning 15
5.3 Investeringar 16
5.4 Åtgärder för ett resultat i balans 16

Bilagor

Bilaga 1: Investeringsplan 2026-2035 St Erik

Bilaga 2: 1230_Plan för intern kontroll, budget 2026 STE ASN

Bilaga 3: 1230_Riktade insatser arbetsmiljö 2026-STE

Bilaga 4: 1230_Riktade insatser chefsförsörjning ledar och medarbetarskap 2026 STE

Bilaga 5: 1230_Riktade insatser kompetensförsörjning 2026 STE

1 Förvaltningschefens/VD:s kommentar

Budgetåret 2026:

Ekonomiskt mål: Att uppfylla regionfullmäktiges fastställda resultatkrav, vilket är 9 miljoner kronor i budgeten för 2026.

Långsiktig kompetensförsörjning: S:t Eriks Ögonsjukhus kommer att fortsätta rekrytera och behålla högspecialiserade ögonläkare, ögonsjuksköterskor, optiker och ortoptister. Detta är avgörande för att upprätthålla sjukhusets jour- och beredskapskapacitet, handledning under ST-utbildningen, hög tillgänglighet och den nationella högspecialiserade vården.

Vårdleverans och tillgänglighet: Bibehålla och förbättra vårdleverans och tillgänglighet, vilket är centralt för sjukhuset och patienttillfredsställelsen.

Ledningens åtgärder 2026-2028:

Hållbar arbetsgivare: Implementera strategier för att attrahera och behålla specialistkompetenta medarbetare. Detta kan inkludera konkurrenskraftig lönesättning, karriärutvecklingsprogram och arbetsmiljöförbättringar.

Utbildning och kompetensutveckling: Fortsätta investera i ST-utbildningen och andra fortbildningsmöjligheter för att säkerställa hög kompetensnivå hos medarbetarna.

Effektivisering av verksamheten: Söka vägar för att öka effektiviteten i vårdleveransen, exempelvis genom teknologiska innovationer eller processförbättringar.

Långsiktiga strategiska åtgärdsområden:

Teknologisk uppdatering: Fortsätta att investera i medicinteknik för att stärka sjukhusets position som en ledande aktör inom ögonsjukvård.

Forskning och utveckling: Engagemang i forskningsprojekt för att bidra till framsteg inom ögonhälsa och behandlingsmetoder.

Hållbarhetsinitiativ: Implementera hållbarhetsåtgärder för att minska sjukhusets miljöpåverkan och främja en hälsosam arbetsmiljö.

Dessa fokusområden och åtgärder stärker S:t Eriks position som ett ledande ögonsjukhus samtidigt som de bidrar till en långsiktig hållbar utveckling inom sjukvårdssektorn.

2 Övergripande om nämnden/bolaget

2.1 Ansvar och organisation

S:t Eriks Ögonsjukhus ska bedriva specialiserad och högspecialiserad akut och planerad ögonsjukvård samt forskning och utbildning. Verksamheten ska omfatta de tjänster som överenskommits med hälso- och sjukvårdsförvaltningen 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.

2.1.1 Verksamhetsfakta

De uppdrag som Akutsjukhusnämnden blivit tilldelade i Region Stockholms budget 2026 kommer vara en del av S:t Eriks verksamhetsplanering framåt.

1. 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.

2.2 Väsentliga förutsättningar

Avveckling av vårdval specialiserad ögonsjukvård 2026 med övergång till upphandling av privata vårdgivare förväntas säkra vård på rätt vårdnivå samt minska icke-medicinskt motiverad vård. Patienterna inom ögonsjukvården kommer fortfarande kunna välja bland vårdgivare inom ramen för upphandlingen.

2.3 Ledningsprocess och intern kontroll

2.3.1 Ledningsprocess

Ledningsprocessen vid S:t Eriks Ögonsjukhus är utformad för att noggrant planera och kontinuerligt följa upp sjukhusets verksamhet, både på kort och lång sikt. Detta säkerställer att sjukhusets uppdrag genomförs effektivt och att regionfullmäktiges mål uppnås inom de ekonomiska ramar som fastställts, samt i enlighet med gällande lagstiftning och styrande dokument.

Ledningsgruppen och dess arbetsgrupp genomför årligen en mer omfattande risk- och väsentlighetsanalys. Syftet med analysen är att identifiera och tydliggöra de risker som kan påverka sjukhusets förmåga att nå sina uppsatta mål. Riskbedömningen dokumenteras och presenteras för Akutsjukhusnämnden i början av verksamhetsåret.

För att säkerställa en effektiv uppföljning och anpassning av verksamheten, sker det även en löpande rapportering varje månad. Rapporteringen hanteras av respektive verksamhetschef och rapporteras till sjukhusdirektören under de regelbundna verksamhetsuppföljningsmötena. Dessa möten är avgörande för att kontinuerligt utvärdera sjukhusets prestation och vidta nödvändiga åtgärder för att bibehålla och

förbättra verksamhetens kvalitet och effektivitet.

2.3.2 Intern kontroll

Med utgångspunkt från verksamhetsplanen gör ledningsgruppens arbetsgrupp en risk- och väsentlighetsanalys i december/januari för att tydliggöra vilka risker som finns i verksamheten som kan inverka på bolagets möjlighet att nå uppsatta mål. Riskerna dokumenteras och redovisas för Akutsjukhusnämnden. Löpande rapportering sker månadsvis från respektive verksamhetschef till vd vid så kallade verksamhetsuppföljningsmöten.

3 Mål och uppdrag

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

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

Ytterligare extra insatser kommer att behövas under 2026 för att leva upp till 30- och 90-dagarsgarantin.

Åtgärder för hållbara scheman utan luckor

• Vidareutveckla system som automatiskt erbjuder tidiga återbesökstider
• Digitala kallelser som ger mer tid för ombokningar inom vårdgarantin inom fler områden
• Stärkt arbete med att optimera operationsplaneringen. Enhetschef för operationsplanering har rekryterats hösten 2025 och optimeringsarbete pågår.

Undvika klinisk överaktivitet och lågvärdevård

• Se över vilka undersökningar och behandlingar som erbjuds inom samtliga subspecialiteter för en gemensam syn på resursanvändandet.

• Arbete med Kloka Kliniska Val på alla sjukhusets enheter

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist	Regionfullmäktige		80 %
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist	Regionfullmäktige		Öka från år 2 025
Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning	Regionfullmäktige		Minska från år 2 025
Total vistelsetid på akutmottagning	Regionfullmäktige		Minska från år 2 025

3.1.2 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Ledning och styrning

S:t Eriks Ögonsjukhus arbetar för att varje steg i vården ska vara värdeskapande och samverkar med andra vårdaktörer för att säkerställa en god, säker och effektiv sjukvård. S:t Erik arbetar systematiskt med kvalitetsindikatorer internt och regionalt, t.ex. vårdrelaterade infektioner (VRI).

En god säkerhetskultur

S:t Erik arbetar förebyggande för att så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador. Detta genom att analysera risker, utreda händelser och utveckla standardiserade arbetssätt och vårdprocesser.

Adekvat kunskap och kompetens

S:t Erik arbetar för att hälso- och sjukvårdspersonal ska ha adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra patientsäkerhetsarbete.

Patienten som medskapare

Patientens delaktighet i den egna vården gör vården säkrare. S:t Erik arbetar aktivt med att utforma och utveckla vården i samråd med patienten. Detta t.ex. genom att:

- anpassa vården till patientens individuella behov och förutsättningar och exempelvis erbjuda digitala besök och hemmonitorering för ökad trygghet och tillgänglighet
- ta del av patientens erfarenheter och synpunkter i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner	Regionfullmäktige		<=4 %

Uppdrag	Beslutat av	Status
Genomföra en systematisk kartläggning av den tid som läggs på administrativa arbetsuppgifter inom vårdverksamheten	Regionfullmäktige	

3.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

3.2.1 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

S:t Erik förväntas uppfylla regionfullmäktiges fastställda resultatkrav på 9 miljoner kronor i budget 2026 och för planåren 2027-2028.

Resultatuppfyllelsen är helt beroende av förmågan att behålla och rekrytera högspecialiserade läkare, ögonsjuksköterskor, ortoptister och andra kompetenser för att kunna uppfylla vårdleveransen i vårdavtalet och efterfrågan på specialiserad ögonsjukvård från andra regioner.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Administrativa kostnader ska minska	Regionfullmäktige		Enligt budget 2 026

S:t Erik förväntas uppfylla de krav som ställs på sänkta administrativa kostnader i budgeten och tillsammans med övriga förvaltningar i Akutsjukhusnämnden minska de administrativa kostnaderna.

Administrationen anpassas efter de krav som ställs på organisationen. Alla administrativa aktiviteter ska ge ett mervärde för patienten.

3.2.2 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

Sjukhuset deltar i regionens hållbarhetsråd där åtgärder för minskad klimatpåverkan diskuteras. Många av de utmaningar som regionen ställs inför har sjukhuset redan åtgärdat genom aktivt miljöarbete genom åren. Med detta sagt finns det åtgärder kvar att genomföra även om effekten bedöms som ringa.

Under 2026 kommer vi bland annat att fortsatt fokusera på möjligheten att skapa ytterligare cirkulära flöden för de produkter som idag utgörs av engångsartiklar. Sjukhuset fortsätter även arbetet med att öka livslängden för de varor som anskaffas genom krav i upphandling och utökad service och underhåll.

Att kvantifiera sjukhuset utsläpp inom scope 3 där den data inte finns är en utmaning. Vi har i dagsläget inte tillgång till CO2-data för våra konsumtionsbaserade utsläpp från t.ex. medicintekniska förbrukningsartiklar och kontorsmaterial.

På lång sikt behöver vi analysera vilka åtgärder som kan genomföras för att stödja regionens ambition att nå nettonollutsläpp till 2035.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019	Regionfullmäktige		-37 %
Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan	Regionfullmäktige		Basårsmätning år 2 026
Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav	Regionfullmäktige		100 %
Nämnden/bolaget har genomfört åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden	Regionfullmäktige		Ja

3.2.3 Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling

Sjukhuset arbetar aktivt för att säkerställa att vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, socioekonomisk status, födelseland, sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och etnisk eller religiös tillhörighet. Social hållbarhet på S:t Erik omfattar patienter, närstående och medarbetare.

Mål:

- erbjuda en jämställd och jämlik vård och arbetsmiljö
- främja hälsa och förebygga arbetsrelaterad ohälsa
- öka tillgängligheten och samverkan med våra patienter och närstående samt stärka deras rättigheter.

S:t Erik kommer även att fortsätta det långsiktiga arbetet med att ställa relevanta krav

på social hållbarhet i sjukhusets upphandlingar och i de avtal vi ingår.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Nämnden/bolaget har utifrån sitt uppdrag arbetat systematiskt med social hållbarhet	Regionfullmäktige		Ja

3.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig

3.3.1 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Under 2026 fortsätter arbetet med att stärka sjukhusets arbetsgivarvarumärke, som en del i sjukhusets strategi att behålla och attrahera medarbetare. En harmonisering har påbörjats med det centrala arbetet inom området. Detta är ett led i att även fortsättningsvis bemanna med egna medarbetare, vilket går i linje med regionens mål om minskad inhyrning. Under kommande år kommer vi att följa detta inom ramen för systematisk kompetensförsörjning och dess handlingsplan.

Sjukhuset kommer att stärka upp kompetensen inom patientsäkerhetsområdet för att säkerställa att kompetens finns på lång sikt inom områden som risk-, händelseanalys och handledning. Här sker också en förflyttning av kompetens från stabsfunktion till verksamhet, för att öka kunskap och komma närmre verksamheten med dessa frågor.

Sjukhuset kommer att arbeta med utveckling av metoder och arbetssätt, som en del i den långsiktiga kompetensförsörjningen. Vidare erbjuds alla medarbetare allmän kunskap om ögat och synen för att öka ambassadörsskapet för S.t Eriks Ögonsjukhus.

För att säkra tillgången på specialistläkare inom ögon fortsätter sjukhuset att rekrytera och utbilda ST-läkare inom ögon.

Kompetensutveckling och forskning

En del i arbetsgivarvarumärkesarbetet är också att synliggöra arbetet med kompetensstegar och att tydliggöra nästa steg i karriären och vilka kompetensutvecklingsbehov det medför. Utifrån detta kan individuella karriärmål formuleras. Här kan också intresse för forskning fångas upp även inom andra yrkeskategorier än läkare. En handlingsplan för att stimulera fler yrkeskategorier att forska ska tas fram av FoUUI-enheten. En ST-läkare anställs årligen på ett så kallat forskar-ST.

Utbildning

För att säkra framtida ögonkompetens hos sjuksköterskor anställer sjukhuset legitimerade sjuksköterskor och erbjuder vidareutbildning med lön till ögonsjuksköterska och för ögonsjuksköterskor vidareutbildning till ortoptist. Vissa av dessa utbildningar finansieras av sjukhusets medel för en långsiktig kompetensförsörjning, andra finansieras av regionala medel. På så sätt kan vi arbeta långsiktigt med att säkra tillgången på bristkompetenser.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning	Regionfullmäktige		99 %

3.3.2 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

En god arbetsmiljö, med hög frisknärvaro, frånvaro av hot och hot om våld, är en förutsättning för ett ökat HME och minskad sjukfrånvaro samt en hög grad av kvarstannande. Under 2026 fortsätter sjukhusets arbete inom arbetsmiljöområdet för att skapa en god och trygg arbetsmiljö. Sjukhuset kommer fortsätta att stärka ledarskapet med fokus på medarbetardriven utveckling och delaktighet, genom sjukhusets egna ledarutveckling samt den gemensamma ledarutvecklingen inom regionen.

Handlingsplanen utifrån OSA-kartläggningen innehåller även åtgärder för att minska sjukfrånvaron samt det vidare arbetet med att trygga våra medarbetare och vår vision om nolltolerans gällande diskriminering och kränkande särbehandling.

En insats kommer även att göras inom samverkansområdet för att tillsammans med våra personalorganisationer skapa en god och trygg arbetsmiljö.

Se även 5.1.2.1.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2026	RF Målvärde 2026
Andel sjukfrånvaro	Regionfullmäktige		<6 %
Totalindex HME	Regionfullmäktige		>=80
Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete	Regionfullmäktige		<=8 %

4 Verksamhet

4.1 Verksamhetstal

4.1.1 Vårdproduktion

Patienterna vid sjukhuset har blivit mer resurskrävande genom åren. Inom vissa specialiteter har längden på mottagningstiderna utökats. Komplexiteten i diagnoserna hos S:t Eriks patienter kommer att fortsätta att öka. Vi strävar efter att göra så mycket som möjligt vid varje enskild vårdkontakt för att undvika onödiga besök och för att underlätta för patienten.

Beslutet om avveckling av vårdval specialiserad ögonsjukvård samt övergången till upphandling av privata vårdgivare förväntas säkra vård på rätt vårdnivå samt minska icke-medicinskt motiverad vård. Patienterna inom ögonsjukvården kommer fortfarande kunna välja bland vårdgivare inom ramen för upphandlingen.

Sjukhuset fortsätter arbetet med att effektivisera flödet av intravitreala behandlingar under 2026. För att möta behovet av behandlingen utbildar vi nu fler yrkeskategorier att kunna utföra den.

Vårdproduktion (antal)	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Besök, akuta	28 584	30 800	30 800	30 800	30 800
Besök, elektiva	152 589	170 000	170 000	170 000	170 000
Öppenvårdsbesök, totalt	**181 173**	**200 800**	**200 800**	**200 800**	**200 800**
- varav utomlän/utland	9 074	9 000	9 300	9 300	9 300
Slutenvårdstillfällen, akuta	750	1 010	1 010	1 010	1 010
Slutenvårdstillfällen, elektiva	482	600	600	600	600
Slutenvårdstillfällen, totalt	**1 232**	**1 610**	**1 610**	**1 610**	**1 610**
- varav förlossning, totalt	0	0	0	0	0
- varav utomlän/utland	285	300	300	300	300
Antal vårdplatser	**16**	**16**	**16**	**16**	**16**

5 Ekonomi

5.1 Resultatbudget

S:t Eriks Ögonsjukhus förväntas uppfylla regionfullmäktiges fastställda resultatkrav på 9 miljoner kronor i budget 2026 och för planåren 2027-2028.

Resultatuppfyllelsen är helt beroende av förmågan att behålla och rekrytera högspecialiserade läkare, ögonsjuksköterskor, ortoptister och andra kompetenser för att kunna uppfylla vårdleveransen i vårduppdraget och efterfrågan på specialiserad ögonsjukvård från andra regioner.

Resultat*	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Patientavgifter	19	20	22	22	22
Sålda primärtjänster	770	717	741	758	790
Försäljning övriga tjänster	9	9	12	13	13
Erhållna bidrag	70	21	25	25	26
Övriga intäkter	29	23	22	22	22
Verksamhetens intäkter	**897**	**790**	**822**	**839**	**872**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-421	-410	-431	-437	-450
- varav inhyrd personal	*-0*	*0*	*0*	*0*	*0*
Köpta primära sjukvårdstjänster	-26	0	0	0	0
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-17	-18	-20	-21	-21
Läkemedel	-106	-115	-129	-131	-138
Materialkostnader	-64	-62	-71	-73	-75
Lokal- och fastighetskostnader	-98	-97	-85	-89	-92
Övriga kostnader	-46	-64	-63	-65	-73
Verksamhetens kostnader	**-778**	**-765**	**-798**	**-817**	**-850**
Avskrivningar	-21	-19	-18	-18	-18
Finansnetto	-47	0	4	4	5
Justering pension mm.	0	0	0	0	0
Resultat**	**51,1**	**6**	**9**	**9**	**9**

* mkr

** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

5.1.1 Intäkter

Intäkterna för vård inom Region Stockholm ligger inom de ekonomiska villkor i vårduppdraget.

Intäkter för utomregionvård är uppräknade enligt regionens anvisningar och en ökning av remissinflöde från andra regioner kan ses.

5.1.2 Kostnader

Lokalhyran kommer att reduceras under 2026. För budgetåren 2026 - 2028 tillfaller det en årlig hyresrabatt på 13 miljoner kronor.

Hänsyn har tagits till kommande löneavtal, förändrat personalomkostnadspålägg (PO-pålägg) och förväntad inflation för åren 2026 - 2028.

Avskrivningar på anläggningstillgångar är beräknade efter givna investeringsramar och den beräknade livslängden på objekten i anläggningsregister.

Personalkostnader

	Utfall 2024	Budget 2025	Prognos 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Närvaro	317		320	330	330	330
Frånvaro	131		140	130	130	130
Extratid	19		20	20	20	20
Totalt	**466**		**480**	**480**	**480**	**480**
Varav avtalad tid	448	452	460	460	460	460

Fokus för budgetåren 2026 - 2028 ligger på att minska sjukfrånvaron och därmed öka närvarotiden i verksamheten.

Övriga kostnader, avskrivningar och finansnetto

Avskrivningskostnader ligger i nivå med kommande investeringar enligt investeringsplanen för 2026 - 2028.

Banktillgodohavandet förväntas öka genom ett positivt kassaflöde. Ränteintäkterna beräknas öka för åren 2026 2028 trots lägre räntor.

Konsultkostnader

Externa konsultkostnader är marginella på S:t Eriks Ögonsjukhus. Stor återhållsamhet råder för nyttjande av konsulttjänster. Konsultkostnader som har tagits under år 2024 har varit kopplade till avbolagiseringsprojektet.

5.1.3 Åtgärder för att nå resultatkravet

En allmän återhållsamhet gällande köp av varor och tjänster som inte är direkt relaterade till patienten.

God produktionsplanering och att patienten får tid inom vårdgarantin ger förutsättningar till att nå resultatkravet.

5.1.4 Verksamhetsindelad resultatbudget

Samtliga administrativa tjänster på S:t Erik har en stödjande funktion till kärnverksamheten. Återhållsamhet råder alltid vid tillsättning av administrativa tjänster.

5.1.5 Budget per verksamhetsområde

S:t Erik redovisar sin verksamhet på område akutsomatisk sjukvård. Någon annan gren finns inte på sjukhuset.

Utfall 2024 redovisas siffrorna för S:t Eriks Ögonsjukhus AB och för åren 2025 - 2028 redovisas verksamheten som en förvaltning inom Akutsjukhusnämnden (ASN).

Resultat per verksamhetsområde (mkr)	Utfall 2024	Budget 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Intäkter					
Akutsomatisk sjukvård	896,8	790,4	821,7	839,4	872,4
Summa intäkter	**896,8**	**790,4**	**821,7**	**839,4**	**872,4**
Kostnader					
Akutsomatisk sjukvård	-845,7	-784,4	-812,7	-830,4	-863,4
Summa kostnader	**-845,7**	**-784,4**	**-812,7**	**-830,4**	**-863,4**
Summa	**51,1**	**6,0**	**9,0**	**9,0**	**9,0**

5.2 Balansräkning

Balansomslutningen för budgetår 2026 uppgår till 399 miljoner kronor (Förvaltning S:t Erik) jämfört med 992 miljoner kronor (Aktiebolaget S:t Erik) för utfall år 2024. Avsättning till pensioner läggs inte i egen räkning från och med 2025 när S:t Eriks Ögonsjukhus bedrivs som en förvaltning i Akutsjukhusnämnden. Pensionsavsättningar är övertagna och ligger på central nivå i regionen, likaså löneskatter och skatter på pensionskostnader.

Sjukhuset förväntas ha ett positivt kassaflöde för åren 2026 - 2028.

Soliditeten är beräknad till 74,3 procent för 2026 jämfört med 74,2 procent i prognos för 2025. Räntabiliteten på eget kapital uppgår till 2,3 procent jämfört med räntabilitet på 1,8 procent i prognos för 2025.

Balansräkning*	Utfall 2024	Prognos 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Anläggningstillgångar	**92**	**87**	**85**	**86**	**88**
-varav pågående nyanläggningar		*0*	*0*	*0*	*0*

Balansräkning*	Utfall 2024	Prognos 2025	Budget 2026	Plan 2027	Plan 2028
Omsättningstillgångar	**900**	**300**	**313**	**325**	**335**
- varav kassa och bank	*761*	*208*	*220*	*230*	*238*
SUMMA TILLGÅNGAR	**992**	**387**	**399**	**411**	**422**
Eget kapital	**193**	**287**	**296**	**305**	**314**
Avsättningar	**606**	**0**	**0**	**0**	**0**
Skulder	**194**	**100**	**103**	**106**	**108**
- varav långfristiga skulder	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*
- varav kortfristiga skulder	*194*	*100*	*103*	*106*	*108*
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	**992**	**387**	**399**	**411**	**422**

* mkr

5.3 Investeringar

Sjukhusets investeringsbudgetram för perioden 2026-2028 uppgår till 50 miljoner, som fördelas 16/18/20 över de tre åren. De investeringar som planeras utgörs främst av ersättningsinvesteringar inom området medicinsk teknik och övriga inventarier. Det förekommer även en del nyinvesteringar men inget av större betydelse. Orsaken till att investeringsramen utökas för år 2027 och 2028 är att en del anläggningar inom sjukhuset närmar sig sin tekniska livslängd efter sjukhusflytten år 2020.

5.4 Åtgärder för ett resultat i balans

S:t Eriks Ögonsjukhus förväntas uppnå resultatkravet för 2026 - 2028.

Åtgärder (Mnkr)	Budgeterad effekt 2026	Budgeterad effekt 2027	Budgeterad effekt 2028	Budgeterad effekt 2029

Summa

Akutsjukhusnämnden/S:t Eriks Ögonsjukhus

Plan för intern kontroll, budget 2026

Budget 2026

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Intern kontroll 4
2.1 Styr- och kontrollmiljö 4
2.2 Riskbedömning 4
2.3 Kontrollaktiviteter 5
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 6
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser 6

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 mest väsentliga riskerna för sjukhuset är kopplade till kompetensförsörjning och vårdleverans. Det finns ett starkt samband mellan dessa två riskområden som hanteras löpande genom verksamhetsuppföljning och avstämningar i ledningsgruppen. Trenden för båda dessa riskområden är fortsatt positiv men sjukhuset fortsätter att följa vår handlingsplan i syfte att minimera riskerna ytterligare trotts att de inte längre hamnar i kategorin hög eller mellanhög risk.

Riskområdet oegentligheter och välfärdsbrott arbetar sjukhuset tillsammans med övriga förvaltningar inom Akutsjukhusnämnden med. Arbetsgruppen har kunnat identifiera ett antal områden där vi kollektivt är riskexponerade, men det finns kontrollmoment på plats för att uppdaga felaktiga beteenden. För sjukhusets egen del har denna risk bedömts så pass låg att den inte kvalificerar sig in i riskmatrisen.

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 verksamhetsuppföljning. 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