§ 3
Verksamhetsberättelse 2025 Akutsjukhusnämnden
ASN 2026-0627

Sammanfattning
Akutsjukhusnämnden ska avge en verksamhetsberättelse för år 2025. Verksamhetsberättelsen omfattar ekonomisk rapportering och en beskrivning av akutsjukhusnämndens arbete för att bidra till att regionfullmäktiges mål och uppdrag ska uppnås.

År 2025 kännetecknas av en hög vårdproduktion samt en förbättrad akut och elektiv tillgänglighet jämfört med tidigare år. Akutsjukhusnämnden har en produktionsmåluppfyllelse (DRG-poäng) år 2025 på 102,3 procent av beställd målvolym. Målen för tillgänglighet nybesök inom 30 dagar och operation/behandling inom 90 dagar uppnås av samtliga fyra sjukhus i december år 2025. Måluppfyllelsen vad gäller akutsjukhusnämndens uppdrag och mål är sammantaget god för år 2025 och flera indikatorer visar på förbättrade resultat.

Akutsjukhusnämndens ekonomiska resultat år 2025 är minus 57,8 miljoner kronor vilket är en negativ budgetavvikelse med 117,8 miljoner kronor. Budgetavvikelsen motsvarar 0,76 procent av akutsjukhusnämndens budgeterade omsättning. Akutsjukhusnämnden gick in i år 2025 med ett bedömt ekonomiskt gap på cirka 305 miljoner kronor. Sjukhusen har under året arbetat intensivt med åtgärdsprogram för ekonomi i balans vilket har inneburit genomförda åtgärder motsvarande cirka 273 miljoner kronor. Dessa åtgärder har sammantaget inte räckt för att klara en ekonomi i balans år 2025.

Beslutsunderlag
1. Verksamhetsberättelse år 2025 med bilagor för Danderyds sjukhus
2. Verksamhetsberättelse år 2025 med bilagor för S:t Eriks Ögonsjukhus
3. Verksamhetsberättelse år 2025 med bilagor för Södersjukhuset
4. Verksamhetsberättelse år 2025 med bilagor för Södertälje sjukhus
5. Sammanställning A1, Fullmäktigeuppdrag Akutsjukhusnämnden

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

Beslut
Akutsjukhusnämnden beslutar följande.

Verksamhetsberättelsen år 2025 för akutsjukhusnämnden godkänns.

Särskilt uttalande
Samtliga ledamöter lämnar för akutsjukhusnämnden ett särskilt uttalande (bilaga).

Beslutsexpediering
1. Regionstyrelsen

Addo Sign ID-nummer: b70b70f6-4f9c-4aaa-b9c7-e4d51068b195

Särskilt uttalande från ledamöterna akutsjukhusnämnden - Verksamhetsberättelse år 2025

Akutsjukhusnämnden har tagit del av rapporteringen och konstaterar för sin del att kvaliteten i rapporteringen är tillfredsställande.

År 2025 kännetecknas av en hög vårdproduktion samt en förbättrad akut och elektiv tillgänglighet jämfört med tidigare år. Målen för tillgänglighet nybesök inom 30 dagar och operation/behandling inom 90 dagar uppnås av samtliga fyra sjukhus i december år 2025. Måluppfyllelsen vad gäller akutsjukhusnämndens uppdrag och mål är sammantaget god för år 2025 och flera indikatorer visar förbättrade resultat.

Nämnden vill särskilt lyfta några delar som är centrala verksamhetsåret 2025 men också kommande år.

1. Akutsjukhusnämndens budgetuppdrag från Regionfullmäktige. Sjukhusen har gemensamt hanterat de 11 uppdragen på ett bra sätt och samtliga avslutas i samband med slutrapporteringen i verksamhetsberättelsen år 2025. Akutsjukhusnämnden vill trycka på vikten av att arbeta vidare med flera av uppdragen i ordinarie förvaltningsstrukturer och att samarbetet mellan sjukhusen intensifieras under 2026. Uppdragen kring konsultationer till primärvården, ökad dagsjukvård och bättre omhändertagande av sköra äldre är viktiga områden för effektivare flöden, bättre arbetsmiljö och en ekonomi i balans. Uppdraget kring minskad administration kommer att fortlöpa med ett särskilt fokus på vårdnära administration under år 2026.

2. Hög produktion över beställningen från HSN. Sjukvårdsproduktionen har ökat under år 2025 och måluppfyllelsen är 102,3 procent jämfört med beställningen. Det är framför allt den akuta vården som ökar. Då ersättningsmodellen till stor del är fast är det viktigt att beställningen av vård till sjukhusen följer med det ökade vårdbehovet. En rimlig beställning är central för sjukhusens förutsättningar att klara en ekonomi i balans.

3. Ekonomi i balans. Akutsjukhusnämndens ekonomiska resultat år 2025 är minus 57,8 miljoner kronor vilket är en negativ budgetavvikelse med 117,8 miljoner kronor. Budgetavvikelsen motsvarar 0,76 procent av akutsjukhusnämndens budgeterade omsättning men är inte acceptabel. Akutsjukhusnämnden gick in i år 2025 med ett bedömt ekonomiskt minus på cirka 305 miljoner kronor. Sjukhusen har under året arbetat för ekonomi i balans med genomförda åtgärder motsvarande cirka 273 miljoner kronor. Dessa åtgärder har sammantaget inte räckt för att klara en ekonomi i balans år 2025.

Akutsjukhusnämnden konstaterar att den demografiska utvecklingen med ökat vårdbehov och begränsade ekonomiska förutsättningarna medför fortsatt höga krav på effektiviseringar de kommande åren. Det kommer fortsatt vara viktigt att utveckla nya arbetssätt och intensifiera samarbetet mellan sjukhusen och det kommer att krävas ytterligare åtgärder för att säkra en ekonomi i balans år 2026.

Akutsjukhusnämnden
Andreas Henriksson

TJÄNSTEUTLÅTANDE

ASN 2026-0627

Akutsjukhusnämnden

Verksamhetsberättelse år 2025 för akutsjukhusnämnden

Förvaltningarnas förslag till beslut
Förvaltningarna föreslår att akutsjukhusnämnden beslutar följande.

Verksamhetsberättelsen år 2025 för akutsjukhusnämnden godkänns.

Sammanfattning
Akutsjukhusnämnden ska avge en verksamhetsberättelse för år 2025. Verksamhetsberättelsen omfattar ekonomisk rapportering och en beskrivning av akutsjukhusnämndens arbete för att bidra till att regionfullmäktiges mål och uppdrag ska uppnås.

År 2025 kännetecknas av en hög vårdproduktion samt en förbättrad akut och elektiv tillgänglighet jämfört med tidigare år. Akutsjukhusnämnden har en produktionsmåluppfyllelse (DRG-poäng) år 2025 på 102,3 procent av beställd målvolym. Målen för tillgänglighet nybesök inom 30 dagar och operation/behandling inom 90 dagar uppnås av samtliga fyra sjukhus i december år 2025. Måluppfyllelsen vad gäller akutsjukhusnämndens uppdrag och mål är sammantaget god för år 2025 och flera indikatorer visar på förbättrade resultat.

Akutsjukhusnämndens ekonomiska resultat år 2025 är minus 57,8 miljoner kronor vilket är en negativ budgetavvikelse med 117,8 miljoner kronor. Budgetavvikelsen motsvarar 0,76 procent av akutsjukhusnämndens budgeterade omsättning. Akutsjukhusnämnden gick in i år 2025 med ett bedömt ekonomiskt gap på cirka 305 miljoner kronor. Sjukhusen har under året arbetat intensivt med åtgärdsprogram för ekonomi i balans vilket har inneburit genomförda åtgärder motsvarande cirka 273 miljoner kronor. Dessa åtgärder har sammantaget inte räckt för att klara en ekonomi i balans år 2025.

Bakgrund
Akutsjukhusnämnden ska avge en verksamhetsberättelse år 2025. Verksamhetsberättelsen omfattar akutsjukhusnämndens arbete för att uppnå Region Stockholms mål, uppdrag och ekonomi

Andreas Henriksson
Ekonomidirektör Danderyds sjukhus

Beslutsunderlag

1. Verksamhetsberättelse år 2025 med bilagor för Danderyds sjukhus
2. Verksamhetsberättelse år 2025 med bilagor för S:t Eriks Ögonsjukhus
3. Verksamhetsberättelse år 2025 med bilagor för Södersjukhuset
4. Verksamhetsberättelse år 2025 med bilagor för Södertälje sjukhus
5. Sammanställning A1, Fullmäktigeuppdrag Akutsjukhusnämnden

Skickas till

1. Regionstyrelsen

Godkänt av Karouk Said, 2026-02-04
Godkänt av Caroline Hällsjö Sander, 2026-02-04
Godkänt av Anna Gerber Ekblom, 2026-02-04
Godkänt av Sten Kjellström, 2026-02-04

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025–0984

Akutsjukhusnämnden/Danderyds sjukhus

Verksamhetsberättelse

December 2025

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar 4
1.1 Väsentliga händelser 4

2 Styrning och ledning 6
2.1 Verksamhetsfakta 6
2.2 Mål 6
2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa 6
2.2.2 Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant 8
2.2.3 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv 10
2.2.4 Kompetensförsörjningen är långsiktig 14
2.3 Uppdrag 16
2.4 Intern kontroll 16
2.4.1 Arbetet med intern kontroll 16
2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller 16
2.4.3 Försäkran 17
2.4.4 Regelefterlevnad 17

3 Verksamhet 19
3.1 Vårdproduktion 19
3.2 Produktivitet 20

4 Personal 22
4.1 Attraktiv och inlyssnande arbetsgivare 23
4.2 Hållbar arbetsgivare 24
4.2.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete och hälsa 26
4.3 Uppföljning avsatta medel 28
4.3.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö 28
4.3.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning 29
4.4 Helårsarbeten 30
4.5 Sjukfrånvaro 31

5 Ekonomi 33
5.1 Resultat 33
5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal 34
5.1.2 Konsultkostnader 35
5.1.3 Administrativa kostnader 35

5.1.4 Utredning av det fullmäktige beslutade resultatkravet 36
5.1.5 Återrapportering medel för åtgärder god ekonomisk hushållning....36
5.2 Åtgärder för ett resultat i balans 36
5.3 Investeringar 37
5.3.1 Status investeringsplanens genomförbarhet och risk....37
5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget....37
5.3.3 Ny- och ersättningsinvesteringar....38
5.3.4 Status enskilda investeringsobjekt > 100 mkr....38
5.3.5 Driftsatta investeringsobjekt....38
5.3.6 Kommande investeringsbeslut för investeringsobjekt > 100 mkr....38
5.4 Balansräkning 38
5.5 Kassaflödesanalys....39
6 Pågående rättsprocesser (tvister)....40
7 Övrigt.... 41
8 Förväntad utveckling kommande år 42
9 Nämnd-/styrelsebehandling 44

Bilagor

Bilaga Sammanställning A1, fullmäktigeuppdrag ASN 2025

Bilaga E1 Övriga avsättningar-ansvarsförbindelser och tvister ASN DS 2025

Bilaga F5 Inköp och upphandling ASN DS 2025

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar

1.1 Väsentliga händelser

I början av år 2021 sattes spaden i marken för en ny modern vårdbyggnad 61 vid Danderyds sjukhus och i januari 2025 lämnade byggprojektet över byggnaden till Danderyds sjukhus. Under stora delar av år 2025 har hela byggnaden framgångsrikt driftsatts. Vårdbyggnad 61 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 också mottagningsverksamhet för akuten, kirurgen, endoskopi, ortopedi, inskrivning samt njurcentrum. Byggnaden på 33 900 kvadratmeter och 14 våningar ligger direkt väster om akutvårdsbyggnaden och har en helikopterflygplats på taket.

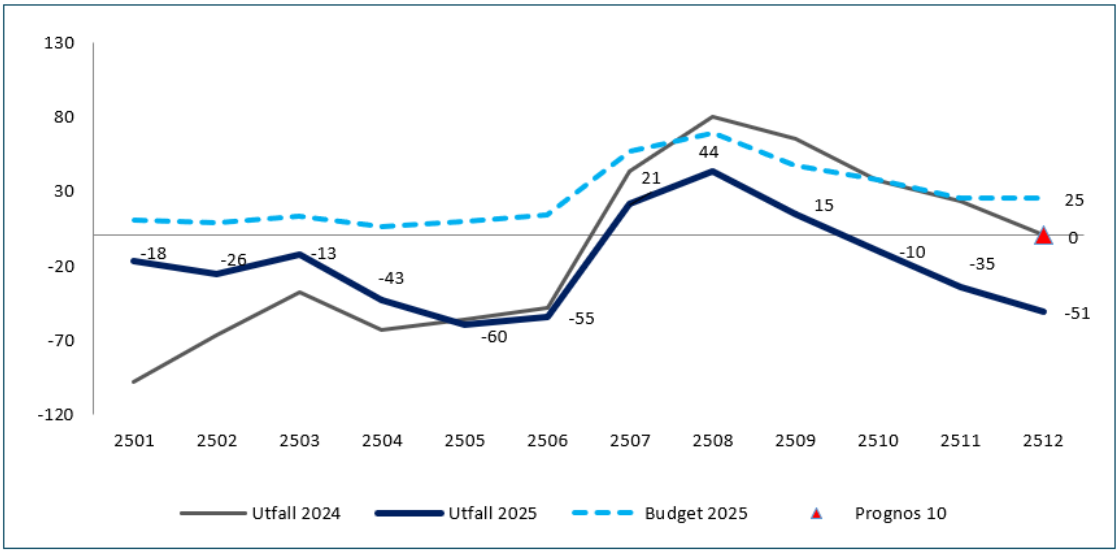
Danderyds sjukhus har haft ett rekordhögt akutinflöde under år 2025. Antalet akuta besök har ökat med hela 6 procent jämfört med föregående år. Att både hantera ett ökat akutinflöde och den elektiva vården ställer fortsatt höga krav på att organisationen ständigt förbättrar sina arbetssätt.

Danderyds sjukhus har en produktionsmåluppfyllelse (DRG-poäng) år 2025 på 102,1 procent av beställd målvolym. Det är framför allt den akuta vården som producerat över beställningen. Tillgängligheten är förbättrad och Danderyds sjukhus klarar målet för både nybesök och operation/behandling under december månad. Produktiviteten (producerade DRG-poäng i förhållande till närvarotid) har under år 2025 fortsatt att förbättras och är 2,3 procent högre än år 2024.

Det har under senaste åren skett en kraftig reducering av inhyrd personal och sjukhuset ligger under år 2025 på 0,5 procent andel inhyrning vilket är klart under målet på 1,0 procent. Sjukfrånvaron har minskat under året från 6,8 procent år 2024 till 6,4 procent år 2025 men ligger fortsatt över målnivån på 6,0 procent. Fokus är att minska sjukfrånvaron samt övertiden men även att genom optimerade arbetssätt exempelvis genom utveckling av kloka administrativa val reducera personalkostnader för att möta de ekonomiska förutsättningarna för 2026. Danderyds sjukhus har därför under året förstärkt dispenskravet som sedan i maj 2025 innefattar alla anställningar inklusive sjuksköterskor i 24/7 verksamheten. Detta har börjat ge effekt och antalet anställda har närmat sig budgetnivån under senare delen av året.

Danderyds sjukhus gick in i år 2025 med ett bedömt ekonomiskt gap på cirka 150 miljoner kronor. Det negativa gapet bestod framför allt av ett effektiveringskrav i sjukhusavtalet, ökade kostnader för serviceförvaltningen och negativa resultateffekter av avbolagiseringen. Till detta har det under år 2025 tillkommit ett ekonomiskt underskott på cirka 19 miljoner kronor för hematologi (nytt uppdrag inför år 2025 från Karolinska Universitetssjukhuset) som beror på ökade kostnader för nya läkemedel och laboratorietjänster.

Danderyds sjukhus största ekonomiska avvikelse finns inom akutmottagningen där patientvolymerna ökat kraftigt under år 2025. De ökade akuta volymerna har gjort det svårt att minska bemanningen och till exempel övertidskostnaden på akutmottagningen i enlighet med budget. Även hjärtablationer (behandling av hjärtarytmi) har ökat kraftigt och är hela 43 procent högre än beställningen (uppdraget) vilket leder till höga materialkostnader jämfört med budget.



Danderyds sjukhus ekonomiska resultat år 2025 är minus 51 miljoner kronor vilket är 76 miljoner kronor sämre än periodiserad budget. Avvikelsen jämfört med budgeten återfinns framför allt inom personalkostnader samt fortsatta kostnadsökningar inom rörliga kostnader, såsom laboratorietjänster och material. Avvikelsen motsvarar 1,2 procent av omsättningen. Danderyds sjukhus har realiserat åtgärder motsvarande cirka 103 miljoner år 2025 men har inte lyckats realisera uppemot 180 miljoner kronor (2,9 procent) i åtgärder vilket skulle krävts för att klara resultatkravet.

Danderyds sjukhus har under året framför allt fokuserat på:

- Förbättrade akuta vårdflöden
- Elektiv kapacitet genom flödes- och resursoptimering
- Inflytt till ny vårdbyggnad 61
- Åtgärder för ekonomi i balans

2 Styrning och ledning

2.1 Verksamhetsfakta

Danderyds sjukhus är ett av landets största akutsjukhus med cirka 4 700 medarbetare och en omsättning på cirka 6,3 miljarder kronor år 2025. Uppdraget är att bedriva akut och planerad somatisk specialistvård, viss högspecialiserad vård, klinisk utbildning och patientnära forskning.

Sjukhuset är organiserat med tio verksamhetsområden och ett antal stödjande funktionsområden Teknik, Utveckling, Fastighet och Försörjning (TUFF), Säkerhet och beredskap, FoUU, Ekonomi, HR och Kommunikation.

Följande verksamhetsområden finns 2025:

- Akutsjukvård
- Anestesi och intensivvård
- Hjärt- och fysiologi
- Kirurgi och urologi
- Kvinnosjukvård och förlossning
- Medicinska specialiteter
- Neurologi inklusive logopedi
- Ortopedi
- Radiologi
- Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm

2.2 Mål

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

Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov



Kommentar

Samtliga indikatorer inom både akut och elektiv tillgänglighet har förbättrats jämfört med tidigare år och målen uppnås.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	84 %	80 %		>=80 %	Öka från år 2 024

Kommentar

Målet uppnås tack vare en hög och stabil produktion under hela året.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	73 %	71 %		>=70 %	>=70 %
Kommentar Målet uppnås för år 2025 tack vare en stark öppenvårdsproduktion som ligger klart högre än beställningen.					
Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	43	49		45	Minska från år 2 024
Kommentar Sjukhuset har initierat flera förbättringsgrupper vilka syftar till att förbättra patientflödena in-, genom-, och ut ifrån akutmottagningen.					
Total vistelsetid på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	274	280		<270	Minska från år 2 024
Kommentar Sjukhuset har initierat flera förbättringsgrupper vilka syftar till att förbättra patientflödena in-, genom-, och ut ifrån akutmottagningen.					

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Förstärka och återrapportera arbetet med dagvårdsplatser	2025	Genomförd	2025	*Se bilaga Sammanställning A1, fullmäktigeuppdrag ASN 2025*
Förbättra samt underlätta primärvårdens möjlighet till snabb konsultationshjälp från specialistläkare	2025	Genomförd	2025	*Se bilaga Sammanställning A1, fullmäktigeuppdrag ASN 2025*

Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Kommentar

Vården på Danderyds sjukhus är säker, effektiv och har god kvalitet. Samtliga beslutade indikatorer från Regionfullmäktige uppnås för året.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle *(Regionfullmäktige)*	1,1	1		<=1,3	<=1,3
Kommentar Samarbetet med övriga vårdaktörer fungerar väl. Genom god och kontinuerlig samverkan mellan sjukhuset och närområdets kommuner, har målet i perioden uppnåtts.					

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

Kommentar

Målet uppnås och är oförändrat jämfört med helår 2024. Arbetet med aktivitetsplan, beslutad i sjukhusets Taktiska Forum Kvalitet, fortsätter.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Intensifiera arbetet för att fasa ut lågvärdevård och föra in kloka kliniska val	2025	Genomförd	2025	*Se bilaga Sammanställning A1, fullmäktigeuppdrag ASN 2025*
Förstärka och återrapportera arbetet med en regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering	2025	Genomförd	2025	*Se bilaga Sammanställning A1, fullmäktigeuppdrag ASN 2025*
Beakta Socialstyrelsens riktvärde för intensivvårdsplatser och beläggningsgrad inom intensivvården	2025	Genomförd	2025	*Se bilaga Sammanställning A1, fullmäktigeuppdrag ASN 2025*
Stödja arbetet med dimensioneringsplanen för ST i allmänmedicin	2025	Genomförd	2025	*Se bilaga Sammanställning A1, fullmäktigeuppdrag ASN 2025*

2.2.2 Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant

Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning

Kommentar

För att säkerställa en högkvalitativ vård nu och i framtiden krävs integration av sjukhusets tre kärnuppdrag; sjukvård, forskning och utbildning. Danderyds sjukhus bedriver betydande klinisk forskning främst i samarbete med Karolinska Institutets institution, Institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus (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 transnationell forskning till patientnära klinisk forskning.

Viktiga delar under sjukhusets forsknings- och utbildningsuppdrag är att tydliggöra, tillhandahålla och följa upp strukturer, organisation samt personella och materiella resurser, för att främja genomförande av uppdragen. På sjukhuset finns en partsammansatt FoUU-kommitté och under denna ett utbildningsråd och ett forskningsråd. På Danderyds sjukhus finns även 8 universitetssjukvårdsenheter (USV-enheter) och vid dessa lokala FoUU-grupper. USV-enheternas och FoUU-gruppernas uppgift är att främja och stödja forskning, utbildning samt utveckling och innovation på verksamhetsnivå. Både forsknings och utbildningsuppdraget följs upp regelbundet 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 FoUU-kommittén finns ett forskningsråd som är partsammansatt vars främsta uppgift är att bereda ärenden för FoUU-kommittén samt ge stöd för att sjukhusets forskningsuppdrag genomförs med hög kvalitet. För 2025 identifierades följande fokusområden och följts via styrkortet:

- **Säkra tid till forskning:** Sjukhuset har tagit fram en metod att mäta att forskare ha möjlighet att ta ut finansierad forskartid. En första mätning bland doktorander har gjorts under 2024. Mätning hos alla forskare planerades under hösten 2025, men har ännu inte genomförts.
- **Högt antal publikationer:** En fortsatt hög forskningsproduktion med minst 250 verifierade publikationer är en viktig målsättning som kommer att fortsätta följas, även om påverkan på denna indikator sker med viss fördröjning. För 2025 verkar vi nå cirka 300 verifierade publikationer.
- **Högt antal kliniska studier:** Det finns ett starkt fokus på att öka antalet kliniska studier, vilket mäts vi regionens register för kliniska studier som Danderyds sjukhus övergått till i början på året. Vid årets slut ligger vi på cirka 175 kliniska studier och där målet har varit minst 200.
- **En ny FoU organisation:** Sjukhuset beslutade att under året införa en ny forskningsorganisation. En ny FoUUi-direktör är nu tillsatt och det finns en tydlig plan för den nya FoUUi-organisationen.

Under FoUU-kommittén finns ett utbildningsråd som är partsammansatt vars främsta uppgift är att bereda ärenden för FoUU-kommittén samt ge stöd för att sjukhusets utbildningsuppdrag genomförs med hög kvalitet. För 2025 har ett antal fokusområden med delmål tagits fram och följts upp med hjälp av indikatorer i sjukhusets styrkort.

- **Andel USV-enheter som uppfyller kriterier om utbildning:** Alla USV-enheter uppföljs avseende USV-kriterier för utbildning. Målet är 100 procent och det uppfyller vi.
- **Studentnöjdhet:** Sjukhuset har en lokal metod för uppföljning av studentnöjdhet via enkät. Enkäten utgörs av samma frågor som ställs regionalt men datainsamlingsmetod har ökat antalet respondenter och på så sätt skapat mer tillförlitliga data. Målet är en svarsfrekvens på 88 procent. Arbete pågår,

men vi är inte där ännu.

- **Ökad andel medarbetare med handledarkompetens enligt Regionens rekommendationer:** Andelen medarbetare med adekvat handledarkompetens har med stor sannolikhet ökat. Information och kommunikation kring detta har skett till respektive FoUU-grupp. Vi saknar dock sätt att tillförlitligt mäta detta.

2.2.3 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet



Kommentar

Danderyds sjukhus klarar inte resultatkravet utan har en budgetavvikelse på motsvarande 76 miljoner kronor, 1,2 procent. Största orsakerna till avvikelsen är övertagande av hematologi-verksamhet från Karolinska Universitetssjukhuset, ökade kostnader för Serviceförvaltningen och negativa resultateffekter av avbolagiseringen (minskade ränteintäkter). Den administrativa indikatorn att minska kostnader har uppnåtts enligt plan.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Administrativa kostnader ska minska *(Regionfullmäktige)*	90,8 mkr	104 mkr		88,5 mkr	Enligt budget 2 025

Kommentar

Kostnaderna är i nivå med budget justerat för jämförelsestörande poster såsom intäkter utlån av administrativ personal till Regionledningskontoret.

Utfall 2025, kostnader:

- 90,8 mkr

+3,1 (Utlån admin personal till RLK, ej budgeterat)

= -87,7 mkr (inom budget)

Minskade administrativa kostnader är en del av sjukhusets åtgärdsplan och härstammar även ifrån det uppdrag som är riktat till Akutsjukhusnämnden. Generellt räknas även de administrativa enheternas budget upp i en lägre takt än övriga delar av sjukhuset.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott	2025	Genomförd	2025	*Se bilaga Sammanställning A1, fullmäktigeuppdrag ASN 2025*
Ta fram en plan för att minska de administrativa kostnaderna med minst 10 mkr	2025	Genomförd	2025	*Se bilaga Sammanställning A1, fullmäktigeuppdrag ASN 2025*

Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019 *(Regionfullmäktige)*	-51 %			-29 %	-29 %
Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan *(Regionfullmäktige)*		-11,9 %		-19 %	-19 %

Kommentar

Danderyds sjukhus har arbetat med att minska klimatpåverkan från medicinska gaser (lustgas och anestesigas) samt från patientmåltiderna. Resultat redovisas i regionens (SKRs) klimatberäkningsverktyg separat. För destruktion av lustgas finns en destruktor kopplad till användningen på förlossningen. Vidare har verksamheter inarbetade rutiner för att minska läckage till omgivande luft när patient använder lustgas.

Kommentar

Även under 2025 saknas det tillförlitliga data för basår och mätmetoder för att kvalitativt kvantifiera konsumtionsbaserad klimatpåverkan. Därför är det inte möjligt för sjukhuset att redovisa resultat avseende 2025 års målvärde för indikatorn.

De scope 3-kategorier som sjukhuset valt att arbeta med och inom vilka minskning kan ske är följande:
1a. Inköpta varor
1b. Inköpta tjänster
2. Kapitalvaror
5. Avfall

Under 2025 har sjukhuset fortsatt arbetet med minskat svinn eller onödig användning av engångsprodukter samt öka användningen av engångsprodukter med låg klimatpåverkan.

Verksamheterna har valt ut engångsprodukter att minska svinn ifrån och onödig användning. De har också försökt att byta till engångsprodukter som har lägre klimatpåverkan, exempelvis produkter gjorda av biobaserade material. Detta arbete har är förenat med många utmaningar. Avseende svinn och onödig användning har sjukhuset haft många verksamhetsflyttar vilket medfört att vissa mängder av oanvända engångsprodukter har kasserats. Vidare finns utmaningar i att nå medarbetare med information. Av de valda 6 engångsprodukter (åtgärder) har sjukhuset ökat inköpen av tre av dessa. Avseende byta till engångsprodukter med lägre klimatpåverkan har arbetet påverkats av pris och brist på kvalitativa ersättningsprodukter. Exempelvis möjliggör inte kostnaden för större avfallslådor i biokomposit ett byte och pappmuggen för urinprov har bedömts kontaminera proven. Positivt är dock att pappmuggen nu godkänts för urinprov i december av legitimerad biomedicinsk analytiker.

Sjukhuset har sedan 2023 följt upp tre valda engångsprodukter och beräknar klimatpåverkan av inköp av dessa produkter med ett schabloniserat CO2-utsläppsvärde (undersökningshandskar, förkläden och 2- och 3 liters kanylburkar). Totala klimatpåverkan från inköp av dessa produkter visar en 5,6 procent minskning jämfört med 2023. Detta påverkas av att totala antalet inköp av dessa produkter har ökat. I år har sjukhuset gjort en beräkning för alla 8 valda åtgärdsprodukter med ett schabloniserat CO2-utsläppsvärde. Totala minskningen i CO2-utsläppsmängd för alla dessa produkter blir endast 2,4 procent. Utsläppsmängden påverkas av ökat antal inköp av 5 av produkterna. Dividerar man inköpta antal och CO2-utsläppen med antal fysiska besök är trenden nedåtgående för alla 8 produkterna.

Utöver detta har sjukhuset fortfarande svårigheter att mäta klimatpåverkan och prioritera i fortsatt arbete då det saknas bra klimatberäkningsverktyg kopplat till produktion. Verksamheterna har bedömt att arbetet med att minska svinn eller onödig användning av engångsprodukter går som planerat. Det handlar bland annat om att inte ta med sig för mycket sjukvårdsmateriel in till patienten och ha rätt handskanvändning.

Sjukhuset ser att fortsatta arbete med den konsumtionsbaserade klimatpåverkan under 2026 kommer att ske inom ramen för arbetet med kloka kliniska val, kloka administrativa val och produktions- och kapacitetsstyrning samt sjukhusets satta principer för konsumtionsbaserad miljöpåverkan.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav *(Regionfullmäktige)*	100 %	100 %		100 %	100 %

Kommentar

Hållbarhetskraven följs upp i Tendsign. Under 2025 (avtalsstart) har 1 upphandling genomförts där miljökrav ställts, se bifogad fil.

Nämnden/bolaget har genomfört åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden *(Regionfullmäktige)*	Ja	Ja		Ja	Ja

Kommentar

Danderyds sjukhus har prioriterat ett ökat återbruk av möbler och viss teknisk utrustning, att byta från engångs- till flergångsprodukter samt materialåtervinning med fokus på en mer hållbar plastanvändning. Säkerställande av återbruk av möbler och viss teknisk utrustning är på sjukhusnivå och men ombesörjs av en servicefunktion. Ett förråd med begagnade möbler och viss teknisk utrustning finns inrättat med syfte att minska behov av att köpa nya möbler. Detta förråd besöks frekvent. Avseende arbete med att byta från engångs- till flergångsprodukter genomförs dessa åtgärder på verksamhetsområdesnivå. Även detta arbete har haft utmaningar. Det har varit fortsatt svårt att säkerställa en fungerande process för rengöring av instrument. Ett projekt med positivt utfall är arbetet inom intravenös anestesi. Verksamheten använder kopplingsschema för intravenös anestesi där dubbla backventiler efter TIVA- set och ett standardiserat handhavande garanterar att infusionslösning som kan ha varit i kontakt med patient inte kan kontaminera den del av infusionsset som återanvänds. Målet att minska mängden läkemedel som kasseras, förlänga livslängd av utrustning och minimera förbrukning av engångsmaterial har nåtts. När det gäller byte av textilier utgör tid, kostnad och utbud i rådande textilavtal ett hinder. Vidare har verksamheterna arbetat med textilsvinn. Sjukhusets stödverksamhet har genomfört informationsinsatser och på vårdenheterna har det tagit upp problemet med textilsvinn på arbetsplatsträffar. På sjukhusets årliga miljöombudsträff var det tema textil och svinn med inbjudna föreläsare från regionens textiltjänsteleverantör.

När det gäller resultatet från åtgärdsarbete med att höja kvaliteten i plaståtervinning och cirkulära plastförkläden har detta påverkats av dels ändrade instruktioner för utsortering av plast, dels en utdragen upphandlingsprocess på regionnivå för tjänsten för cirkulära plastförkläden.

Avseende åtgärder för plaståtervinning har sjukhuset genomfört informationsinsatser samt ökat egenkontrollen för källsortering. I brist på data för återvunnen plast från avfallsentreprenör har sjukhuset svårt att avgöra åtgärderna haft verkan. Avseende åtgärd med syfte att minska felsorteringar i fraktionen stickande, skärande och smittförande har det också rapporterats utmaningar. Även här har verksamheterna svårt att nå ut med information då det är en stor medarbetargrupp. Avseende införande av cirkulära förkläden har sjukhuset startat projektet för införande i september med hälften av verksamheterna. Målsättning är att resterande delen av verksamheterna inför cirkulära förkläden under 2026.

Sjukhuset har fortfarande svårigheter i att mäta effekten av cirkularitetsarbete och prioritera i fortsatt arbete då det saknas bra beräkningsverktyg kopplat till produktion.

Sjukhuset ser att fortsatta arbete med att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden kommer under 2026 ske inom ramen för arbetet med kloka kliniska val, kloka administrativa val och produktions- och kapacitetsstyrning samt sjukhusets satta principer för konsumtionsbaserad miljöpåverkan. Åtgärdernas hållbarhetsnytta bedöms ge ökad resurseffektivitet och minskad klimatpåverkan samt leda till en ökad robusthet.

Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling

Kommentar

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. Arbetet med att förebygga och motverka diskriminering enligt de sju diskrimineringsgrunderna går som planerat. Under första kvartalet genomförde sjukhuset en kartläggning för att hitta gap inom arbete med social hållbarhet. Denna kartläggning ledde fram ett antal förbättringsåtgärder att prioritera i det fortsatta arbetet. En åtgärd är att stärka kunskapen om barnrättsperspektivet, det gäller både barn som patienter och till närstående. En annan är att öka kunskapen kring neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF-diagnoser) och deras utmaningar inom sjukvården. Här handlar det om att informera och undervisa i bemötande av patienter med NPF-diagnoser. Likaså prioriteras arbete med att öka kunskapen i bemötande inom sexuell läggning och religion eller annan trosuppfattning. När det gäller patientinformation görs insatser för att möta språkliga behov och funktionsvariationer. I övrigt görs insatser för att öka patientdelaktighet i ronder och att säkerställa tillgänglighet i samband om- och nybyggnation av lokaler samt i befintliga lokaler och vid möblering.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Nämnden/bolaget har utifrån sitt uppdrag arbetat systematiskt med social hållbarhet *(Regionfullmäktige)*	Ja	Ja		Ja	Ja

Kommentar

På Danderyds sjukhus pågår ett systematiskt och långsiktigt arbete med frågor inom social hållbarhet. Det handlar om att se till alla som behöver vård får vård, att sjukhuset tillgänglighetsanpassar och inte diskriminerar. 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 2025 har sjukhuset arbetat med åtgärder inom medvetenhet och kompetens, bemötande samt kommunikation/information i vårdsituation. Ett exempel är inom processarbete, att säkerställa att patienter vårdas enligt satta riktlinjer för jämlik vård samt att diskrimineringsfrågan följs upp och analyseras i patientenkäten som initierar förbättringsarbete. Andra exempel är utbilda barnrättsombud för att säkerställa perspektivet omhändertas på kliniken, introducera Empatigymmet och Karolinska sjukhusets diskrimineringsfilmer samt följa upp obligatoriska utbildningar vid medarbetarsamtal. Vidare att etablera bra samarbete med kulturdoulor på förlossningen och uppstart av förlossningsförberedande kurs i aulan på arabiska, som komplement till engelska (och svenska) samt inrätta ett ”patientråd” för att inhämta synpunkter från patienter vid planering av vården. Några utmaningar i arbetet har varit att identifiera tydliga förbättringsområden och enkla sätt att mäta resultatet i arbetet pga brister i olika IT-system. Exempelvis finns det inget i patientenkäter, klagomålsärenden eller medarbetarenkäter som ger en tydlig fingervisning om var man bör rikta fokus.

Under 2026 ska sjukhusets verksamheter fortsätta arbetet med att förebygga och motverka diskriminering enligt de sju diskrimineringsgrunderna. Fortsatt prioriterat är medvetenhet och kompetens inom diskrimineringsfrågorna med fokus på bemötande samt kommunikation/information i vårdsituation.

2.2.4 Kompetensförsörjningen är långsiktig

Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Kommentar

Stärkt kompetensplanering

Region Stockholm och Danderyds sjukhus förberedde under 2025 införandet av det nya IT-stödet Kompetenstorget som ersätter Heroma Kompetens och Lärtorget. Kompetenstorget syftar till att skapa en enhetlig struktur för kompetensplanering och kompetensutveckling och utgör därmed en central del av den prioriterade aktiviteten stärkt kompetensplanering på Danderyds sjukhus.

Danderyds sjukhus lokala införandeprojekt har varit avhängigt regional samordning och styrning vad gäller tidplan och aktiviteter. Förberedelser har gjorts gällande till exempel datamigrering, systemroller och behörigheter, samt kartläggning av chefers behov av IT-stöd i syfte att möjliggöra arbete i enlighet med regionens gemensamma kompetensplaneringsprocess. I fokus under hösten har varit kommunikationsinsatser framför allt riktat mot chefer, och framtagande av förslag på lokal organisation och arbetssätt utifrån regionalt ramverk och inspel från chefer och stödfunktioner.

Arbetet med att integrera regionens kompetensstegar i Kompetenstorget har fortsatt inom ramen för den lokala projektgruppen. Under året har införandet av nya kompetensstegar för kliniska farmaceuter och steriltekniker pågått. Danderyds sjukhus har även deltagit i revision av kompetensstegar för biomedicinska analytiker inom klinisk fysiologi samt för röntgensjuksköterskor. Införandet av kompetensstegen för undersköterskor har inletts inom rehabiliteringsmedicinska kliniken.

Dialog har också förts om att inkludera information vid chefsintroduktioner för att tydliggöra vikten av att använda kompetensstegarna inom verksamheten, inte minst i det framtida arbetet med produktions- och kapacitetsstyrning (PKS) på sjukhuset.

Vidare har sjukhuset anställt sin första steg 7-sjuksköterska och tre nya steg 5-tjänster för sjuksköterskor har inrättats.

Attrahera och rekrytera

Danderyds sjukhus ska vara en konkurrenskraftig arbetsgivare som kan attrahera, rekrytera, utveckla och behålla medarbetare med rätt kompetens. Rekryteringsarbetet ska ske på ett professionellt sätt, så att rätt kompetens tillgodoses. Därför utgår sjukhuset från ett kompetensbaserat arbetssätt. Områdena Rekrytering och Employer Branding har fortsatt att utvecklas under året. Utöver det har det regionala samarbetet utvecklats och ökat, främst inom fastställda nätverk och sammansatta arbetsgrupper.

Fokusområden under året har exempelvis varit arrangemang av medarbetardag på DS, samordning av AT-rekrytering på regional nivå, öka aktiviteten i insatserna kopplat till Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö och strukturerat arbete utifrån fastställt

årshjul (temadagar, digitala kampanjer, deltagande vid mässor, events etc.)

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning *(Regionfullmäktige)*	99,5 %	99,2 %		99 %	99 %

Kommentar

Danderyds sjukhus har en fortsatt låg andel inhyrd bemanning. Vid utgången av 2025 var kostnaden för egen personal i förhållande till inhyrd bemanning 99,5 procent, att jämföra med föregående år på 99,2 procent.

Antalet helårsarbetande sjuksköterskor på sjukhuset har ökat från 1 671 till 1 690. Personalomsättningen för gruppen sjuksköterskor har dock i jämförelse med förgående år ökat från 14,33 procent till 15,41 procent. Att fortsätta arbeta med behålla-perspektivet, arbetsmiljö och friskfaktorer är av stor vikt för att Danderyds sjukhus fortsatt ska vara en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare.

Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel sjukfrånvaro *(Regionfullmäktige)*	6,4 %	6,8 %		<6 %	<6 %

Kommentar

Den totala sjukfrånvaron vid utgången av år 2025 uppgick till 6,4 procent, vilket är en minskning jämfört med föregående år då sjukfrånvaron var 6,8 procent. Regionens målvärde på mindre än 6 procent har ännu inte uppnåtts.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Totalindex HME *(Regionfullmäktige)*	80	81		>=80	>=80

Kommentar

Danderyds sjukhus uppfyllde målvärdet för 2025, vilket är ≥ 80.

Hållbart medarbetarengagemang (HME) mäts i den årliga OSA-kartläggningen. Resultatet från 2025 års kartläggning visar fortsatt höga och stabila värden. Danderyds sjukhus HME-index, som mäts på en skala från 0 till 100, uppgick år 2025 till 80. Resultatet är dock en minskning jämfört med 2024 års resultat på 81.

Delområdet motivation ligger kvar på samma nivå som föregående år, det vill säga 80 (jämfört med regionen 80). Delområdet ledarskap har ökat från 80 till 81 (jämfört med regionen 81). Delområdet styrning har minskat något, från 81 till 78 (jämfört med regionen 76).

Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete *(Regionfullmäktige)*	11 %	9 %		<=8 %	<=8 %

Kommentar

Måluppfyllelse avseende hot och våld mäts i den årliga OSA-kartläggningen. Resultatet för 2025 visade att 11

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

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 för år 2025.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Införa ett regiongemensamt bemanningscentrum för sjukhusen för att bemanna akutsjukvården	2025	Genomförd	2025	*Se bilaga Sammanställning A1, fullmäktigeuppdrag ASN 2025*
Säkerställa en personalsammansättning som ger optimal bemanning med rätt sammansättning	2025	Genomförd	2025	*Se bilaga Sammanställning A1, fullmäktigeuppdrag ASN 2025*
Utreda hur personalsammansättningen på akutsjukhusen kan optimeras	2025	Genomförd	2025	*Se bilaga Sammanställning A1, fullmäktigeuppdrag ASN 2025*

2.3 Uppdrag

Se bilaga Sammanställning A1, fullmäktigeuppdrag ASN 2025.

2.4 Intern kontroll

2.4.1 Arbetet med intern kontroll

Danderyds sjukhus fortsätter att utveckla och förbättra arbetet med den interna kontrollen. I riskanalysen är de risker som löpande ska hanteras eller kräver bevakning identifierade. Till dessa risker finns även kontrollmoment och/eller åtgärder kopplade, vilka följs upp löpande. Syftet är att vara proaktiv och snabbt kunna reagera om åtgärderna inte har avsedd effekt. Både sjukhusets ledningsgrupp och nämnd får löpande information om riskhantering och resultatet av såväl kontroller som de åtgärder som vidtas för att komma till rätta med avvikelser.

2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller

Danderyds sjukhus gör riskanalyser enligt COSO-modellen av samtliga identifierade risker. Samtliga risker som bedöms vara höga eller mycket höga har både kontrollmoment och åtgärder kopplade för att hantera riskerna.

2.4.3 Försäkran

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

2.4.4 Regelefterlevnad

Övergripande arbete med styrande dokument

För de delar i Region Stockholms uppförandekod som gäller medarbetare, arbetar Akutsjukhusnämnden Danderyds sjukhus utifrån flera sjukhusövergripande dokument, exempelvis fastställda medarbetarkriterier samt sjukhusövergripande riktlinje för hantering av kränkande särbehandling och diskriminering. Medarbetarkriterierna har under år 2025 setts över och uppdaterats i ett sjukhusövergripande arbete. Sjukhusets dokument följer alltid regionens styrdokument, aktuell och adekvat lagstiftning, avtalstexter samt myndighetsframtagna riktlinjer.

Risken för mutor och korruption i offentlig verksamhet fortsätter att öka i takt med att omvärldsläget förändras och kan förekomma i en mängd olika situationer. Danderyds sjukhus har identifierat vissa områden som bedöms vara särskilt riskutsatta och är särskilt intressanta att följa. I offentliga upphandlingar befinner sig anställda med ansvar för upphandlingsärenden i en utsatt position om företag försöker påverka beslutsprocessen. Det förs löpande dialoger om värdet av att upprätthålla integritet i dialog med externa parter samt att undvika situationer som kan riskera leda till att handläggaren riskerar bli utsatt för försök till påverkan. Danderyds sjukhus har känslig information om enskilda som kan vara av värde för utomstående. Anställda kan riskera att mot ersättning erbjudas lämna ut sådan information. Anställda i nyckelpositioner har undertecknat sekretessavtal vid anställningen och ska enligt sjukhusets riktlinjer och anställningskontraktet upprätthålla adekvat sekretessnivå och rapportera eventuella försök till påverkan till sekretessbrott. I kontakt med sjuka och äldre, som i hög grad är beroende av andra, befinner sig anställda i en utsatt position då de kan erbjudas gåvor för arbetsuppgifter eller uppgifter som egentligen ingår i de anställdas tjänsteroll. Löpande dialog om förhållandet mellan anställd och patient förs bland annat på ST-läkarutbildning, AT-läkarutbildning och i andra forum.

Medarbetare, patienter och besökare ska känna sig trygga när de befinner sig på Danderyds sjukhus. För att säkerställa detta bedrivs ett systematiskt säkerhets- och brandskyddsarbete. Fokus för det systematiska brandskyddsarbetet är det förebyggande arbetet för att inga bränder skall uppstå. I de fall det förebyggande arbetet inte hindrar att brand uppstår finns mål för att minska påverkan på vårdens möjligheter att bedriva sin verksamhet. En viktig del av det förebyggande arbetet består av brandskyddskontroller (egenkontroller) som sker månatligen inom respektive verksamhet. Under året har det jobbats aktivt med utbildningar för att höja kunskapsnivån ute i verksamheterna. Detta genom utbildning av brandombud, föreläsningar samt utrymningsövningar.

Fysisk säkerhet ska trygga person, information och materiella tillgångar bland annat genom bevakning med personella resurser och tekniska lösningar. Målet för fysisk säkerhet är att patienter och besökare upplever en trygghet inom sjukhusets lokaler och område. Medarbetare ska uppleva sig trygga på sina arbetsplatser och ska kunna agera säkert när hotfulla situationer uppstår.

Ett antal patienter har under året polisanmält att de har förlorat personliga tillhörigheter i samband med besök på Danderyds sjukhus. Sjukhuset ser allvarligt på det inträffade och har ett kontinuerligt samarbete med polisen som utreder inkomna anmälningar. Med bakgrund till detta har sjukhuset under året förstärkt rutinerna och säkerheten kring hanteringen av patienters tillhörigheter. Den uppdaterade sjukhusövergripande riktlinjen för hantering av patienters värdesaker innebär i korthet att tillhörigheterna läggs i särskild påse och förvaras i säkerhetsskåp i ett låst rum. Omhändertagandet registreras i patientjournalen och patienten får en kvittens.

Upphandling och avtal

Akutsjukhusnämnden Danderyds sjukhus arbetar med ansvarsfulla leverantörskedjor genom att analysera prioriterade riskområden för sjukhusets verksamhet. Vid upphandling inom dessa områden har Danderyds sjukhus verkat för att säkerställa att det finns med krav i upphandlingsdokumenten eller i det slutgiltiga avtalet som främjar en hållbar utveckling i linje med Region Stockholms uppförandekod samt i enlighet med näringslivskoden som Institutet Mot Mutor tagit fram.

Danderyds sjukhus har i ökad utsträckning använt samordnade avtal. Sedan många år har den centrala upphandlingsfunktionen inom Region Stockholm en samordnare när det gäller socialt ansvarstagande i offentlig upphandling. Genom samarbetet kan Danderyds sjukhus även dra nytta av uppföljningar av avtal som gjorts av andra regioner.

Befintliga arbetsplatsträffar används i viss utsträckning för att samtala om risken för korruption och hur den risken kan förebyggas. Även medarbetarsamtal skapar möjligheter till ett strukturerat arbete mot exempelvis jäv och otillåtna bisysslor.

På sjukhuset genomförs löpande utbildningar för ST-läkare samt för chefer vari frågor om mutor och korruption är en del av utbildningsinnehållet. Genom att utbilda medarbetare om exempelvis riktlinjer och etiska dilemman rörande korruption ökar medvetenheten om hur medarbetare ska bete sig för att förebygga korruption. För att uppnå god intern kontroll ska dualitetsprincipen gälla. Denna innebär att ingen person ensam ska kunna handlägga en transaktion genom hela anskaffningskedjan och att det arbete som utförs av en verksamhet/avdelning eller en viss befattningshavare om möjligt ska bli föremål för en oberoende kontroll av någon annan.

3 Verksamhet

3.1 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Besök, akuta	123 725	120 332	3 393	37,2 %
Besök, elektiva	358 840	338 513	20 327	2,7 %
Öppenvårdsbesök, totalt	**482 565**	**458 845**	**23 720**	**9,8 %**
- varav utomlän/utland	12 511	10 585	1 926	9,4 %
Slutenvårdstillfällen, akuta	39 322	38 229	1 093	3,6 %
Slutenvårdstillfällen, elektiva	7 804	9 321	-1 517	-6,6 %
Slutenvårdstillfällen, totalt	**47 126**	**47 550**	**-424**	**1,7 %**
- varav förlossning, totalt	4 529	4 800	-271	-1 %
- varav utomlän/utland	1 573	1 623	-50	-0,2 %
Antal vårdplatser	**464**	**443**	**21**	**6,4 %**

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Danderyds sjukhus avslutade året med en måluppfyllelse DRG-poäng som motsvarar 102,1 procent mot avtalade volymer. Denna måluppfyllelse inkluderar ett tillägg för minskat antal kopplade vårdtillfällen under året jämfört med föregående år. Denna måluppfyllelse inkluderar inte omräkning av den dagvård som görs inom öppenvård men där avtalade volymer ligger inom slutenvård. Att avtalade volymer inte korrigeras med den dagvård som utförs inom öppenvård där avtalade volymer ligger inom slutenvård innebär att Danderyds sjukhus har ett högre effektiviseringskrav inbyggt i sin budget, då den minskade kostnaden av dagvård inte motsvarar den minskade intäkt sjukhuset erhåller. Om avtalet hade korrigerats skulle sjukhuset hamnat på en måluppfyllelse helår motsvarande 104,2 procent, vilket skulle inneburit ytterligare 39,4 mkr i ersättning för överproduktion.

Slutenvården antal vårdtillfällen

Mätt i antal vårdtillfällen totalt har sjukhuset producerat 424 färre vårdtillfällen mot budget. Danderyds sjukhus producerar färre antal vårdtillfällen mot avtal inom elektiv vård och fler inom akut vård. Sjukhusets minskade produktion inom elektiv slutenvård var förväntat, eftersom sjukhuset tvingats budgetera volymer inom elektiv slutenvård som produceras inom öppenvården, i och med att avtalet inte korrigerades för den poliklinisering som utfördes 2024 i avtalade volymer 2025. Polikliniseringen inom geriatrik ökades ytterligare under 2025 och har bidragit till ytterligare produktion

under avtal inom elektiv slutenvård. Historiskt har avtalade volymer korrigerats för registreringsförändringar, så att avtalade volymer baserats på verkligt utfall där sjukhuset korrigerat felaktig registrering eller gjort effektiviseringar i vården genom att flytta viss vård till öppenvård/dagvård som tidigare vårdats inom slutenvård. Detta nya sätt att hantera poliklinisering innebär att det blir negativt ekonomiskt för sjukhuset att bedriva utveckling från slutenvård till öppenvård, och det främjar snarare det motsatta, att flytta tyngre öppenvård till slutenvård med extremt korta vårdtider.

Mot föregående år producerar sjukhuset 1,7 procent mer inom slutenvården totalt, trots utökad poliklinisering där slutenvård flyttats till öppenvård.

Öppenvården antal besök

Danderyds sjukhus producerar mer än budget inom både akut och elektiv vård. Inom den akuta verksamheten producerar alla specialiteter inom akutmottagningen mer mot budget eller marginellt under. De med störst ökning mot budget är Internmedicin (+3,4 procent), Urologi (+10,8%) och Neurologi (+8,3 procent). Inom den elektiva verksamheten producerar alla verksamheter förutom Njurmedicin och Geriatrik mer än avtalade volymer. Störst ökning mot budget inom den elektiva öppenvården har Neurologi, Hjärtmedicin och Endokrinologi.

Sjukhuset producerar mer jämfört med föregående år inom akut öppenvård, detta beror delvis på en registreringsförändring från 1 januari 2025, där de besök som resulterar i inläggning på sjukhuset numera räknas som separata besök, jämfört med tidigare då de inte räknades alls inom öppenvård utan ingick i slutenvårdstillfället. Sjukhuset producerar mer jämfört med föregående år inom elektiv öppenvård, trots att den reumatologiska verksamheten gick över till Karolinska från och med 1 september 2024. Denna verksamhet producerade cirka 11 000 besök under helår 2024, vilket betyder att övriga verksamheter inom sjukhuset ökat sin produktion med 15 000 besök jämfört med föregående år, störst ökningar ser vi inom Hjärtmedicin, Neurologi, Hematologi, Logopedi och Obstetrik.

Vårdplatser

Sjukhuset har 464 disponibla vårdplatser öppna, vilket är 21 fler vårdplatser jämfört med inrapporterad budget vårdplatser för december. Jämfört med föregående år har sjukhuset 16 fler vårdplatser öppna under december, fler vårdplatser finns inom Neurologi (+7), Obstetrik (+5), Kirurgi (+2), Rehabiliteringsmedicin (+2) och Infektion (+1).

3.2 Produktivitet

	2024	2025	Produktivitetsförändring
Antal DRG-poäng per HÅA närvaro (inkl inhyrd pers)	19,21	19,64	2,3%

Danderyds sjukhus har förbättrat produktiviteten med 2,3 procent jämfört med föregående år vid beräkning av antal producerade DRG-poäng per helårsarbete närvaro. Detta sätt att mäta produktivitet är inte helt optimal då sjukhuset till exempel

har vårdvalsverksamheter som inte ersätts enligt DRG, utan registreras på annat sätt och därmed inte producerar DRG-poäng. Vidare tar inte måttet hänsyn till poliklinisering av vård mellan åren, något som sjukhuset utökat under 2025 jämfört med 2024.

Arbetet med att förbättra produktiviteten pågår ständigt. Sjukhuset arbetar med att effektivisera både akuta såväl som elektiva vårdflöden. Vi arbetar även med att effektivisera vården utanför sjukhuset, det vill säga arbeta proaktivt för att rätt behandling ska sättas in tidigare på lägre vårdnivå genom mer kontakt med primärvården för att utbilda/konsultera. Detta för att undvika att patienterna blir så pass sjuka att de kräver vård på akutsjukhuset.

Sjukhuset arbetar även med utdataverktyget QlikView/Qlik Sense, där vi med hjälp av nyckeltal ger information till verksamheterna och ledningen för att ytterligare kunna förbättra flödena inom sjukhuset. Vi har även utvecklat applikationer inom Qlik som hjälper de medicinska sekreterarna att koda mer korrekt.

DRG-poäng per HÅA är inte ett optimalt produktivitetsmått att använda sig av då sjukhus som ligger långt fram med nya arbetssätt kan missgynnas. Exempel på detta är när vård som enligt regelverket inte får registreras som vårdkontakter tar upp en allt större andel av den totala produktionen, utförd vård som därmed inte kommer med i denna typ av jämförelser. Ett antal aktuella exempel för 2025 återfinns inom hemmonitorering, frågeremisser och konsultationer. För att förbättra produktivitetsmåttet är det viktigt att hitta sätt att synliggöra även den "osynliga" vård som bedrivs av de helårsarbete närvaro som är med i måttet men som inte blir DRG-poäng. En lösning på detta kan vara att införa administrativa vårdkontakter för till exempel hemmonitorering, frågeremisser och konsultationer som blir en allt större del av sjukhusproduktionen.

4 Personal

Väsentliga personalhändelser

Avbolagiseringen har medfört samordning inom regionen i flera viktiga personalrelaterade områden. Arbetsgrupper med representanter från Danderyd arbetar bland annat med att samordna bisyssle- samverkans-, avtal och villkors- samt AT-rekryteringsfrågor. Ett stort fokus har varit att skapa en gemensam utgångspunkt för regionalt samarbete samtidigt som förvaltningarna ska tillåtas värna sin lokala identitet och kultur. Avseende riskbedömningar, och bedömning i stort, har ett nämndövergripande bisysslorråd inrättats med mål och syfte att sakligt och objektivt bedöma bisysslor.

Omvårdnadsmedarbetarna, inom sjukhusets operationsverksamheter, fick under hösten möjlighet att ansluta sig till ett regionalt pilotprojekt med schemalagd återhämtningstid på arbetstid. Projektet kommer att fortgå under 2026 med ambitionen att skapa en bättre arbetsmiljö och möjlighet till återhämtning.

Flytt av DS löneenhet till serviceförvaltningen

Beslut om samordning av regionens löneenheter fattades av regionfullmäktige i budget för 2025 och under året gick Lönenheten på Danderyds sjukhus över till serviceförvaltningen.

Inför övergången genomlystes verksamheten genom GAP-analyser och riskbedömningar. Ett gediget arbete utfördes i form av information- och kommunikationsinsatser till berörda medarbetare, fackliga representanter, chefer och bemanningskoordinatorer.

Digitala kvitton

Under året har Danderyds sjukhus infört digital kvittohantering. De kvitton som hanteras digitalt är egna utlägg, resor och sjukvårdsersättning. Målet med att digitalisera kvittohanteringen är att modernisera, effektivisera och förenkla processen kring kvitton. Den nya digitala lösningen har skapat en smidigare hantering för medarbetare, chefer och handläggare, vilket leder till en mer sammanhållen och snabbare arbetsprocess.

Friskvårdersättning och införande av Epassi

En direkt effekt av avbolagiseringen var att Danderyds sjukhus ur ett skattejuridiskt perspektiv är en del av Region Stockholm. Detta betyder att sjukhuset behöver ha samma regelverk för friskvårdsersättning som övriga förvaltningar inom den regionala sammanslutningen. För Danderyds sjukhus medförde detta bland annat att timanställda fick månatlig ersättning utifrån en sysselsättningsgradstrappa samt att deltidsanställda får proportionerligt bidrag för året. För en del av sjukhusets medarbetare blev detta en relativt stor förändring även om fördelarna överskuggar nackdelarna.

Under året började Region Stockholm och Danderyds Sjukhus använda det digitala systemet Epassi för att hantering av friskvårdsbidrag. Genom en helt digitaliserad process minskade administrationen. Införandet underlättade också för alla att ta del av sitt bidrag och medarbetaren slipper ligga ute med egna pengar.

4.1 Attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

DS Medarbetarskap

DS Medarbetarskap, sjukhuset nya medarbetarplattform, färdigställdes under året. Plattformen beskriver och tydliggör det medarbetarskap som förväntas på Danderyds sjukhus. Ett gemensamt och synligt medarbetarskap avser också bidra till att attrahera och behålla medarbetare, stärka arbetsmiljön och gemenskapen samt uppmuntra ansvarstagande, utveckling och karriärvägar. DS Medarbetarskapsplattform består av en övergripande presentation som redogör för innehållet i DS Medarbetarskap. Därtill finns en chefsguide och en medarbetarguide som ger ytterligare fördjupning. Plattformen innehåller även samtalsmallar för medarbetarsamtal och lönesamtal.

Det är medarbetare från sjukhusets olika professioner och verksamheter som illustrerar DS Medarbetskap i plattformens alla delar. Under året har även arbetet med att knyta DS Medarbetarskap till Kompetenstorget och till kampanjen ”För allt det där vi kallar livet” inletts. HR-partners gick under hösten en faciliteringsutbildning med verktyg och metoder till inspiration och stöd för att kunna leda införandearbetet i sina verksamheter.

DS Ledarskap

Danderyds sjukhus har under 2025 genomfört ett flertal aktiviteter för chefer inom ramen för sjukhusets ordinarie utbud såsom chefsintroduktionsprogram, ledardialoger, chefsmöten och chefsdagar med särskilda teman. Dessa har bland annat handlat om produktions-och kapacitetsstyrning, ekonomi i balans, ökad samverkan, hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö, löneöversyn, DS Medarbetarskap och införandet av Kompetenstorget.

DS ansvar för ledarutbildningen ”Att leda utan att vara chef” innebar att 14 kursomgångar genomfördes under det gångna året. Att utbildningen är mycket uppskattad ledde till en hög efterfrågan på kursplatser. En utökning av kursomgångar gjordes därför i halvårsskiftet och trots detta var efterfrågan på ytterligare platser hög.

En ny regionsgemensam ledarutvecklingsinsats för målgruppen medicinskt ledningsansvariga läkare utformades under året. En pilotomgång av ”Att leda som MLA” genomfördes under senhösten i ett samarbete mellan Danderyds sjukhus och Södersjukhuset. Även denna utbildning fick mycket goda resultat i kursutvärderingarna. En utvärdering av insatsen liksom en inventering, inom regionens verksamheter, av intresset för fortsatta kursomgångar kommer att företas under kommande år.

Sjukhuset deltog även aktivt i att marknadsföra och skicka deltagare till regionens gemensamma utvecklingsaktiviteter för chefer och ledare. Medarbetare från Danderyds sjukhus deltog bland annat i Regionens UL- och IL-program, Morgondagens chef, Mentor-/adeptprogrammet, Ledning och strategiskt tänkande samt RUFF. Chefer och ledare från sjukhuset var också aktiva i andra regiongemensamma utvecklingsaktiviteter, såsom introduktionsdag för nya chefer samt nätverket ”Ny som chef för första linjens chefer”. Sjukhusets chefer och ledare uttryckte stor uppskattning för dessa aktiviteter.

Danderyds sjukhus bidrog även med kompetens i regionens arbetsgrupper samt med handledare till UL-utbildningen.

4.2 Hållbar arbetsgivare

Kompetensutveckling

Under året initierades nya uppdrag för att inventera behov av kompetensutvecklingsinsatser för undersköterskor, bland annat i samverkan med förvaltningarna inom Akutsjukhusnämnden. Inom ramen för detta arbete har Södersjukhuset haft uppdrag och finansiering att utveckla en utbildning kopplad till steg 3 och 4 i kompetensstegen för undersköterskor. Det finns fortsatt ett långsiktigt intresse av att utveckla en modell för undersköterskor som befinner sig på steg 3 och 4 i kompetensstegen, men det fortsatta arbetet är i nuläget osäkert pga. framtida finansiering.

Inom Danderyds sjukhus har fokus under året legat på att etablera och befästa kompetensen för undersköterskor i steg 1 och 2 i komptensstegen, vilket fortsatt är ett prioriterat arbete. Inför nästkommande år kvarstår inriktningen att både etablera och vidareutveckla utbildning för steg 1 och 2 för att säkerställa grundläggande kompetens.

Klinisk basutbildning steg 1 för sjuksköterskor har genomförts under vår- och höstterminen med totalt 66 deltagare. Arbetet med att implementera klinisk basutbildning steg 2 för sjuksköterskor har ännu inte påbörjats. På grund av begränsade resurser har detta arbete behövt pausas. Utbildningspaketet för steg 2 är i stort sett färdigställt, men inför ett genomförande krävs en översyn av prioriteringar i linje med sjukhusledningens riktning.

Klinisk basutbildning steg 1 för undersköterskor genomfördes under vår - och höstterminen med totalt 29 deltagare. Under hösten noterades lägre antal anmälda jämfört med vårens utbildning, och av de deltagare som påbörjade utbildningen var det ett par som inte fullföljde hela utbildningen. Flera av deltagarna befann sig dessutom på en högre kompetensnivå än den avsedda målgruppen, vilket innebär att utbildningen behöver ses över för att åter tydligare riktas till rätt målgrupp och bättre säkerställa grundkompetens för nya medarbetare. Utfallet av vårens respektive höstens anmälningar kommer, inom ramen för ordinarie uppföljning, att följas upp under 2026 för att analysera eventuella skillnader och bakomliggande orsaker.

Sjukhusets taktiska forum för kvalitet (TFQ) har identifierat behov av en utbildningsinsats relaterad till inläggning och handhavande av perifer venkateter (PVK). Utbildningen riktar sig till alla legitimerade sjuksköterskor samt övriga professioner som hanterar PVK:er på Danderyds sjukhus. Uppdraget överlämnades till sjukhusets utbildningscentrum Clinicum under andra halvan av 2025.

En handlingsplan har tagits fram och presenterats för TFQ:s styrgrupp samt TFQ-representanterna och mottagit klartecken för fortsatt planering och genomförande. Under den senare delen av hösten har arbetet primärt fokuserat på att, i samarbete med kvalitetsutvecklare, ta fram en sjukhusgemensam riktlinje för PVK, etablera kontakt med identifierade samverkanspartners på sjukhuset som berörs av uppdraget samt utveckla en e-kurs inom området. Arbetet fortsätter enligt fastställd handlingsplan under kommande vår, med planerat genomförande under 2026.

Under senare delen av 2025 lanserades även informationssäkerhetsutbildning till alla medarbetare inom Danderyds sjukhus med syfte att höja medvetenheten i detta högaktuella område. Formatet var så kallad nano-utbildning, något som är väl anpassad till sjukhusets verksamhet. Under 2026 kommer detta initiativ att fortlöpa med utökad inriktning på chefer och sjukhusledning i linje med nya cybersäkerhetslagen.

Verksamhetsintegrerat lärande (VIL)

Utifrån sjukhusets utbildningsuppdrag gentemot studerande har handledarutbildningar för medarbetare, chefer och utbildningsansvariga i kliniska verksamheter där studenter utbildas prioriterats i enlighet med Region Stockholms rekommenderade handledarutbildningar.

Under året har riktade aktiviteter genomförts för att öka och stärka kompetensen i handledaruppdraget. Bland annat genomförde sjukhusets utbildningsledargrupp en fokusmånad kring Region Stockholms rekommenderade handledarutbildningar riktad till samtliga medarbetare och utbildningsansvariga. Vidare infördes riktade handledarintroduktioner för samtliga verksamhetsområden, ledda av adjungerade kliniska adjunkter (AKA) och huvudhandledargruppen.

Inom ramen för sjukhusets övergripande introduktionsprogram för chefer inkluderades information om studerandeuppdraget och handledarutbildning. Handledarutbildning har även ingått i både vårens och höstens kliniska basutbildning för undersköterskor och sjuksköterskor, och en riktad handledarutbildning har genomförts för akutmottagningens handledarteam.

Arbetet med handledarutbildning har bedrivits kontinuerligt i enlighet med Region Stockholms rekommenderade handledarutbildningar och modellen för pedagogisk kompetens inom VIL. Målutvärdering visar på en ökad handledarkompetens samt stabila nivåer av genomförda handledarutbildningar, med ett medelvärde om 45–53 procent.

4.2.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete och hälsa

SAM uppföljning

Den årliga SAM-uppföljningen för 2025 genomfördes under perioden 15 oktober–21 november. Svarsfrekvensen uppgick till 91 procent, jämfört med 84 procent föregående år. En resultatrapport kommer att sammanställas under våren 2026 och publiceras på DS.net.

Under 2025 har verksamheterna fortsatt att utveckla och stärka flera områden baserat på resultatet från 2024 års SAM-uppföljning, som visade på positiva förflyttningar, bland annat gällande genomförande av skyddsronder, riskbedömningar och samverkan med skyddsorganisationen.

Identifierade förbättringsområden och utmaningar på enhets- och avdelningsnivå var främst att fortsätta utveckla och stärka genomförandet av riskbedömningar, upprättandet av handlingsplaner samt målformulering för arbetsmiljöområdet. Flera verksamheter lyfte också vikten av det proaktiva och förebyggande arbetet, ett fortsatt fokus på ledar- och medarbetarutveckling samt behovet av att utveckla arbetsplatsmöten.

Flertalet verksamheter har också arbetat med insatser inom området utsatthet, där ett prioriterat område har varit att stärka medarbetare i arbetet med hot och våld.

OSA kartläggning

I 2025 års OSA-kartläggning uppnådde Danderyds sjukhus en svarsfrekvens på 75 procent, vilket är i linje med föregående år då svarsfrekvensen var 76 procent. Hållbart medarbetarengagemang (HME), som mäts inom ramen för OSA-kartläggningen, visar fortsatt höga och stabila värden. Danderyds sjukhus HME-index uppgick 2025 till 80 på en skala från 0 till 100 (jämfört med regionens resultat på 79), vilket är en mindre minskning jämfört med 2024 års resultat på 81.

Delområdet motivation ligger kvar på samma nivå som föregående år, det vill säga 80 (jämfört med regionen 80). Delområdet ledarskap har ökat från 80 till 81 (jämfört med regionen 81). Delområdet styrning har minskat något, från 81 till 78 (jämfört med regionen 76). Danderyds sjukhus uppfyllde därmed målvärdet för 2025, vilket är ≥ 80.

Resultaten från årets OSA-kartläggning visar att sjukhusets medarbetare upplever sitt arbete som meningsfullt och att en hög andel ser fram emot att gå till jobbet. På sjukhusövergripande nivå finns styrkorna framför allt inom områdena bemötande, trivsel, delaktighet, motivation och ledarskap. Gruppresurser och stöd från kollegor är starka, med god gemenskap och en tydlig känsla av delaktighet. Ledarskapet får höga betyg; cheferna visar förtroende, ansvar och uppskattning gentemot medarbetarna, även om det finns utrymme för utveckling när det gäller att tydliggöra verksamhetens mål.

Krav och stress i arbetet är periodvis höga, och på sjukhusnivå bedöms de största utvecklingsområdena finnas inom krav, organisationsresurser samt återhämtning och arbetsbelastning. Ett generellt utvecklingsområde är att skapa bättre förutsättningar för återhämtning, både under arbetsdagen och efter perioder av hög arbetsbelastning.

Att utveckla inkluderande arbetsplatser som är fria från kränkningar, trakasserier och diskriminering

Regionen har under år 2025 genomfört insatser inom området kränkande särbehandling genom utbildningar och workshops riktade till HR. Syftet har varit att belysa områdets komplexitet samt vikten av att förebygga kränkningar. Samtliga HR-partners, HR-specialister och chefer vid Danderyds sjukhus fick möjlighet att delta innan insatsen rullades ut till övriga nämnder och bolag inom regionen.

Inom ramen för projektet Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö har insatser genomförts för att stärka chefer, bland annat genom ett flertal föreläsningar om skadligt bruk, kommunikation och bemötande. Under våren 2025 genomfördes också en revidering av den organisatoriska och sociala skyddsronden. Syftet är att chefer ska kunna använda skyddsronden som ett komplement till OSA-kartläggningen, när det finns ett behov av en extra genomlysning av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön.

Utöver ovanstående insatser följer Danderyds sjukhus regionens riktlinjer och metodstöd för hantering av ärenden inom området kränkande särbehandling. Det finns också möjlighet för chefer och HR-personal att genomföra regionens utbildningar inom jämställdhet, jämlikhet och diskriminering.

Hot och/eller våld

Måluppfyllelse avseende hot och våld mäts i den årliga OSA-kartläggningen. Resultatet för 2025 visar att 11 procent av de svarande har utsatts för någon form av hot eller våld, vilket är en ökning jämfört med föregående år då motsvarande siffra var 9 procent. Danderyds sjukhus ligger därmed fortfarande över det uppsatta målvärdet för 2025, som är 8 procent eller lägre.

Trots ökningen av andelen medarbetare som uppger att de utsatts för hot eller våld visar undersökningen en positiv utveckling inom områdena stöd och åtgärder. En större andel medarbetare uppger att de vet vart de ska vända sig om de utsätts för hot och/eller våld, jämfört med föregående år. Fler svarande anger också att de har kontaktat chef eller annan funktion, att de upplever att de får stöd samt att åtgärder har vidtagits

Danderyds sjukhus har under de senaste åren genomfört flera större insatser inom området, bland annat föreläsningar och utbildningar. Årliga satsningar för utbildning av VR-handledare i VR-teknik, i syfte att öva bemötande av patienter och anhöriga i situationer där det kan finnas risk för hot eller våld. Under 2025 har också verksamhetsanpassade utbildningar genomförts på de enheter där behovet av att stärka

kunskapen om hot, våld och bemötande bedömts vara störst. Bland de medverkande verksamheterna finns akutmottagningen, entrépersonalen, kvinnosjukvård, internmedicin, AT-läkare och IVA med flera.

Planerade insatser för 2026 är att fortsatt stärka kompetensen hos medarbetare och chefer inom området, bland annat genom övningar med VR-utrustning, riktade utbildningar samt genom att uppmärksamma vikten av att genomföra regionens e-utbildningar och seminarier om hot och våld. Region Stockholm arbetar också med att ta fram en tillämpningsanvisning med tillhörande APT-material. Utöver detta har HR-avdelningen vid Danderyds sjukhus tagit fram ett material som kan användas vid skyddsrond avseende hot och våld.

4.3 Uppföljning avsatta medel

4.3.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö

Projekt hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö

Aktiviteter inom projektet hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö har under 2025 fortsatt bestå av insatser inom tre områden: ”Förstärka arbetsmiljökompetensen för chefer, skyddsombud och medarbetare inom områdena SAM, OSA och arbetslivsinriktad rehabilitering”, ”Sänkt sjukfrånvaro” samt ”DS satsar friskt”, som innebär förebyggande insatser.

Exempel på insatser som har genomförts inom projektet under 2025 är bland annat fortsatta satsningar på att stärka arbetsmiljökompetensen för chefer, skyddsombud och medarbetare inom områdena SAM, OSA och arbetslivsinriktad rehabilitering. Riktade insatser på både individ- och gruppnivå har genomförts genom aktivitetsprogram inom arbetslivsinriktad rehabilitering, livsstilsprogram med mera. Insatser har även genomförts i form av 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 föreläsningar för att öka kunskapen om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar genomförts.

En av de mer 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.

Under 2025 har även varje verksamhetsområde fått riktade medel för att kunna genomföra aktiviteter baserat på identifierade behov inom arbetsmiljöområdet som framkommit i föregående års OSA-kartläggning och SAM-uppföljning.

En e-utbildning inom rehabmodulen HälsoSAM har också tagits fram av HR avdelningen före årsskiftet. Syftet med modulen är att modernisera, effektivisera och förenkla för cheferna i arbetet med rehabiliteringsärenden. Utbildningen kommer att lanseras efter årsskiftet. Genom fortsatt tilldelade medel kommer flera av dessa beskrivna insatser att fortsätta under år 2026.

4.3.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning

Planerade och påbörjade insatser inom ramen för kompetensplanering

- För att säkerställa god kompetens i chefsledet och i uppdraget att implementera produktions- och kapacitetsstyrningsmodellen (PKS) behöver sjukhuset bland annat säkerställa varje chefs förmåga att tolka och agera på dataunderlag i sin verksamhetsstyrning.
- 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.
- Kompetensstegarna prioriteras under 2026 för att skapa tydliga kompetensnivåer och utvecklingsvägar. Roller och ansvarsbeskrivningar tas fram och stöd i arbetet med kompetensstegarna kommer erbjudas till chefer och medarbetare.

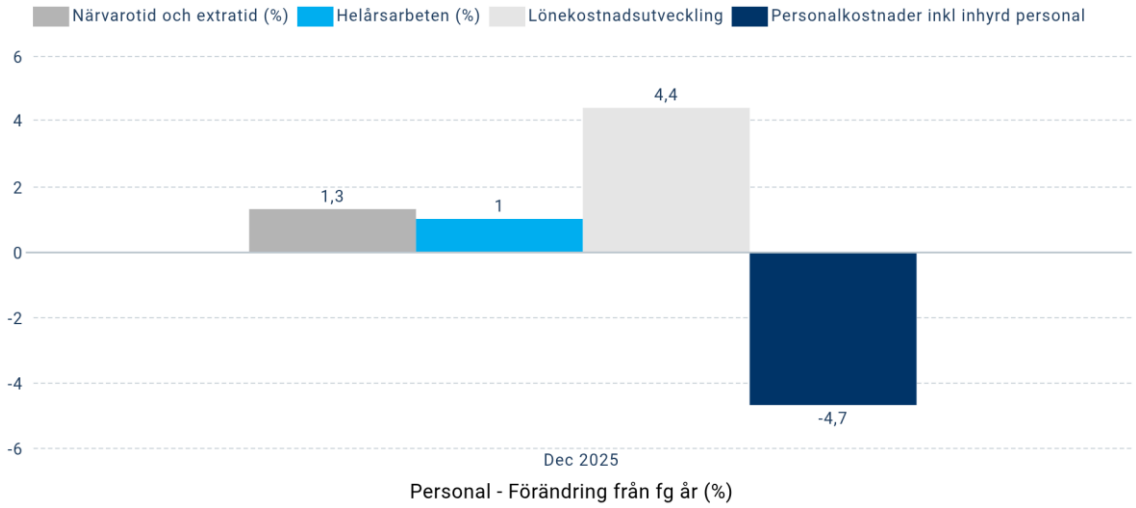
Planerade och påbörjade insatser inom ramen för kompetensutveckling

- Nedtrappning av AT och övergång till ny ST-föreskrift kräver anpassningar, särskilt i handledning och arbetssätt. Utbildningsinsatser för handledare med fokus på handledarskap och bedömningsmetoder inom AT, BT och ST kommer att genomföras.
- Danderyds sjukhus inrättar en ny FoUUi-organisation och fortsätter att stärka handledar-kompetensen, öka antalet handledare och bredda det verksamhetsintegrerade lärandet.
- Sjukhuset utvecklar och genomför utbildningar som stärker klinisk kompetens. Särskilt prioriterade insatser är PVK-utbildning och ”Stoppa blödningen” för ökad patientsäkerhet och beredskap.
- 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. Basutbildningar för sjuksköterskor och undersköterskor fortsätter och utvecklas utifrån

verksamhetens behov. Fördjupningsprogram för undersköterskor steg 3–4 ses över i samarbete inom akutsjukhusnämnden.

- Sjukhuset följer regionens plan för specialistsjuksköterskeutbildning och ser också ett behov av att tillgodose andra fördjupnings- och vidareutbildningar.
- Arbetet med att införa ett nytt schemaläggningssystem påbörjas 2026. Det kräver omfattande lokala insatser i form av utbildning, rutiner och anpassade arbetssätt. Chefer och bemanningskoordinatorer utbildas inför förändringarna.
- Sjukhuset kommer också att genomföra insatser för att stärka kompetensen hos alla medarbetare inom beredskapsområdet, informations- och cybersäkerhet.

4.4 Helårsarbeten



	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. % utfall fg år
Personal - Helårsarbeten	4 610	4 513	97	1 %
Extratid	*493*			*1 %*
Totalt	**5 103**			**1 %**

** Helårsarbeten, är närvaro och frånvaro, vilket sammantaget motsvarar den avtalade tiden för sysselsättningsgraden i förhållande till aktuellt antal dagar under perioden, enligt Tableau.*
*** Budget rapporteras inte på extratid.*

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Närvarotid och helårsarbete ökade svagt under 2025. Flera verksamheter har ekonomiska gap och åtgärdsplaner för att reducera personalkostnader för ekonomi i balans.

Närvarotid och Helårsarbeten ökar delvis mot bakgrund av att sjukhuset minskat extern bemanning och ökat andel egenanställd personal. Denna effekt är dock

avtagande. Sjukhuset har också haft en högre vårdproduktion än budgeterat vilket är en bidragande faktor till ökningen samt en kraftig ökning avseende det akuta inflödet.

Personalkostnader inklusive inhyrd bemanning är lägre än föregående år på grund av det betydligt lägre PO-pålägget samt minskad användning av dyra bemanningslösningar. Dock är personalkostnadsutvecklingen för hög jämfört med budget och vi ser att ett fördjupat arbete med produktions- och kapacitetsstyrningen (PKS) kan bistå verksamheten i att identifiera ännu mer effektiva lösningar vad gäller bemanningen kopplat till vårdproduktionen.

4.5 Sjukfrånvaro

Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**6,41%**	**6,75%**
- varav kvinnor	*6,92%*	*7,39%*
- varav män	*4,37%*	*3,94%*
Fördelat på period		
1 - 14 dagar	*3,02%*	*2,99%*
15 - 90 dagar	*1,00%*	*0,97%*
91 - dagar	*2,39%*	*2,79%*

DS	2024 (dag 1–14)	2025 (dag 1–14)	2024 (dag 15–90)	2025 (dag 15–90)	2024 (dag>90)	2025 (dag>90)	2024 (totalt)	2025 (totalt)
Läkare	1,68%	1,55%	0,53%	0,51%	0,98%	0,83%	3,19%	2,89%
Sjuksköt/ barnmorska	3,09%	3,16%	1,08%	1,10%	2,30%	2,06%	6,46%	6,32%
Undersköt/skötare	3,95%	4,17%	1,48%	1,51%	5,20%	4,38%	10,64%	10,06%
Övrig personal	3,01%	2,92%	0,71%	0,78%	2,72%	2,26%	6,45%	5,96%
Totalt	2,99%	3,02%	0,97%	1,00%	2,79%	2,39%	6,75%	6,41%

Sjukfrånvarons utveckling

Den totala sjukfrånvaron vid utgången av året låg på 6,4 procent. En minskning i jämförelse med samma period föregående år då den totala sjukfrånvaron uppgick till 6,8 procent. Regionens mål om sjukfrånvaro lägre än 6 procent är ännu inte nådd. Ett av sjukhusets mål för år 2025 var att sänka sjukfrånvaron bland annat genom riktade insatser för gruppen undersköterskor kopplat till återhämtning och fysisk aktivitet.

Korttidssjukfrånvaron (1–14 dagar) låg vid årets slut i stort sett på samma nivå som år 2024, dvs på 3,0 procent. Långtidssjukfrånvaron (över 90 dagar) har minskat, i jämförelse med samma period föregående år från 2,8 till 2,4 procent.

För yrkesgruppen sjuksköterska/barnmorska har långtidssjukfrånvaron minskat från

2,3 till 2,1 procent. Även för yrkesgruppen undersköterska/skötare har en minskning skett från 5,2 till 4,4 procent.

Korttidssjukfrånvaron hade vid årets utgång en marginell ökning för båda yrkesgrupperna, för sjuksköterskor/barnmorska från 3,1 till 3,2 procent samt för undersköterska/skötare från 4,0 till 4,2 procent.

Den totala sjukfrånvaron för kvinnor har minskat från 7,4 till 6,9 procent. För män har den totala sjukfrånvaron ökat från 3,9 till 4,4 procent i jämförelse med år 2024.

Insatser för att minska sjukfrånvaron

Aktiviteter som genomförts under 2025 är programmet *Vägen framåt*, som är ett förebyggande rehabiliteringsprogram som syftar till att stötta medarbetare som riskerar att hamna i längre sjukfrånvaro. Syftet är att medarbetaren ska kunna återgå till ordinarie arbete alternativt till annat arbete. Ytterligare insatser som genomförts är hälsofrämjande samtal, stöd i träning på personalgymmet Lyftet samt stöd och rådgivning för chefer.

Samtliga insatser planeras att fortsätta under 2026. Utöver detta kommer ett förstärkt stöd för cheferna i det praktiska rehabiliteringsarbetet att tillsättas genom en rehabkoordinator. Rehabmodulen HälsoSAM kommer att implementeras under våren 2026, liksom en fördjupad utbildning inom arbetsplatsinriktad rehabilitering. Det kommer även att bedrivas ett fortsatt arbete med att stärka cheferna inom området organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA) samt att fortsätta utveckla och implementera arbetssätt kopplat till reflektion med fokus på det dagliga arbetet.

För yrkesgruppen undersköterskor planeras det för extra insatser för att minska sjukfrånvaron på sikt. Bland annat genom ett fortsatt arbete med kartläggning som startade under 2025, träning och återhämtning samt individuella program med stöd inom rehabilitering och förebyggande insatser. Mer information finns under rubrik *Projekt hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö*.

Sjukfrånvaron för yrkesgrupperna undersköterskor/skötare, sjuksköterskor/barnmorskor minskade inom verksamhetsområdena akuten, HR (BMC), kvinnosjukvård, medicinska specialiteter, radiologi och rehabilitering i jämförelse med föregående år. För övriga verksamhetsområden har sjukfrånvaron stigit samt är oförändrad. Analys och kartläggning av åtgärder fortsätter löpande under år 2026.

5 Ekonomi

Sjukhusets vårdproduktion med måluppfyllelsen 102,1 procent bidrar till en positiv intäktssida. Utmärkande för året är flera större bidrag vilket ger en positiv effekt på intäkterna men som även kommer med motsvarande kostnader.

På kostnadssidan sticker bemanningskostnader ut med en total avvikelse om 136 miljoner kronor trots minskning i inhyrd personal. Att minska personalkostnaderna är något som varit prioriterat i sjukhusets åtgärdsprogram.

Flera förbrukningsrelaterade kostnader fortsätter att avvika mot budget. Laboratorieanalyser och material kostade betydligt mer än budgeterat, med avvikelser om 38 respektive 22 miljoner kronor.

Ett högt akutinflöde är en bidragande orsak för budgetavvikelser inom både personalkostnaderna och avseende förbrukningsrelaterade kostnader. Akuten har haft ett rekordhögt antal patienter under år 2025 och ökningen jämfört med föregående år är hela 6 procent vilket har lett till fortsatt stora budgetavvikelser vad gäller framför allt personalkostnader.

En annan viktig faktor är sjukhusets nya uppdrag inom Hematologi som driver väsentligt mer kostnader i såväl laboratorieanalyser som läkemedel än budgeterat. Hematologin har på grund av ökade rörliga kostnader (laboratorieanalyser och läkemedel) ett underskott år 2025 på cirka 19 miljoner kronor vilket förklarar omkring 25 procent av sjukhusets totala budgetavvikelse.

Ökade kostnader för Seviceförvaltningen (framför allt inom IT-området) och en negativ resultateffekt av avbolagiseringen på grund av minskade ränteintäkter har påverkat det ekonomiska resultatet negativt jämfört med föregående år.

5.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Patientavgifter	58	56	2	2,8 %
Sålda primärtjänster	5 437	5 401	36	0,7 %
Försäljning övriga tjänster	218	186	32	-5,2 %
Erhållna bidrag	490	459	31	-56,9 %
Övriga intäkter	76	63	13	23,8 %
Verksamhetens intäkter	**6 278**	**6 165**	**113**	**-8,7 %**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-3 955	-3 819	-136	-4,7 %
- varav inhyrd personal	*-19*	*-0*	*-19*	*-38,8 %*
Köpta primära sjukvårdstjänster	-43	-48	5	-9,4 %

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-326	-288	-38	4,5 %
Läkemedel	-388	-396	8	-14,9 %
Materialkostnader	-366	-344	-22	-15,2 %
Lokal- och fastighetskostnader	-703	-694	-9	25,1 %
Övriga kostnader	-388	-371	-17	-13 %
Verksamhetens kostnader	**-6 168**	**-5 960**	**-208**	**-3,7 %**
Avskrivningar	-175	-179	4	6,7 %
Finansnetto	14	-0	14	
Justering pension mm.	0	0	0	
Resultat**	**-51,2**	**25**	**-76,2**	

* mkr
** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl. inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Summa personalkostnader	**-3 936**	**-3 819,2**	**-116,8**	**-4,4 %**
Förändring sem- och löneskuld	-2,5	10,6	-13,1	
Lönekostnad	-2 646,6	-2 571,9	-74,7	4,4 %
- varav övertid	*-69,6*	*-53,9*	*-15,7*	*1 %*
- varav sjuklönekostnad	*-47,9*	*-69,1*	*21,2*	*2,1 %*
PO-pålägg	-1 235,4	-1 220,4	-15	-18,9 %
Övriga personalkostnader	-52	-37	-15	-10,8 %
Inhyrd personal	**-19**	**-0**	**-19**	**-38,8 %**
- varav läkare	*-3,5*	*0*	*-3,5*	*37,9 %*
- varav sjuksköterskor	*-11,7*	*0*	*-11,7*	*-50,2 %*
- varav övrig personal	*-3,8*	*-0*	*-3,8*	*-23,9 %*
Personalkostnad inkl. inhyrd personal	**-3 955**	**-3 819,2**	**-135,8**	**-4,7 %**

* mkr

Personalkostnader översteg budget med 135,8 miljoner kronor vilket motsvarar 3,6 procent. En del av kostnadsavvikelsen täcks av ökade intäkter. Positivt att kostnader för inhyrd personal ligger på en stabil låg nivå och var kraftigt lägre än år 2024.

Åtgärdsprogrammet för att få bemanningen i balans räckte inte för att klara resultatkravet. Det ökade akuta inflödet av patienter med cirka 6 procent leder fortsatt till högre bemanningskostnader än budgeterat.

5.1.2 Konsultkostnader

Externa Konsultkostnader (Mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. %
Juridik	0	0	0	0 %
PR	0	0	0	0 %
Management	0	0	0	0 %
IT	-4	-3	-1	-33,4 %
Övriga	-1	-2	1	-88,5 %
Summa externa konsultkostnader	**-5**	**-5**	**0**	**-58,8 %**

Danderyds sjukhus har generellt sett låga kostnader för konsulter. Dock återfinns konsulter inom en rad systemförvaltningar och i samband med driftsättning av vårdbyggnad 61. Konsultkostnaden är i enlighet med budget och har minskat kraftigt jämfört med år 2024.

Konsulter budgeteras (och nyttjas) endast i undantagsfall. Huvudregeln är att konsulter används i de fall egen kompetens saknas inom ett område och att det avser ett tidsbegränsat uppdrag.

5.1.3 Administrativa kostnader

Administrativa kostnader (mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Administrativa kostnader	-90	-88	-2	0 %

Administrativa kostnader överskrider kostnadsbudgeten vilket förklaras av:

- Dels har projektet för arkivflytt varit ofinansierat under året och dels att redovisningsenheten fått förstärkas tillfälligt i samband med avbolagiseringen och restförvaltningen av aktiebolaget.
- Vidare har det under året funnits ett flertal tjänster som var utlånade till Regionledningskontoret, för vilka sjukhuset haft kostnader för men också intäkter

Med hänsyn tagen till intäkterna av utlånad personal avviker administrationen positivt och budgeten uppnås totalt sett.

Årets budget medgav i stort sett inga utökningar inom administrationen utan snarare en fortsatt minskning. Avbolagiseringen och restförvaltningen har krävt extra resurser under 2025 och arkivflytten kommer att driva kostnader under flera år framåt.

Totalt sett räknas administrativa enheter upp med en lägre procent jämfört mot vårdenheter vilket säkerställer att andel administration hålls låg över tid. Ett förstärkt samarbete inom Regionen och Akutsjukhusnämnden bidrar också till att minska de administrativa kostnaderna på sjukhuset.

5.1.4 Utredning av det fullmäktige beslutade resultatkravet

5.1.5 Återrapportering medel för åtgärder god ekonomisk hushållning

Danderyds sjukhus erhöll 2023 medel om 3,5 miljoner kronor för projekt
- Digitalisering. Projektet består av framför allt två områden som är intressanta att utveckla på sjukhuset:

- RPA (Robotic process automation)
- Taligenkänning

Automatisering med hjälp av RPA och AI kommer att fortgå tillsvidare och är viktig för att klara av minskningen av administration. Den delen med störst potential i detta är taligenkänning där pilotverksamhet pågått på Kardiologen. Breddinförande stoppades regionalt pga behov av ny upphandling med bättre priser vilket inneburit att införandet ännu inte skett och därmed inte heller effektuerad besparing.

5.2 Åtgärder för ett resultat i balans

Åtgärder (Mnkr)	Budgeterad effekt 2025	Realiserad effekt 2025	Avvikelse realiserad effekt jmft budget 2025	Budgeterad effekt 2026	Budgeterad effekt 2027	Budgeterad effekt 2028
Öka intäkter (ej U/U)	10	24,9	14,9			
Minska personalkostnader inkl. reducering inhyrd	90	44,2	-45,8			
Effektivisera lokalanvändningen	20	0,9	-19,1			
Kloka kliniska val (lab., läk., mat.)	15	13,7	-1,3			
Förbättra avtal inköp & upphandling	5	8,1	3,1			
Övrigt	10	3,3	-6,7			
Öka Utomlänsintäkter	0	7,7	7,7			
Summa	150	102,8	-47,2			

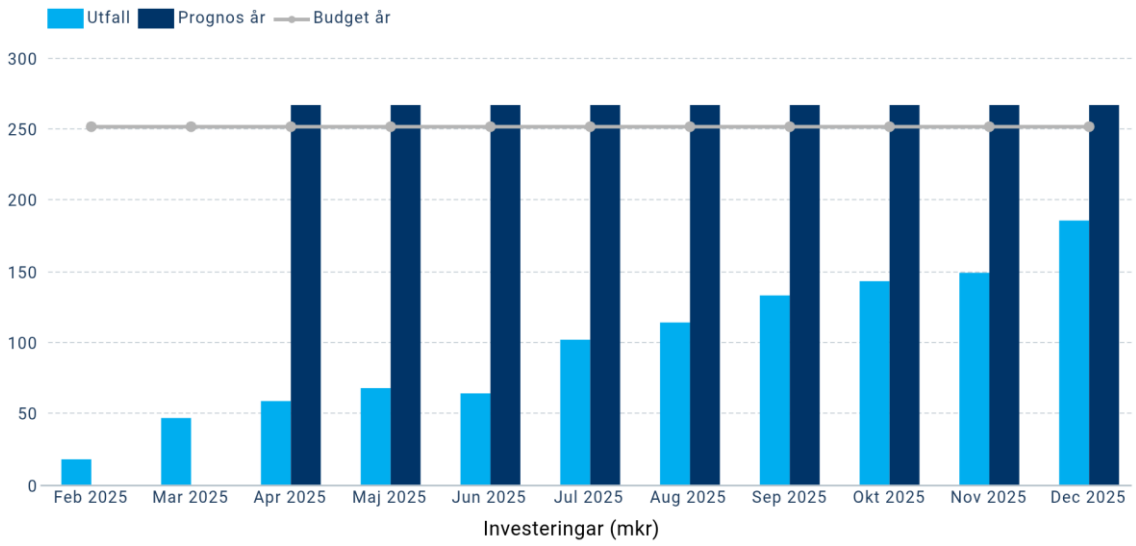
Åtgärdsprogram har genomförts under 2025 men har ej uppnått den önskade nivån av kostnadsbesparingar eller intäktshöjningar. Det kommer fortsatt krävas åtgärder för att nå en ekonomi i balans.

Åtgärdsprogrammet för ekonomi i balans syftade främst till att:

- Hålla bemanningstalen inom givna ekonomiska ramar vilket kräver nya

arbetssätt, sjukhuset har i maj infört dispensförfarande för alla anställningar
- Fortsätta minskningen av dyra bemanningslösningar som övertid och inhyrd personal
- Effektivisera lokalanvändningen och säga upp lokaler som inte längre behövs
- Kloka kliniska val, minska kostnader för exempelvis laboratorieanalyser och material
- 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)

5.3 Investeringar



5.3.1 Status investeringsplanens genomförbarhet och risk

Det finns i dagsläget inga konkreta indikationer avseende påverkan i form av leveranssäkerhet eller prispåverkan mot bakgrund av omvärldsläget, dock är detta något som sjukhuset bevakar.

5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget

Ackumulerat investeringsutfall uppgick till 185,5 miljoner kronor vilket motsvarade en upparbetningsgrad mot budget på 73,8 procent.

Utfallet för perioden påverkades av driftsättningen av en ny vårdbyggnaden. Inflytt skedde löpande under året. Utfallet präglas också av en lägre upparbetningsgrad

avseende sjukhusets ordinarie ersättningsinvesteringar vilket bidrar till den stora diskrepansen mellan utfall och budget.

5.3.3 Ny- och ersättningsinvesteringar

Investeringar (mkr)	Utgift 2025	Budget 2025	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Nyinvesteringar	18,6	25,1	6,5	74
Ersättningsinvesteringar	166,9	226,3	59,4	74
Totalt investeringar	**185,5**	**251,4**	**65,9**	**148**

5.3.4 Status enskilda investeringsobjekt > 100 mkr

Inga aktuella för Danderyds sjukhus för 2025.

5.3.5 Driftsatta investeringsobjekt

Under 2025 driftsattes vårdbyggnad 61 på Danderyds sjukhus.

5.3.6 Kommande investeringsbeslut för investeringsobjekt > 100 mkr

Investeringsobjekt	Typ av beslut	Inv. utgift beslut Mkr	Total inv. utgift inv. objekt Mkr	Datum beslut nämnd/bolags styrelse	Datum planerat beslut RS/RF

Ej aktuellt för Danderyds sjukhus under perioden.

5.4 Balansräkning

Balansräkning*	Utfall	Bokslut fg år	Förändr.
Anläggningstillgångar	**722**	**720**	**2**
-varav pågående nyanläggningar	*4*	*160*	*-157*
Omsättningstillgångar	**1 461**	**4 842**	**-3 381**
- varav kassa och bank	*644*	*3 612*	*-2 968*
SUMMA TILLGÅNGAR	**2 183**	**5 562**	**-3 379**
Eget kapital	**1 124**	**517**	**607**
Avsättningar	**0**	**3 825**	**-3 825**

Balansräkning*	Utfall	Bokslut fg år	Förändr.
Skulder	**1 059**	**1 220**	**-161**
- varav långfristiga skulder	*27*	*34*	*-7*
- varav kortfristiga skulder	*1 032*	*1 186*	*-154*
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	**2 183**	**5 562**	**-3 379**

* mkr

Under 2025 har avsättningar för bland annat pensioner flyttats till koncern och det reglerades samtidigt genom en större överföring av nettotillgångar (3,5 miljarder kronor).

5.5 Kassaflödesanalys

Kassaflödesanalys	2025-12-31
Mkr	
Den löpande verksamheten	
Kassaflöde från den löpande verksamheten	
Investeringsverksamheten	
Kassaflöde från investeringsverksamheten	
Finansieringsverksamheten	
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	
Årets kassaflöde	
Likvida medel vid årets början	
Likvida medel vid årets slut	

Rapporteras ej av sjukhusen inom Akutsjukhusnämnden för år 2025.

6 Pågående rättsprocesser (tvister)

Danderyds sjukhus har inga pågående rättstvister.

7 Övrigt

Avseende redovisningsprinciper har en del förändrats då sjukhuset övergick ifrån att vara ett aktiebolag till att vara en förvaltning. Den totala effekten överstiger 100 miljoner kronor, vilket både sjukhuset och regionen anpassat i både budget och uppföljning för 2025.

Som jämförelsestörande post kan nämnas att Danderyds sjukhus sedan 2025-01-01 har avdragsrätt för moms i och med avbolagiseringen. Detta leder till signifikant lägre kostnader inom flera kostnadsslag såsom övriga personalkostnader, material och inom övriga tjänster och kostnader jämfört mot 2024. Effekterna inom dessa konton kan uppskattas till ca 130 miljoner.

Vidare har pensionskostnader lyfts ifrån sjukhuset samt att större delen av räntenettot numera ligger centralt inom regionen då tillgångar om ca 3,5 miljarder överfördes från sjukhuset till centralt inom regionen.

8 Förväntad utveckling kommande år

Den demografiska utvecklingen med ökat vårdbehov och de begränsade ekonomiska förutsättningarna kommer medföra fortsatt höga krav på effektiviseringar de kommande 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. Kommande års 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 2 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.

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.** 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 kloka administrativa val samt att digitalisera och automatisera manuella processer som tar mycket tid i anspråk från sjukhusets medarbetare.

Under år 2025 har Danderyds sjukhus nya vårdbyggnad 61 driftsatts. 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.

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.

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.

9 Nämnd-/styrelsebehandling

Verksamhetsberättelsen för år 2025 behandlas i Akutsjukhusnämnden den 24 februari 2026.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-0984

Akutsjukhusnämnden/S:t Eriks Ögonsjukhus

Verksamhetsberättelse

December 2025

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar 4
1.1 Väsentliga händelser 4

2 Styrning och ledning 5
2.1 Verksamhetsfakta 5
2.2 Mål 5
2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa 5
2.2.2 Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant 7
2.2.3 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv 8
2.2.4 Kompetensförsörjningen är långsiktig 11
2.3 Uppdrag 12
2.4 Intern kontroll 12
2.4.1 Arbetet med intern kontroll 12
2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller 12
2.4.3 Försäkran 13
2.4.4 Regelefterlevnad 13

3 Verksamhet 14
3.1 Vårdproduktion 14
3.2 Produktivitet 15

4 Personal 16
4.1 Attraktiv och inlyssnande arbetsgivare 16
4.2 Hållbar arbetsgivare 16
4.2.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete och hälsa 16
4.3 Uppföljning avsatta medel 16
4.3.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö 16
4.3.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning 18
4.4 Helårsarbeten 18
4.5 Sjukfrånvaro 19

5 Ekonomi 21
5.1 Resultat 21
5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal 21
5.1.2 Konsultkostnader 22
5.1.3 Administrativa kostnader 22

5.1.4 Utredning av det fullmäktige beslutade resultatkravet 22
5.2 Åtgärder för ett resultat i balans 23
5.3 Investeringar 23
5.3.1 Status investeringsplanens genomförbarhet och risk 24
5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget 24
5.3.3 Ny- och ersättningsinvesteringar 24
5.3.4 Driftsatta investeringsobjekt 24
5.4 Balansräkning 24
5.5 Kassaflödesanalys 25
6 Pågående rättsprocesser (tvister) 26
7 Övrigt 27
8 Förväntad utveckling kommande år 28
9 Nämnd-/styrelsebehandling 29

Bilagor

Bilaga 1: bilaga-c1-driftsatta-objekt

Bilaga 2: bilaga-c2-uppfoljning-investeringsobjekt

Bilaga 3: bilaga-e1-ovriga-avsattningar-ansvarsforbindelser-och-tvister-vb-2025

Bilaga 4: bilaga-e3-externa-bidrag-vb-2025

Bilaga 5: bilaga-h1-externa-pensionspremier-vb-2025

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar

1.1 Väsentliga händelser



S:t Eriks Ögonsjukhus redovisar ett resultat på 15,2 miljoner kronor, att jämföra med årets budget på 6,0 miljoner kronor, det vill säga 9,2 miljoner kronor högre än budget. Det positiva resultatet förklaras till stor del av ränteintäkter på banktillgodohavande och en god ekonomisk hushållning. Rörelseresultat rensat från finansiella intäkter överstiger då resultatkravet med 5,3 miljoner kronor.

Vi uppfyller vårdgarantin med 81 procent för operation och behandling och med 77 procent för nybesök (30 dagar). S:t Eriks uppfyller därmed regionens mål för vårdgarantin.

Tillgängligheten på akutmottagningen är god. Akutens mediantid till läkare är 44 minuter jämfört med 83 minuter föregående år.

Det gångna året har präglats av regiongemensamt arbete med att slutföra avbolagiseringens samtliga projekt och från och med 1 januari 2025 ingår S:t Erik som egen förvaltning i Akutsjukhusnämnden (ASN) tillsammans med Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och Södertälje sjukhus.

2 Styrning och ledning

2.1 Verksamhetsfakta

S:t Eriks Ögonsjukhus ska bedriva specialiserad och högspecialiserad akut och planerad ögonsjukvård samt forskning och utbildning. Verksamheten ska omfatta de tjänster som i avtal överenskommits med hälso- och sjukvårdsnämnden, ägaren eller andra uppdragsgivare.

S:t Eriks Ögonsjukhus ska generera och sprida ny kunskap inom ögonsjukvård till övrig sjukvård inom regionen och landet enligt regionfullmäktiges fastställda mål.

2.2 Mål

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

Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov



Kommentar

Samlad helhetsbedömning – Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov

Bedömningen av måluppfyllelsen grundas på en samlad helhetsbedömning där indikatorutfall för tillgänglighet har vägts samman med kvalitativa verksamhetsresultat och genomförda uppdrag.

Utfallet för samtliga indikatorer inom målområdet uppfyller målen för 2025. Väntetid till första läkarbedömning och total vistelsetid på akutmottagning uppfyller fastställda målnivåer, liksom andel patienter som väntar till behandling inom 90 dagar och till första besök inom 30 dagar hos specialist.

Nämndens prioriteringar av hållbara scheman, förbättrad planering och systemstöd samt samordnad resurs- och operationsplanering bedöms ha bidragit till förbättrad tillgänglighet. Genomförda och pågående uppdrag för att stärka vård på rätt nivå, bland annat utveckling av dagvårdsplatser och förbättrad samverkan mellan sjukhus och primärvård via snabb specialistkonsultation, har bidragit till ett mer effektivt resursutnyttjande och en bättre anpassning av vården utifrån patienternas behov.

Sammantaget bedöms målet vara uppnått. Arbetet fortsätter med fokus på långsiktig hållbarhet, uppföljning och kontinuerlig förbättring.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	81 %	80,8 %			Öka från år 2 024

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Kommentar					
Indikatorn uppfylls för 2025.					
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	77 %	71,9 %			>=70 %
Kommentar					
Indikatorn uppfylld för 2025.					
Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	44	82			Minska från år 2 024
Kommentar					
Målet uppfylls för 2025.					
Total vistelsetid på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	227	203			Minska från år 2 024
Kommentar					
Målet uppfylls inte för 2025.					

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Förstärka och återrapportera arbetet med dagvårdsplatser	2025	Pågående enligt plan		
Förbättra samt underlätta primärvårdens möjlighet till snabb konsultationshjälp från specialistläkare	2025	Pågående enligt plan		

Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Kommentar

Samlad helhetsbedömning – Vården är säker, effektiv och av god kvalitet

Bedömningen av måluppfyllelsen grundas på en samlad helhetsbedömning där både kvantitativa indikatorutfall och kvalitativa verksamhetsresultat har vägts in.

Utfallet för vårdrelaterade infektioner (VRI) uppgår till 0 procent, vilket indikerar en god patientsäkerhetsnivå under året. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet, med fokus på riskanalyser, avvikelsehantering och standardiserade arbetssätt, bidrar till en stabil säkerhetskultur.

Parallellt bedrivs långsiktigt utvecklingsarbete för att stärka kvalitet och effektivitet, bland annat genom arbete med kloka kliniska val, regiongemensam produktions- och

kapacitetsplanering samt kompetensförsörjning. S:t Eriks Ögonsjukhus bedriver inte egen intensivvård utan säkerställer tillgång till intensivvårdsresurser genom regional samverkan, där Socialstyrelsens riktvärden beaktas inom ramen för regionens gemensamma kapacitetsstyrning och där vissa delar hanteras långsiktigt på systemnivå.

Sammantaget bedöms målet vara uppnått. Arbetet fortsätter med kontinuerlig uppföljning och förbättring för att säkerställa långsiktig hållbarhet i vårdens kvalitet och säkerhet.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner *(Regionfullmäktige)*	0 %	0 %		<=4 %	<=4 %

Kommentar Andelen vårdrelaterade infektioner (VRI) uppgick till 0 % under mätperioden. Resultatet indikerar att inga vårdrelaterade infektioner har identifierats bland inneliggande patienter i slutenvården. Arbetet med basala hygienrutiner och förebyggande åtgärder fortsätter för att bibehålla och stärka patientsäkerheten.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Intensifiera arbetet för att fasa ut lågvärdevård och föra in kloka kliniska val	2025	Pågående enligt plan		
Förstärka och återrapportera arbetet med en regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering	2025	Pågående enligt plan		
Beakta Socialstyrelsens riktvärde för intensivvårdsplatser och beläggningsgrad inom intensivvården	2025	Pågående med avvikelse		
Stödja arbetet med dimensioneringsplanen för ST i allmänmedicin	2025	Pågående med avvikelse		

2.2.2 Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant

Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning

Kommentar

Vi har tillsammans med andra aktörer inom vård, näringsliv och akademi fortsatt arbetet med att vidareutveckla S:t Eriks Ögonsjukhus.

En styrgrupp för FoUUI-frågor, med representanter från S:t Erik och KI tillser att

FoUUI-synsätt genomsyrar sjukhusets samtliga operativa enheter. En rad aktiviteter har erbjudits samt planeras för att stimulera till handledning och forskning. Dessa tillfällen har varit välbesökta och uppskattade av medarbetare. Många av våra forskare är aktiva utanför sjukhuset som inbjudna föreläsare till internationella konferenser och ledare av avancerade utbildningar.

Under året har vi också tillsatt en styrgrupp med mål att starta ett kliniskt forskningscentrum vid S:t Eriks Ögonsjukhus i syfte att ökan antalet kliniska prövningar vid ögonsjukhuset samt underlätta genomförandet av akademiska kliniska studier.

2.2.3 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet



Kommentar

S:t Erik redovisar en ekonomi i balans, Utfallet blev 15,2 miljoner kronor och resultatkravet var 6 miljoner kronor, det vill säga att målet överträffades med 9,2 miljoner kronor.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Administrativa kostnader ska minska *(Regionfullmäktige)*	14,3 mkr	16,2 mkr		15 mkr	Enligt budget 2 025

Kommentar Utfallet ligger inom de ekonomiska ramarna.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott	2025	Pågående enligt plan	2025	
Ta fram en plan för att minska de administrativa kostnaderna med minst 10 mkr	2025	Pågående enligt plan		S:t Erik ligger inom de budgeterade ramarna.

Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035



Kommentar

Sjukhuset arbetar för att minska klimatpåverkan genom att leva upp till beställarens indikatorer och bedriva ett aktivt miljöarbete inom ramen för vår miljöcertifiering.

Givet sjukhusets storlek och att vi genom året arbetat aktivt med miljö och hållbarhet lyckas vi inte fullt ut möta Regionledningskontorets krav på fem unika och nya åtgärder för att reducera vår konsumtionsbaserade klimatpåverkan. Det samma gäller för indikatorn *åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkter- och materialflöden*.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019 *(Regionfullmäktige)*	29 %				-29 %

Kommentar

S:t Eriks Ögonsjukhus har sedan basåret 2019 genomför nedanstående som bidrar till måluppfyllnad:

- flyttat till nya lokaler som är certifierade enligt miljöbyggnad guld
- gjort oss av med servicefordonet (elbil)
- samplanerat inkommande leveranser i syfte att minska antalet transporter till sjukhuset
- infört efterlevnadskontroll avseende beviljande av sjukvårdresor

Utöver ovanstående utför sjukhuset inga transporter.

Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan *(Regionfullmäktige)*	-19 %	-11 %			-19 %

Kommentar

Sjukhuset har under året inlett projekt för att avveckla engångskläder till förmån för flergångstextilier på operationsavdelningen. Projektet fortlöper under 2026.
Vi har även undersökt nyttan med att övergå till flergångsförkläden istället för engångsförkläden men bedömt att klimatnyttan blir marginell eller negativ med anledning av tillkommande transporter. Vi kommer därför att arbeta vidare med att minska användningen och öka andelen biobaserade förkläden.
Underhåll och reparation av befintliga möbler i syfte att undvika eller minska behov av nyinköp sker löpande

Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav *(Regionfullmäktige)*	100 %	100 %			100 %

Kommentar

Relevanta krav ställs i samtliga upphandlingar.

Nämnden/bolaget har genomfört åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden *(Regionfullmäktige)*	Ja	Ja			Ja

Kommentar

Prioriterat område 1
IT- och kommunikationsutrustning
Beskrivning av åtgärd
Under året har vi övergått till Win11 och flertalet av våra stationära datorer på sjukhuset skulle ha behövts bytas ut då Win11 kräver kraftigare datorer. Istället för att byta hela datorn har vi att adderat minne och bytt hårddiskar på de datorer som är kompatibla.
Hur åtgärden beräknas öka livslängd eller materialåtervinning av produkter och material
Färre komponenter behöver framställas och köpas in, datorernas livslängd beräknas öka med 3-4 år.
Åtgärdens beräknade hållbarhetsnytta
Minskad miljö- och klimatpåverkan genom ökad livslängd.

Prioriterat område 2

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

Textilier

Beskrivning av åtgärd

Projekt för utfasning av engångsplagg på operation till förmån för flergångstextilier är inlett.

Tidplan

2025 och 2026

Hur åtgärden beräknas öka livslängd eller materialåtervinning av produkter och material

Minskad användning av engångsartiklar till förmån för flergångsartiklar vilka har en klart längre livslängd.

Åtgärdens beräknade hållbarhetsnytta

Minskad miljö- och klimatpåverkan genom ökad livslängd.

Prioriterat område 3

Hälso- och sjukvårdsutrustning och produkter inklusive hjälpmedel

Beskrivning av åtgärd

Utfasning av engångsförkläden och övergång till flergångsförkläden inom sjukhuset.

Hur åtgärden beräknas öka livslängd eller materialåtervinning av produkter och material

Åtgärden har bedömts leda till fler transporter och ökad hantering. Mot bakgrund av detta har åtgärden inte genomförts. Sjukhuset använder en förhållandevis liten mängd förkläden.

Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling

Kommentar

S:t Eriks Ögonsjukhus arbetar systematiskt för att minska diskrimineringen av patienter och stärka den sociala hållbarheten. Det systematiska arbetet innebär att skapa en inkluderande, jämlik och tillgänglig vård där diskrimineringsgrunderna hanteras proaktivt genom policy, utbildning, tillgänglighet, rutiner för klagomål och anpassningar, samt kontinuerlig utvärdering och förbättring. Genom dessa åtgärder säkerställs att alla patienter får den vård de behöver utan att utsättas för diskriminering baserat på deras kön, etnicitet, religion, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Detta systematiska arbete sker genom att:

- aktivt utbilda personalen om de olika diskrimineringsgrunderna (kön, könsöverskridande identitet, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder) samt de negativa effekterna av diskriminering.
- ha en tydlig och väl kommunicerad policy för jämlikhet och mångfald, där alla patienter ska behandlas med respekt och värdighet oavsett deras kön, könsöverskridande identitet, etnisk tillhörighet, religion, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.
- ha tydliga riktlinjer och rutiner för att säkerställa att vården är tillgänglig för alla, särskilt för patienter med funktionsnedsättning eller de som tillhör utsatta grupper. Det kan innebära att göra fysiska anpassningar av lokaler (t.ex. rullstolsramper, tillgång till hörselslingor), samt erbjuda anpassade tjänster som tolk eller stöd vid kommunikation för patienter med språkbarriärer.
- ha ett system (synpunkter och klagomål) för att ta emot och utreda klagomål

från patienter om diskriminering (även anonyma). Dessa analyseras på verksamhetsnivå och vid brister vidtas åtgärder för att förbättra processerna och minska risken för diskriminering.
- ge patienter information på ett sätt som är lättförståeligt, till exempel genom användning av visuella hjälpmedel för personer med intellektuell funktionsnedsättning eller lättläst material för personer med språkbarriärer.
- ställa relevanta krav på social hållbarhet i våra upphandlingar och i de avtal vi ingår.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Nämnden/bolaget har utifrån sitt uppdrag arbetat systematiskt med social hållbarhet *(Regionfullmäktige)*	Ja	Ja	–	Ja	Ja

2.2.4 Kompetensförsörjningen är långsiktig

Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

–

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning *(Regionfullmäktige)*	0 %	100 %	●	0 %	99 %

Kommentar Utfall 38 tkr. Stöd för ökat beredskapslager.

Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

–

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel sjukfrånvaro *(Regionfullmäktige)*	6,8 %	7,5 %	■		<6 %

Kommentar

Andelen sjukfrånvaro har minskat under 2025 jämfört med 2024. Både korttids- och långtidssjukfrånvaron har minskat, men vi ser en lite större minskning i korttidssjukfrånvaron (dag 1-14). Insatser kopplade till att sänka sjukfrånvaron har genomförts under året och förhoppningen är att dessa insatser har varit en bidragande faktor i att sjukfrånvaron har minskat samt att vi på längre sikt ska uppnå regionens mål.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Totalindex HME *(Regionfullmäktige)*	75	74	■		>=80

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Kommentar					
Totaltindex HME är något högre jämfört med 2024. Dock så klarar vi inte Regionens mål på 80.					
Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete *(Regionfullmäktige)*	6 %	5 %			<=8 %
Kommentar					
S:t Erik klarar regionens mål om att andelen som utsätts för hot och våld ska vara mindre än 8% 2025.					

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Införa ett regiongemensamt bemanningscentrum för sjukhusen för att bemanna akutsjukvården	2025	Pågående enligt plan		
Säkerställa en personalsammansättning som ger optimal bemanning med rätt sammansättning	2025	Pågående enligt plan		
Utreda hur personalsammansättningen på akutsjukhusen kan optimeras	2025	Pågående enligt plan		

Arbetet har pågått under hela året genom arbete i de regionala samordningsgrupperna, så kallade arbetsströmmarna. Arbetet kommer att fortsätta under 2026. Uppdragsbeskrivningar har tagits fram för uppdragsledare i respektive samordningsström och arbete har påbörjats i olika grupperingar för att skapa en plan för prioriterade områden i respektive grupp. Grupper som kommit igång i sitt arbete under året är exempelvis inom förlossningsvården, operation/IVA, akutmottagningar och strålningsverksamheten. Budgetuppdraget avslutas men arbetet kommer att fortsätta under ledning av sjukvårdsledningsgruppen.

2.3 Uppdrag

2.4 Intern kontroll

2.4.1 Arbetet med intern kontroll

Arbetet med intern kontroll är oförändrat jämfört med föregående rapporteringsperiod.

2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller

De risker som sjukhuset identifierat berör i huvudsak kompetensförsörjning. Det finns utmaningar med att rekrytera den kompetens vi behöver inom vissa yrkeskategorier,

vilket i förlängningen kan leda till ekonomi- och vårdleveransrisker utöver risker inom målområdet attraktiv arbetsgivare. Sjukhuset har under många år vidtagit ett antal åtgärder för att dämpa sannolikheten och konsekvenserna där vi har möjlighet att påverka. Kompetensförsörjningen kvarstår dock som övergripande risk. Förändringar i riskvärdering framgår av trendindikatorn i planen.

Sammantaget har sjukhuset lyckats begränsa sannolikheten för samtliga identifierade risker. Detta gör att vi i dagsläget bara har en risk som presenteras i risksammanställningen då de andra har ett lågt sammanlagt riskvärde.

2.4.3 Försäkran

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

2.4.4 Regelefterlevnad

Övergripande arbete med styrande dokument

Sjukhusdirektören är ytterst ansvarig för att riktlinjer och anvisningar finns framtagna i enlighet med Region Stockholms policy för internkontroll och hålls uppdaterade i syfte att upprätthålla en god internkontroll. Respektive chef ansvarar i enlighet med delegation för efterlevnad, uppföljning och kontroll. Sjukhusdirektören rapporterar löpande till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar.
Inga väsentliga avvikelser har noterats under det gånga året.

Sjukhuset har under det gånga året reviderat våra lokala rutiner och anvisningar med koppling till uppförandekod, riktlinjer för antikorruption och representation och säkerhet. Utöver detta har förvaltningarna inom Akutsjukhusnämnden genomfört lokala och samordnade riskbedömningar kopplat till oegentligheter och välfärdsbrott.

Upphandling och avtal

Sjukhuset har god uppsyn och kontroll avseende risker för korruption och upphandling. Inom ramen för Akutsjukhusnämndens arbete med oegentligheter och välfärdsbrott kan vi konstatera att avtalsuppföljningen kan stärkas ytterligare. Detta arbete kommer att fortgå under 2026.

3 Verksamhet

3.1 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Besök, akuta	30 803	30 800	3	7,8 %
Besök, elektiva	157 961	170 000	-12 039	3,5 %
Öppenvårdsbesök, totalt	**188 764**	**200 800**	**-12 036**	**4,2 %**
- varav utomlän/utland	10 052	9 000	1 052	10,8 %
Slutenvårdstillfällen, akuta	840	1 010	-170	12 %
Slutenvårdstillfällen, elektiva	585	600	-15	21,4 %
Slutenvårdstillfällen, totalt	**1 425**	**1 610**	**-185**	**15,7 %**
- varav förlossning, totalt	0	0	0	
- varav utomlän/utland	289	300	-11	1,4 %
Antal vårdplatser	**16**	**16**	**0**	**0 %**

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Fokus på att fortsätta styra mot god tillgänglighet för patienterna har fortsatt under år 2025 samt att hitta en bra rutin för att minimera att tider står tomma inom planerade program. Mindre projekt inom produktionsplanering startade upp för att säkerställa att kapaciteten används så effektivt som möjligt.

Inom den akuta öppenvården har tillgängligheten har varit god under årets fem första månader. 84,8 procent av de akut sökande har fått vård inom 4 timmar och ligger något under nivån för samma period förra året. Ett aktivt arbete med att minska mediantiden till första läkarkontakt har utförts och följs upp kontinuerligt. Det har visat goda resultat.

Öppenvården har ökat med cirka 4,2 procent jämfört med föregående år per sista december och ökningen är ett resultat av mer balanserade produktionsplaner och scheman. Utomlänsvården ökade under 2025 och är åter uppe i nivå med innan pandemin.

Slutenvården har haft fler vårdtillfällen än samma period föregående år. Det handlar om få vårdtillfällen på årsbasis som är i princip behovsstyrda.

Intravitreala behandlingar ligger på samma nivå jämfört med föregående år. Att de bilaterala injektionerna ökar samt att man inför läkemedel som förlänger perioden mellan behandlingar är åtgärder som leder till att undvika undanträngningseffekter av annan ögonsjukvård.

3.2 Produktivitet

Kostnad per DRG-poäng år 2025 var 77 065 kronor att jämföra med 81 431 kronor för 2024. Talen är inte justerade för inflation utan är uttryckta i löpande penningvärde. Detta innebär att sjukhusets produktivitet i löpande priser har ökat med 5,7 procent. Justerat för inflation mellan åren, så är **den reala produktiviteten högre än 5,7 procent** .

Justering är gjord i 2024 års produktion till 2025 års DRG-viktlista (jämförbara produktionskorgar mellan åren).

Produktiviteten mätt i producerad **DRG-poäng/närvarotid** visar på en ökad produktivitet med **2,4 procent**.

I mars 2025 påbörjades ett projektarbete runt Produktions- och kapacitetsstyrning (PKS) på S:t Eriks Ögonsjukhus. Alla chefer på sjukhuset är engagerade i arbetet som syftar till att effektivisera och jämna ut vårdproduktionen med bättre resultat och arbetsmiljö som följd.

4 Personal

I arbetet med att bli en arbetsgivare, Region Stockholm, har tidigare arbetsgivarbeslut avseende ersättning för arbete inom ramen för uppskjuten vård på S:t Erik sagts upp och ersatts av den ersättning som gäller för övriga sjukhus i regionen.

Arbete pågår på så väl sjukhusövergripande som verksamhetsnivå för att minska sjukfrånvaron. En genomlysning och kartläggning av sjukfrånvaron har genomförts på enhetsnivå. En del av arbetet har handlat om att börja arbeta mer systematiskt med omtankessamtal och tidiga signaler. Andra aktiviteter inom området omfattar workshops på enhetsnivå, föreläsning inom stress och återhämtning som erbjudits alla medarbetare samt implementering av HälsoSAM.

I oktober genomfördes Ögonveckan, ett evenemang med syfte att sätta fokus på ögonsjukvård och ögonforskning samt synliggöra S:t Erik både som arbetsgivare och vårdgivare. Det erbjöds programpunkter som riktade sig till S:t Eriks medarbetare, men även andra målgrupper såsom patienter, forskare, vårdprofessionen, näringsliv, studenter och allmänheten. Ögonveckan avslutades med en jubileumsfest för att uppmärksamma S:t Eriks 35-årsjubileum och våra lokalers 5-årsjubileum.

Samarbetet mellan S:t Erik och Norrtälje sjukhus, där S:t Erik bemannar Norrtäljes ögonmottagning med ST- och specialistläkare, har startats upp. Arbetet fortlöper som planerat och utgör en del av ST-läkarnas allmänoftalmologi.

För att minska stress och öka återhämtning har en pilot startat upp inom sjukhusets operationsenhet. Syftet är att öka förutsägbarheten och möjligheten till återhämtning genom att minska tid i beredskap.

Ett större arbete i löneanalys har genomförts av cheferna på sjukhuset för att tillse att vi är en hållbar och attraktiv arbetsgivare med marknadsmässiga löner över tid.

Från och med 1 september är sjukhusets akutmottagning bemannad med en extra specialistläkare varje dag. Syftet med förändringen är att skapa en stabil bemanning för att kunna hantera oförutsedda händelser samt att skapa en bättre arbetsmiljö.

Under hösten har alla chefer genomgått en utbildning i systematiskt arbetsmiljöarbete och kränkande särbehandling.

4.1 Attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

4.2 Hållbar arbetsgivare

4.2.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete och hälsa

4.3 Uppföljning avsatta medel

4.3.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö

I verksamhetsplan 2025 har vi valt att utföra aktiviteter och insatser inom nedan områden:

- God och trygg arbetsmiljö
- Samverkan
- Internt samarbete
- Utbildning inom arbetsmiljö

Aktiviteter:

Hälsoinspiratörer

Under våren startades en grupp med hälsoinspiratörer på sjukhuset. Syftet med att ha hälsoinspiratörer är att främja en hälsosam och hållbar arbetsmiljö. Hälsoinspiratörerna fungerar som ambassadörer för hälsa och välbefinnande genom att sprida kunskap och initiera hälsofrämjande aktiviteter. Hälsoinspiratörerna har även gått en halvdagsutbildning som hölls av företagshälsovården Falck.

Konfliktkartläggning

En enhet har under våren genomfört en konfliktkartläggning i samarbete med företagshälsovården Feelgood. Syftet är att skapa bättre samarbete i arbetsgruppen och minska konflikter. Enheten arbetar under hösten vidare med handlingsplan utifrån resultatet av kartläggningen.

Friskvårdsaktiviteter för att främja hälsa och gemenskap

Alla medarbetare har möjlighet att delta i yogapass på sjukhuset en gång i veckan. I november anordnades en hälsomånad på sjukhuset med syfte att öka välmående och uppmuntra till att få in mer rörelse under arbetsdagen samt hitta motivation till fysisk aktivitet på fritiden. Fokus var på stress och återhämtning. Alla medarbetare erbjöds en inspirationsförläsning av företagshälsovården med tema återhämtning.

Blodomloppet, inspirationsföreläsning och gruppträning

Alla medarbetare på S:t Erik erbjöds fri startavgift till Blodomloppet, möjlighet att träna tillsammans med kollegor inför loppet och en inspirationsföreläsning med syfte att motivera till att komma i gång med träningen.

Internutbildning inom ögon

Under våren och hösten hölls en internutbildning inom ögon på sjukhuset som innefattar fyra halvdagar med olika teman. Utbildningen erbjuds samtliga yrkeskategorier, även administrativ personal och syftet är både att skapa kunskap inom ögonsjukvård och de olika subspecialiteterna samt att skapa gemenskap och samarbete mellan verksamhetsområden och enheter.

Inspirationsföreläsning ”arbeta smartare”

Under våren hölls en inspirationsföreläsning för chefer med temat "arbeta smartare" , samma föreläsning har även hållits för medarbetare inom verksamhetsstöd och vårdadministration i augusti. Under hösten genomfördes även en pilotutbildning på samma tema där samtliga yrkeskategorier var representerade. Syftet med utbildningarna är att hitta verktyg för att arbeta på ett mer effektivt och digitaliserat sätt och på så sätt minska stress.

Utbildning i tillitsbaserat ledarskap

Under våren hölls en utbildning för chefer i tillitsbaserat ledarskap med syfte att tydliggöra förväntningar på medarbetare och skapa mindre stress.

Partsgemensam utbildning inom arbetsmiljö

Under hösten hölls en partsgemensam utbildning inom arbetsmiljö för alla chefer och fackliga ombud hållas på S:t Erik. Utbildningen bestod av två delar, den första delen handlade om grundläggande arbetsmiljö och SAM och den andra delen var en fördjupning inom kränkande särbehandling.

4.3.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning

Ett arbete med att öka kompetensen inom händelseanalys och riskbedömning pågår. Dessutom pågår ett arbete med att öka kompetens inom handledning för olika kategorier.

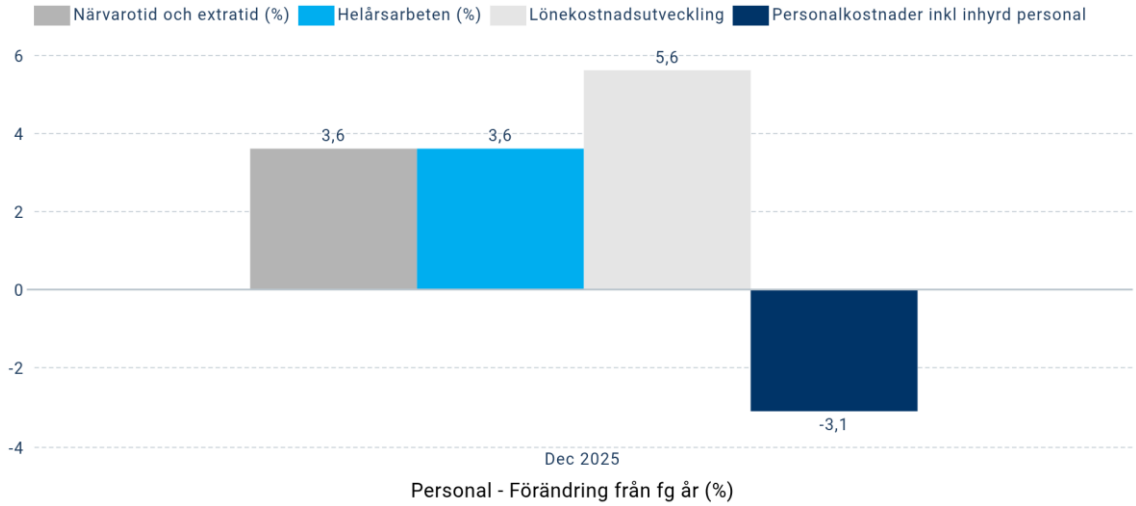
Det pågår också ett arbete med att stärka arbetsgivarvarumärket för att öka förmågan att behålla och rekrytera medarbetare. Sjukhuset har genomfört en "Ögonvecka" som bland annat vände sig till blivande medarbetare, men också till alla professioner som finns på S:t Erik. Ögonveckan innehöll olika aktiviteter och föreläsningar för alla medarbetare och avslutades med ett firande av att St Erik funnits som ett ögonsjukhus i 35 år.

Under året har ett traineeprogram för sjuksköterskor startats på sjukhuset. Programmet riktar sig till grundutbildade sjuksköterskor som har max två års arbetslivserfarenhet som sjuksköterska. I programmet blir man placerad en termin i taget på olika avdelningar och enheter. Som trainee får man en mentor på arbetsplatsen och erbjuds extra administration för utbildning och workshops. Syftet är att skapa förutsättningar för att landa i arbetet som sjuksköterska och inom området ögonsjukvård.

En vidareutbildning för undersköterskor har genomförts och det handlar om en fördjupning inom ögonsjukvård med bland annat en övergripande utbildning kring ögon samt djupdykning i olika undersökningar, fotografering samt synprövning.

Under hösten har sjukhusets forskare porträtterats i sociala medier och på ögonvrån i syfte att visa all den forskning som pågår på sjukhuset och i samarbeta med lärosäten och på så sätt stärka kompetensförsörjningen och attraktiviteten som arbetsgivare.

4.4 Helårsarbeten



Personal - Förändring från fg år (%)

	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. % utfall fg år
Personal - Helårsarbeten	464	452	12	3,6 %
Extratid	*22*			*15,8 %*
Totalt	**486**			**4,1 %**

** Helårsarbeten, är närvaro och frånvaro, vilket sammantaget motsvarar den avtalade tiden för sysselsättningsgraden i förhållande till aktuellt antal dagar under perioden, enligt Tableau.*
*** Budget rapporteras inte på extratid.*

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Helårsarbeten ligger högre än budget och i jämförelse med 2024. De yrkesgrupper där helårsarbeten har ökat mest är framför allt undersköterskor och sjuksköterskor. Utfallet är i linje med prognos för året. Den höjda prognosen är kopplad till vårdvalsförändringar som tros ha gett en ökning av patienter vilket även ökar behovet av antalet medarbetare.

4.5 Sjukfrånvaro

Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**6,8**	**7,4**
- varav kvinnor	*7,6*	*8,1*
- varav män	*3,7*	*4,9*
Fördelat på period		
1 - 14 dagar	*2,8*	*3,1*
15 - 90 dagar	*1,2*	*1,2*
91 - dagar	*2,9*	*3*

Den totala andelen sjukfrånvaro har minskat under 2025 jämfört med 2024. Både

korttids- och långtidssjukfrånvaron har minskat, men vi ser en lite större minskning i korttidssjukfrånvaron (dag 1-14). Sjukfrånvaron har minskat i jämförelse med 2024 för både kvinnor och män. Kvinnor har högre sjukfrånvaro än män och är överrepresenterade i de yrkesgrupper som har högst sjukfrånvaro (sjuksköterska och undersköterska).

Insatser kopplade till att sänka sjukfrånvaron har genomförts under året och planeras att fortsätta under 2026. HR har bland annat varit ett stöd till chefer i att kartlägga sjukfrånvaro på enhetsnivå och planera insatser på individnivå. En del av arbetet har handlat om att börja arbeta mer systematiskt med omtankessamtal och tidiga signaler.

Andra aktiviteter inom området omfattar workshops på enhetsnivå, implementering av HälsoSAM samt arbetsmiljöutbildning för chefer och skyddsombud med fokus på hälsofrämjande arbetsplatser och friskfaktorer. Aktiviteter kopplade till stress och återhämtning med syfte minska och förebygga ohälsa för våra medarbetare har även erbjudits under året.

Förhoppningen är att dessa insatser har varit en bidragande faktor i att sjukfrånvaron har minskat och att vi på längre sikt ska uppnå regionens mål.

5 Ekonomi

S:t Eriks Ögonsjukhus redovisar ett resultat på 15,2 miljoner kronor, att jämföra med budget på 6 miljoner kronor, det vill säga 9,2 miljon kronor högre än budget. Resultatet justerat för finansiella intäkter på banktillgodohavanden överstigs resultatkravet med 5,3 miljoner kronor.

5.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Patientavgifter	21	20	1	8,7 %
Sålda primärtjänster	697	717	-20	-9,5 %
Försäljning övriga tjänster	11	9	2	29,4 %
Erhållna bidrag	25	21	4	-63,3 %
Övriga intäkter	26	23	3	-10,4 %
Verksamhetens intäkter	**781**	**790**	**-9**	**-12,9 %**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-408	-410	2	-3,1 %
- varav inhyrd personal	*-0*	*0*	*-0*	*2,7 %*
Köpta primära sjukvårdstjänster	0	0	0	
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-22	-18	-4	30,5 %
Läkemedel	-107	-115	8	0,7 %
Materialkostnader	-66	-62	-4	4 %
Lokal- och fastighetskostnader	-97	-97	0	-1,5 %
Övriga kostnader	-49	-64	15	6 %
Verksamhetens kostnader	**-749**	**-765**	**16**	**-3,7 %**
Avskrivningar	-21	-19	-2	-0,8 %
Finansnetto	4	0	4	
Justering pension mm.	0	0	0	
Resultat**	**15,2**	**6**	**9,2**	

* mkr

** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Summa personalkostnader	**-408,1**	**-409,5**	**1,4**	**-3,1 %**
Förändring sem- och löneskuld	-1,4	-0,4	-1	49,5 %
Lönekostnad	-273	-266,1	-6,9	5,6 %
- varav övertid	*-5,4*	*-3,4*	*-2*	*60,3 %*
- varav sjuklönekostnad	*-4,6*	*-5*	*0,4*	*-8,9 %*
PO-pålägg	-126,7	-135,1	8,4	-18,1 %
Övriga personalkostnader	-7	-8	1	0,6 %
Inhyrd personal	**-0**	**0**	**-0**	**2,7 %**
- varav läkare	*0*	*0*	*0*	
- varav sjuksköterskor	*0*	*0*	*0*	
- varav övrig personal	*-0*	*0*	*-0*	*2,7 %*
Personalkostnad inkl inhyrd personal	**-408,1**	**-409,5**	**1,4**	**-3,1 %**

* mkr

Personalkostnaden ligger inom de budgeterade ramarna för 2025.

Kostnaden för inhyrd personal är marginell.

5.1.2 Konsultkostnader

Externa Konsultkostnader (Mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. %
Juridik	-0	-0	0	0 %
PR	0	0	0	0 %
Management	0	0	0	0 %
IT	-0	-0	0	0 %
Övriga	-2	-1	-1	106,2 %
Summa externa konsultkostnader	**-2**	**-1**	**-1**	**74,8 %**

Inga större avvikelser att notera. Merparten av konsultkostnaderna är kopplat till forskningsstudier externt finansierade.

5.1.3 Administrativa kostnader

Administrativa kostnader (mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Administrativa kostnader	-14	-16	2	0 %

Inga avvikelser att notera.

5.1.4 Utredning av det fullmäktige beslutade resultatkravet

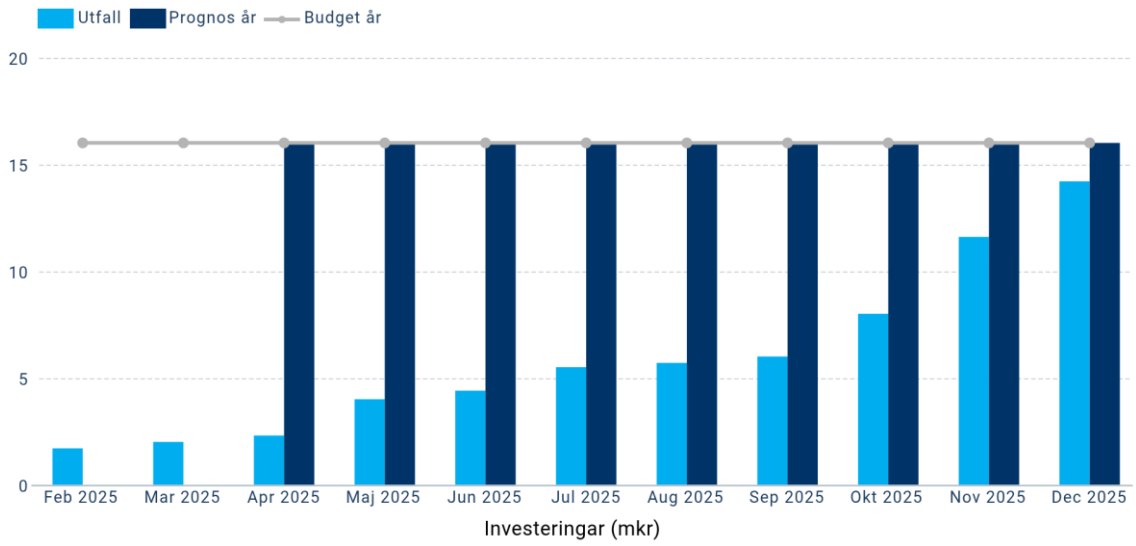
Inga avvikelser att notera för 2025.

5.2 Åtgärder för ett resultat i balans

Åtgärder (Mnkr)	Budgeterad effekt 2025	Realiserad effekt 2025	Avvikelse realiserad effekt jmft budget 2025	Budgeterad effekt 2026	Budgeterad effekt 2027	Budgeterad effekt 2028
Summa						

Inga negativa avvikelser att notera.

5.3 Investeringar



5.3.1 Status investeringsplanens genomförbarhet och risk

Inga risker att notera.

5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget

Årets investeringarna uppgår totalt till 14,2 miljoner kronor att jämföra med investeringsplan på 16 miljoner kronor. Upparbetningsgraden ligger på 89 procent för året.

Investeringarna fördelar sig på medicinteknisk utrustning (10,5 miljoner kronor), ombyggda förhyrda lokaler (0,1 miljoner kronor), it-inventarier (1,2 miljoner kronor), övriga inventarier (1,7 miljoner kronor) och pågående investeringar (0,7 miljoner kronor).

5.3.3 Ny- och ersättningsinvesteringar

Investeringar (mkr)	Utgift 2025	Budget 2025	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Nyinvesteringar				0
Ersättningsinvesteringar	14,2	16,0	1,8	89
Totalt investeringar	**14,2**	**16,0**	**1,8**	**89**

5.3.4 Driftsatta investeringsobjekt

Under perioden har inga investeringsobjekt som kan betraktas som väsentliga tagits i bruk.

5.4 Balansräkning

Balansräkning*	Utfall	Bokslut fg år	Förändr.
Anläggningstillgångar	**86**	**92**	**-7**
-varav pågående nyanläggningar			
Omsättningstillgångar	**301**	**900**	**-599**
- varav kassa och bank	*177*	*761*	*-585*
SUMMA TILLGÅNGAR	**387**	**992**	**-605**
Eget kapital	**290**	**193**	**98**
Avsättningar	**0**	**606**	**-606**
Skulder	**96**	**194**	**-98**
- varav långfristiga skulder	*0*	*0*	*0*
- varav kortfristiga skulder	*96*	*194*	*-98*
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	**387**	**992**	**-605**

* mkr

Balansräkningen är inte jämförbar mellan åren. För jämförelseåret 2024 drevs S:t Eriks

Ögonsjukhus i bolagsform och bland annat pensionsskulden redovisades då i egen räkning under avsättningar.

Balansomslutningen uppgår till 387 miljoner kronor per 2025-12-31.

Likviditeten är god för S:t Eriks Ögonsjukhus. Sjukhuset har ett negativt kassaflöde för perioden på 6,1 miljoner kronor.

Soliditeten är 75,1 procent och räntabiliteten på eget kapital är för perioden 5,96 procent.

5.5 Kassaflödesanalys

Kassaflödesanalys	**2025-12-31**
Mkr	
Den löpande verksamheten	
Kassaflöde från den löpande verksamheten	36,0
Investeringsverksamheten	
Kassaflöde från investeringsverksamheten	-106,5
Finansieringsverksamheten	
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	247,1
Årets kassaflöde	**176,6**
Likvida medel vid årets början	**0**
Likvida medel vid årets slut	**176,6**

Kassaflödet 2025 är påverkad av rörelseöverlåtelseavtal mellan S:t Eriks Ögonsjukhus AB och Region Stockholm.

6 Pågående rättsprocesser (tvister)

Sjukhuset har inte haft några rättsprocesser eller tvister under det gångna året som faller inom ramen för anvisningarna.

7 Övrigt

S:t Eriks Ögonsjukhus har tillämpat de redovisningsprinciper som gäller för en förvaltning. Från och med 1 januari 2025 är S:t Erik avbolagiserat och ingår i Akutsjukhusnämnden (ASN).

8 Förväntad utveckling kommande år

Under året har sjukhuset blivit en del av Akutsjukhusnämnden (ASN) efter avbolagiseringen. Samverkan mellan nämndens olika sjukhus har varit god och kommer att ytterligare förstärkas under kommande år. Förändringar i vårdval inom ögon i Region Stockholm är nu klart och fyra aktörer kommer att ta hand om sjukvården inom vårdval ögon. Sjukhuset planerar inleda diskussioner med dessa aktörer för att underlätta interaktion och samarbete i framtiden för patienternas bästa.

9 Nämnd-/styrelsebehandling

Verksamhetsberättelsen 2025 **behandlas** i Akutsjukhusnämnden (ASN) den **24 februari** 2026.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-0984

Akutsjukhusnämnden/Södersjukhuset

Verksamhetsberättelse

December 2025

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar 4
1.1 Väsentliga händelser 4

2 Styrning och ledning 8
2.1 Verksamhetsfakta 8
2.2 Mål 9
2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa 10
2.2.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv 16
2.2.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig 21
2.3 Uppdrag 23
2.4 Intern kontroll 23
2.4.1 Arbetet med intern kontroll 23
2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller 24
2.4.3 Försäkran 25
2.4.4 Regelefterlevnad 25

3 Verksamhet 28
3.1 Vårdproduktion 28
3.2 Produktivitet 31

4 Personal 32
4.1 Attraktiv och inlyssnande arbetsgivare 32
4.2 Hållbar arbetsgivare 33
4.2.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete och hälsa 33
4.3 Uppföljning avsatta medel 33
4.3.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö 33
4.3.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning 34
4.4 Helårsarbeten 35
4.5 Sjukfrånvaro 36

5 Ekonomi 38
5.1 Resultat 39
5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal 40
5.1.2 Konsultkostnader 41
5.1.3 Administrativa kostnader 42
5.1.4 Utredning av det fullmäktige beslutade resultatkravet 42

5.1.5 Återrapportering medel för åtgärder god ekonomisk hushållning 42
5.2 Åtgärder för ett resultat i balans 42
5.3 Investeringar 44
5.3.1 Status investeringsplanens genomförbarhet och risk 44
5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget 44
5.3.3 Ny- och ersättningsinvesteringar 45
5.3.4 Status enskilda investeringsobjekt > 100 mkr 45
5.3.5 Driftsatta investeringsobjekt 45
5.3.6 Kommande investeringsbeslut för investeringsobjekt > 100 mkr 45
5.4 Balansräkning 45
5.5 Kassaflödesanalys 46
6 Pågående rättsprocesser (tvister) 47
7 Övrigt 48
8 Förväntad utveckling kommande år 49
9 Nämnd-/styrelsebehandling 50

Bilagor

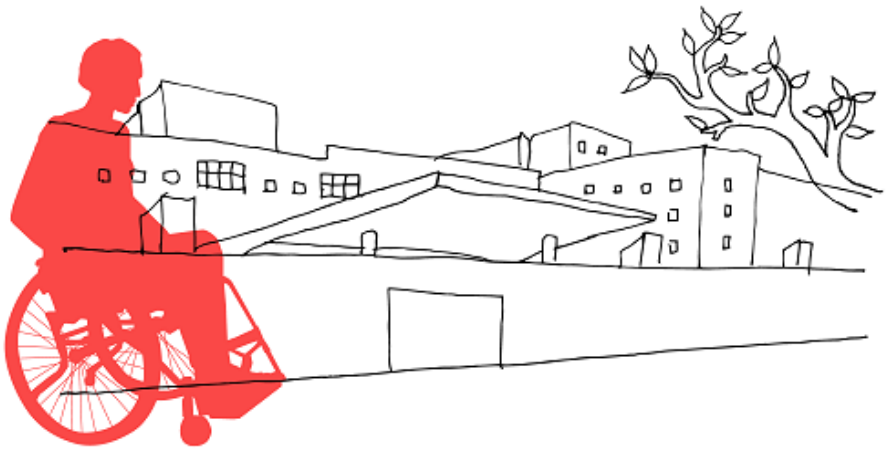
Bilaga 1: Bilaga C1 Driftsatta objekt

Bilaga 2: Bilaga C2 Uppföljning investeringsobjekt

Bilaga 3: Bilaga E1 Övriga avsattningar ansvarsforbindelser och tvister VB 2025

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar

1.1 Väsentliga händelser



Den 1 januari 2025 överfördes verksamheten från Södersjukhuset AB till Södersjukhuset som förvaltning inom den nyinrättade Akutsjukhusnämnden i Region Stockholm. Omställningen har inneburit ett intensivt arbete. Ett gemensamt kansli för Akutsjukhusnämnden etablerades på sjukhuset. På uppdrag av Akutsjukhusnämnden, har de fyra akutsjukhusen samarbetat kring både patientverksamhet och administrativa stödfunktioner under året och arbetet med nämndens elva uppdrag har genomförts i samverkan och rapporteras i samband med verksamhetsberättelsen.

Södersjukhuset har under 2025 bedrivit verksamhet med ett fortsatt stort patientinflöde och hög produktionsnivå. Totalt genomfördes cirka 727 400 vårdkontakter under 2025, varav omkring 131 000 besök på akutmottagningarna. Av de akuta besöken resulterade cirka 27 procent i inläggning. Trots det höga inflödet har sjukhuset kunnat upprätthålla stabil tillgänglighet till nybesök, förbättrat väntetiderna på akuten samt ha en rimlig beläggning på vårdplatserna. Sjukhuset uppnår sedan oktober också tillgänglighetsmålet för behandlingar.

Under året etablerades en Geriatric Clinical Decision Unit (G-CDU), en ny vårdform för äldre och sköra patienter som infördes som en del av anpassningen till regionens förändrade vårdbehov. Enheten erbjuder strukturerad och kortvarig geriatrisk bedömning och utredning och har bidragit till minskade vistelsetider på akutmottagningen samt effektivare övergång till rätt vårdnivå. Från start den 1 september till december har cirka 639 individer vårdats inom G-CDU. Parallellt har arbetet med prehospital konsultation vidareutvecklats, vilket har lett till färre remisser till akuten och kortare vistelsetider för de patienter som remitteras.

2025 invigdes också ett nytt gemensamt Centrum för hjärtintervention i nyrenoverade

lokaler. Pacemakerverksamheten är idag en av landets största med cirka 600 implantationer per år, och PCI-enheten behandlar över 1 000 patienter årligen med en ledande roll inom avancerad och komplex hjärtintervention.

Södersjukhuset tilldelades under oktober även det nationella högspecialiserade uppdraget för vård av thoraxapertursyndrom (TOS), vilket innebär att sjukhuset som enda vårdgivare i landet tar emot patienter från hela Sverige för utredning, behandling och uppföljning. Tillsammans med Region Västerbotten har Södersjukhuset dessutom fått uppdraget att bedriva nationell högspecialiserad vård för patienter med vingskapula, ett ovanligt men ofta funktionsnedsättande tillstånd i skulderbladet, där nationell samordning stärker diagnostik, rehabilitering, eventuell kirurgi och forskning.

Förlossningsverksamheten har under 2025 bedrivits inom ramen för ett regionalt uppdrag där Södersjukhusets uppdrag är 5 700 förlossningar per år, varav totalt 5 120 genomfördes.



Arbetet med Förenkla och Kloka kliniska val har intensifierats i syfte att stärka resursutnyttjande och långsiktig hållbarhet genom att fasa ut vård och diagnostik som inte skapar värde för patienten. Under året startade Södersjukhuset som första sjukhus, ett ambassadörsprogram för Kloka kliniska val, där elva medarbetare från olika delar av verksamheten utsetts att under 2026 utbildas till att stödja och facilitera implementeringen av dessa arbetssätt i förbättringsprojekt.

Ett nytt gemensamt AI-verktyg för analys av operationskort och historiska operationstider har implementerats, vilket möjliggör jämförelser, optimering av planering och bättre utnyttjande av tillgänglig operationskapacitet.

Södersjukhuset har även fortsatt att utveckla sin digitala infrastruktur och påbörjade under året installationen av ett eget 5G-nätverk i sjukhusets lokaler. Satsningen sker inom ramen för ett större europeiskt utvecklingsprojekt med EU-finansiering.

Inom forskning, utbildning och innovation har FoUUi-verksamheten påbörjat ett omfattande utvecklingsarbete. Antalet kliniska studier har ökat, kopplingen mellan forskning och klinisk verksamhet har stärkts och patientdelaktigheten har fördjupats. Södersjukhuset är första sjukhus i landet att bli medlem i EUPATI (en ideell organisation som arbetar för ökad patientmedverkan inom klinisk forskning och innovation). Genom medlemskapet stärker Södersjukhuset sin förmåga att bedriva verksamhetsnära forskning och utveckling som gör verklig skillnad för patienter och vård. Under året har sjukhuset etablerat ett strategiskt samarbete med

Handelshögskolan och Center for Resilient Health för att stärka innovationsförmågan inom hälso- och sjukvården. Genom etableringen av SöS Testbädd har sjukhuset skapat en strukturerad arena för samverkan mellan vård, akademi, industri och patienter, med fokus på ökad patientnytta och hållbara arbetssätt.

Södersjukhuset började den 1 april leverera patientmåltider till Södertälje sjukhus. Södertälje sjukhus får därmed ta del av Södersjukhusets etablerade och flexibla måltidskoncept, vilket höjer kvaliteten på patientmåltiderna och stärker samarbetet mellan sjukhusen. Antalet tillagade portioner i Södersjukhusets kök ökar därmed från cirka 340 000 till omkring 450 000 per år.

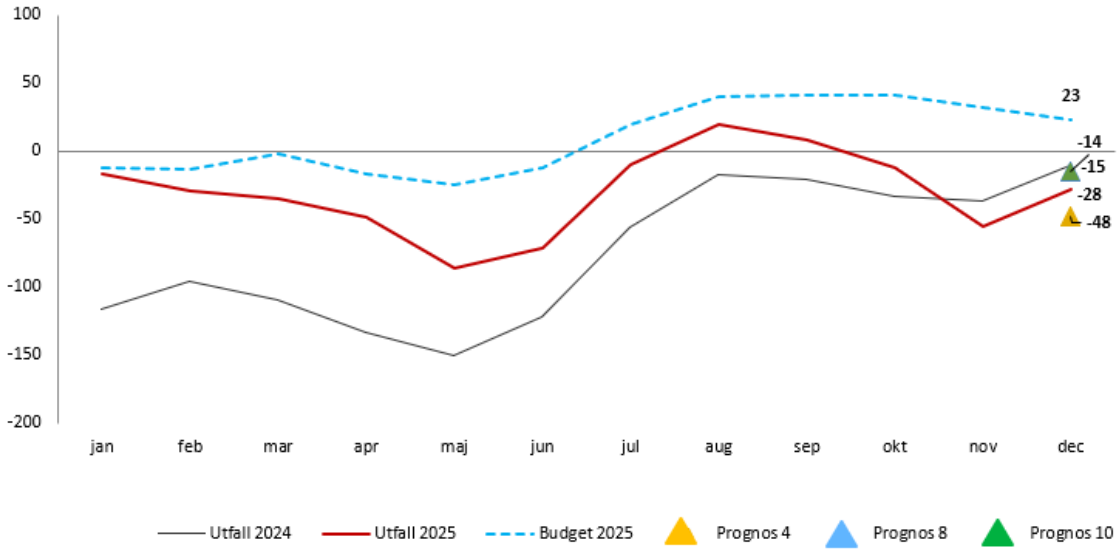
Under de senaste två åren har sjukhusets ekonomiska resultat successivt förbättrats och närmat sig en ekonomi i balans, bland annat genom ett tydligt fokus på produktionsstyrning. Arbetet med att minska beroendet av inhyrd personal har fortsatt, och idag hyrs personal endast in vid särskilda behov samtidigt som fler egna sjuksköterskor har anställts. Dessa åtgärder har väsentligt förbättrat de ekonomiska förutsättningarna, även om fortsatt anpassning är nödvändiga för att nå långsiktig ekonomisk balans.

Året avslutades med ett uppskattat besök av kronprinsessfamiljen på neonatalavdelningen vid Sachsska barn- och ungdomssjukhuset på Södersjukhuset. Kronprinsessan med familj framförde ett varmt tack till medarbetarna för deras viktiga insatser inom hälso- och sjukvården.

Under 2025 har Södersjukhuset genomfört ett intensivt och strukturerat arbete för att ta fram och förbereda en ny sjukhusorganisation. Arbetet har omfattat framtagande av en ny organisatorisk struktur med fyra områden: medicinska specialiteter, opererande specialiteter, Sachsska barn- och ungdomssjukhuset samt diagnostik och teknik. Under året har fyra områdeschefer tillsatts, liksom FoUUi-ansvarig och omvårdnadsansvarig i respektive område. Andra ledande roller som har tillsatts är Chief Medical Information Officer (CMIO) samt Produktions- och utvecklingsdirektör. Sammantaget har året präglats av hög aktivitet och omfattande genomförande- och förberedelsearbete inför den nya organisation som trädde i kraft i januari 2026.

Det ekonomiska resultatet för helåret 2025 uppgår till minus 27,9 mnkr. En negativ avvikelse mot budget med 50,9 mnkr.

Sjukhuset uppnår 102,23% av avtalad målvolym i DRG-poäng för sjukhusavtalet för 2025.


100
50
0
-50
-100
-150
-200
jan
feb
mar
apr
maj
jun
jul
aug
sep
okt
nov
dec
23
-14
-15
-28
-48
Utfall 2024
Utfall 2025
Budget 2025
Prognos 4
Prognos 8
Prognos 10

2 Styrning och ledning

2.1 Verksamhetsfakta

Vårduppdrag – Akutsjukhusnämnden (ASN)

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

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

Samverkan och vårdövergångar

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

Under 2025 har Södersjukhuset bidragit i elva uppdrag från ASN för att förbättra samordningen mellan de fyra akutsjukhusen kring Produktion- och kapacitetstyrning, Dagvård, Kloka kliniska val, Konsultation och samverkan primärvård, IVA-koordinering, Dimensionering av ST Allmänmedicin, Minskad administration och Välfärdsbrott.

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. 2025 påbörjades även arbetet med att inventera behov för sjukhusets krigsuppgift i samverkan med EKMB.

Organisation

Under 2025 har Södersjukhusets verksamhet bedrivits inom en organisation baserad på medicinska specialiteter, med elva verksamhetsområden och kompletterande beredningar, kommittéer och utskott för samordning av sjukhusövergripande frågor. Under året har ett omfattande arbete genomförts för att utvärdera organisationens förmåga att möta ökade krav på samverkan, tillgänglighet, patientsäkerhet och hållbar arbetsmiljö.

Från och med 1 januari 2026 införs en ny organisation med syfte att förenkla ledning och styrning, stärka omvårdnadsperspektivet och skapa tydligare ansvar och mandat. Organisationen bygger på fyra övergripande vårdområden samt förstärkta

vårdstödjande funktioner. Samtidigt förenklas strukturen för beredningar och kommittéer, och det operativa ledningsansvaret tydliggörs.

2.2 Mål



Sjukhusövergripande aktiviteter

I verksamhetsplaneringen 2024 och 2025 beslutades ett antal sjukhusövergripande aktiviteter med syfte att stärka tillgänglighet, kvalitet, patientsäkerhet och långsiktig hållbarhet. Arbetet har under 2024 och under 2025 bedrivits i nära samverkan mellan verksamheter och stödjande funktioner och successivt omsatts i konkreta förbättringar av vårdflöden, arbetssätt och styrning.

Akuta flöden

Utvecklingen av de akuta flödena har fortsatt varit ett prioriterat område. Trots ett ökat inflöde till akutmottagningen under 2025, jämfört med under 2024, har beläggning och tillgänglighetsmåtten varit stabila eller förbättrats. Medianväntetiden till första läkarbedömning har minskat och flödena för patienter med hög medicinsk prioritet har hållits på stabil nivå. Sammantaget visar arbetet att sjukhusövergripande insatser ger effekt även vid ökad belastning.

Produktions- och kapacitetsplanering (PKS)

Arbetet med produktions- och kapacitetsplanering har vidareutvecklats i linje med regionens inriktning för PKS. Nya planer och digitala verktyg har etablerats för vårdplatser, operationer och öppenvård, vilket stärkt sjukhusets förmåga att identifiera över- och underkapacitet vilket har förbättrat resursutnyttjandet och ökat förutsägbarheten i planering och uppföljning. Arbetet fortsätter i nära samverkan med regional styrgrupp. Under 2025 påbörjades även det 2-åriga projektet kring ”Dimensionering av personal” som ska implementera och anpassa den modell som arbetats fram på Karolinska. Våren 2026 ska modellen testas för planeringsåret 2027 och därefter kan övriga ASN-sjukhus involveras.

Förenkla och Kloka kliniska val

Inom ramen för Förenkla och Kloka kliniska val har sjukhuset arbetat med att identifiera och fasa ut icke värdeskapande aktiviteter i både kliniska och administrativa

processer. Arbetet syftar till att frigöra resurser, stärka patientsäkerheten och skapa bättre förutsättningar för medarbetare och chefer att fokusera på patientnära arbete.

Kompetens – Omvårdnad

Under perioden har grunden lagts för en sjukhusgemensam struktur för att leda och utveckla omvårdnadsarbetet. Arbetet har resulterat i beslut om införande av gemensamma, standardiserade arbetssätt från 2026, däribland SEUPP-ronder, patientnära rapport samt strukturerad uppföljning av omvårdnad genom omvårdnadsrond och PPM-omvårdnad. Satsningen stärker förutsättningarna för säker, personcentrerad och hållbar vård.

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

Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov



Kommentar

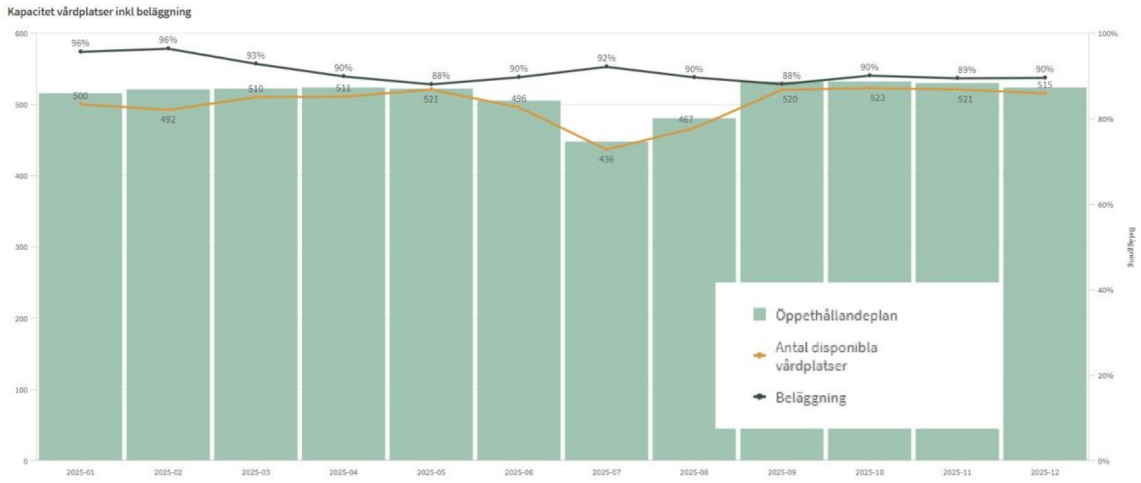
Södersjukhusets bedömning är att målet uppnås.

Akutflödet

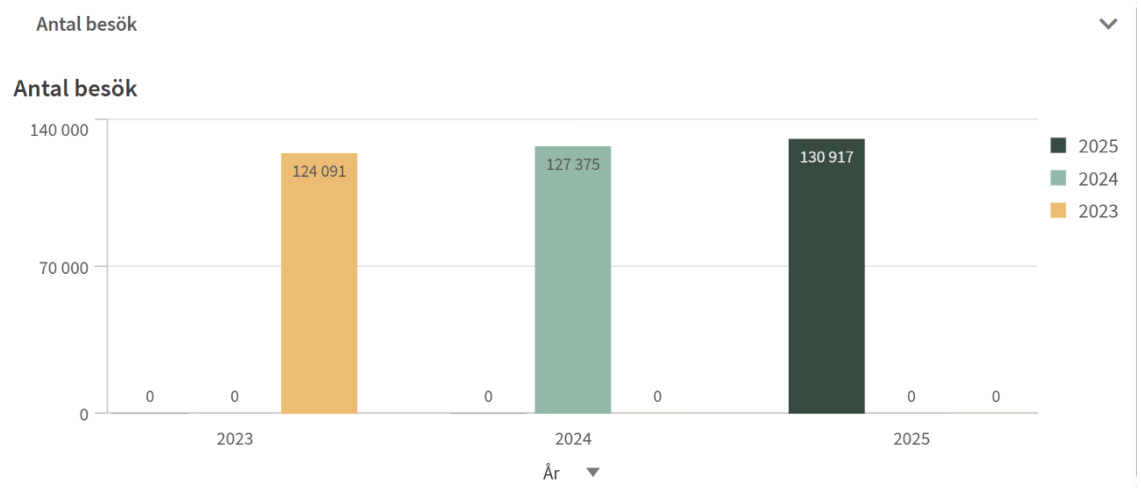
Under 2023–2024 implementerades en process för inskrivning i slutenvården och vårdplatser öppnades på akuten, vilket ledde till kortare vårdtider inom slutenvården, större tillgång på vårdplatser och kortare vistelsetider på akutmottagningen. Kortare vistelsetider innebär färre samtidiga patienter på akutmottagningen, och detta gynnar både patienter och personal.

Under 2025 har det totala antalet sökande på akuten varit högre jämfört med tidigare år (se bild). Enskilda dagar under semestertider har det krävts dagliga avstämningar och ibland särskilda insatser för att hantera belastningen på akutmottagningen för vuxna. Andelen inlagda patienter är väsentligen oförändrad och trots att antal patienter ökat har samtliga flödesparametrar förbättrats. Öppethållandeplanen för året har upprätthållits och bedöms i stort ha motsvarat behovet (*se bild*). Den genomsnittliga beläggningen inom vuxensjukvården över året var 93%. En nivå som bedöms rimlig för verksamheten och oförändrad jämfört 2024.

Under 2025 har Södersjukhuset öppnat vårdplatser för akuta geriatriska patienter för att ytterligare korta vistelsetiden på akutmottagningen för de sköra äldre patienterna. Kardiologspecialistens roll på akuten har setts över för att säkerställa snabb bedömning och behandling av patienter med hjärtproblem, samtidigt växla resurser inom kardiologisk dagvård och slutenvård. Därutöver har Heart Score implementerats på akutmottagningen, som snabbt identifierar patienter med hög risk för allvarlig hjärtsjukdom. Genom att fokusera resurserna på de patienter som har störst behov, används akutmottagningens kapacitet effektivt.



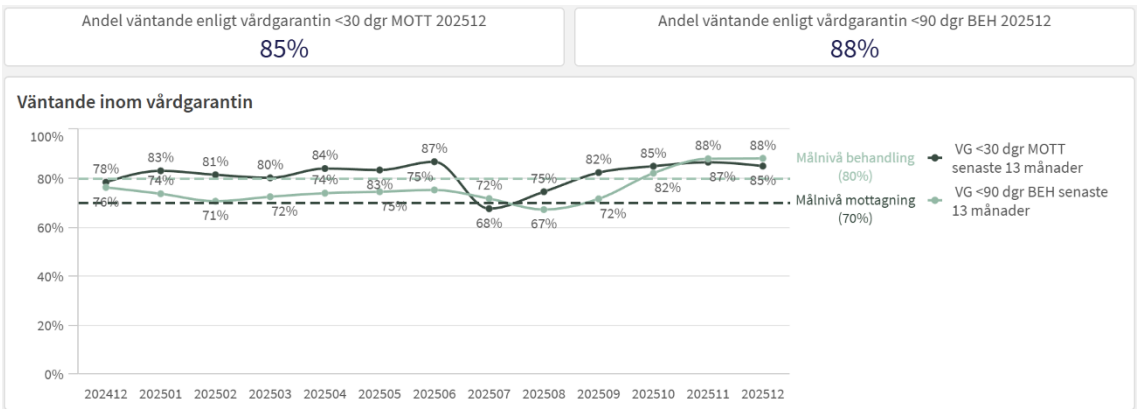
Kapacitet vårdplatser inkl. beläggning och öppethållandeplan



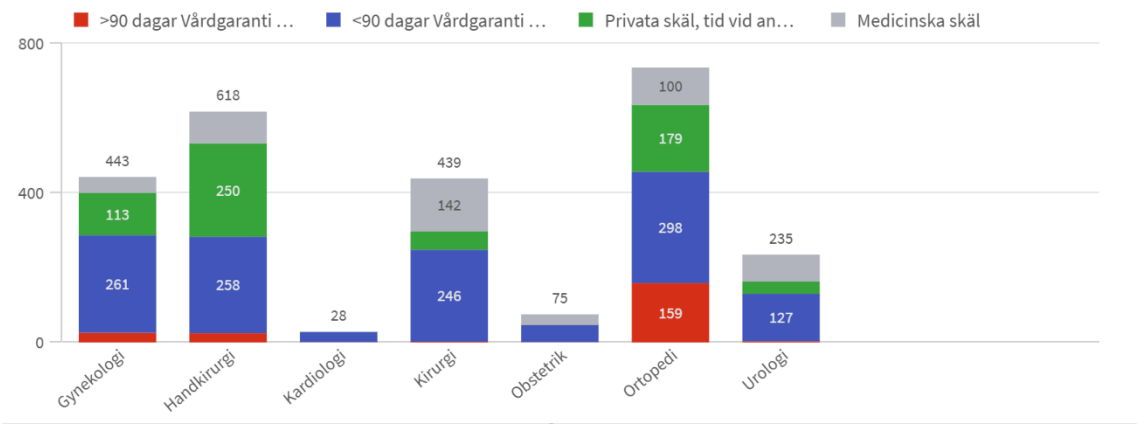
Akuta flödet på södersjukhusets akutmottagningar

Kösituationen

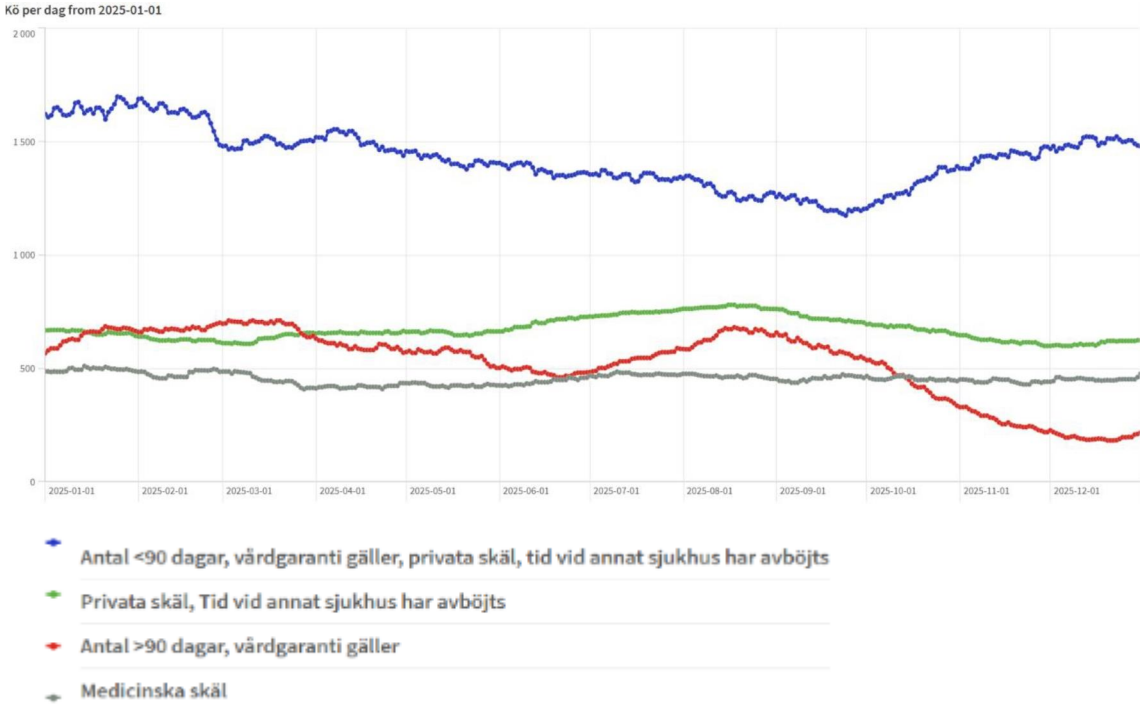
Kösituationen har under 2025 förbättrats och för första gången på flera år klarar Sös vårdgarantin även för behandlingar sedan oktober (se bild)



Andel väntande inom Vårdgarantin till mottagning och behandling, dec 2025



Antal på väntelistan för operation 2025-12-31 uppdelat per verksamhetsområde och orsak till väntan.



Utveckling under 2025 av väntelista för operation, uppdelat på orsak till väntan.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	88 %	76 %			Öka från år 2 024

Kommentar

Målvärdet uppnås genom många åtgärder och lyckosamma samarbeten såväl internt på sjukhuset som i

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
regionen. Aven om helheten ser mycket bra ut med ett målvärdesutfall på 88 % har verksamhetsområde ortopedi på Södersjukhuset en bit kvar att tillgodose tillgänglighetsmålet men trenden är ljus. Samtliga andra verksamheter har en god tillgänglighet för patienterna vilket är glädjande.					
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	87 %	78 %		>=70 %	>=70 %
Kommentar Södersjukhuset når målvärdet med ett utfall på hela 87% vilket är bra för alla patienters tillgänglighet.					
Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	70				Minska från år 2 024
Kommentar Under perioden 2023–2025 har antalet besök vid sjukhusets samtliga akutmottagningar, inklusive vuxenakuten, gynakuten och barnakuten, ökat med cirka 5,5 %,samtidigt som medelåldern bland patienterna har stigit från 56,0 till 57,1 år. Trots detta har medianväntetiden till första ansvariga läkare har kortats från 76 till 70 minuter från 2023 till 2025, motsvarande en minskning med cirka 7,9 %. Sammantaget visar utvecklingen att patientflödena vid sjukhusets akutmottagningar har effektiviserats trots ett ökat inflöde och en allt äldre patientgrupp.					
Total vistelsetid på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	244				Minska från år 2 024
Kommentar Under perioden 2023–2025 har antalet besök vid sjukhusets samtliga akutmottagningar, inklusive vuxenakuten, gynakuten och barnakuten, ökat med cirka 5,5 %, samtidigt som medelåldern bland patienterna har stigit från 56,0 till 57,1 år. Trots detta har medianvistelsetiden på akutmottagningarna minskat från 274 till 244 minuter, vilket motsvarar en minskning med cirka 10,2 %.					

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Förstärka och återrapportera arbetet med dagvårdsplatser	2025	Genomförd		Se bilaga
Förbättra samt underlätta primärvårdens möjlighet till snabb konsultationshjälp från specialistläkare	2025	Genomförd		Se bilaga

Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Kommentar

Södersjukhusets bedömning är att målet uppnås.

In -och utskrivningsprocessen

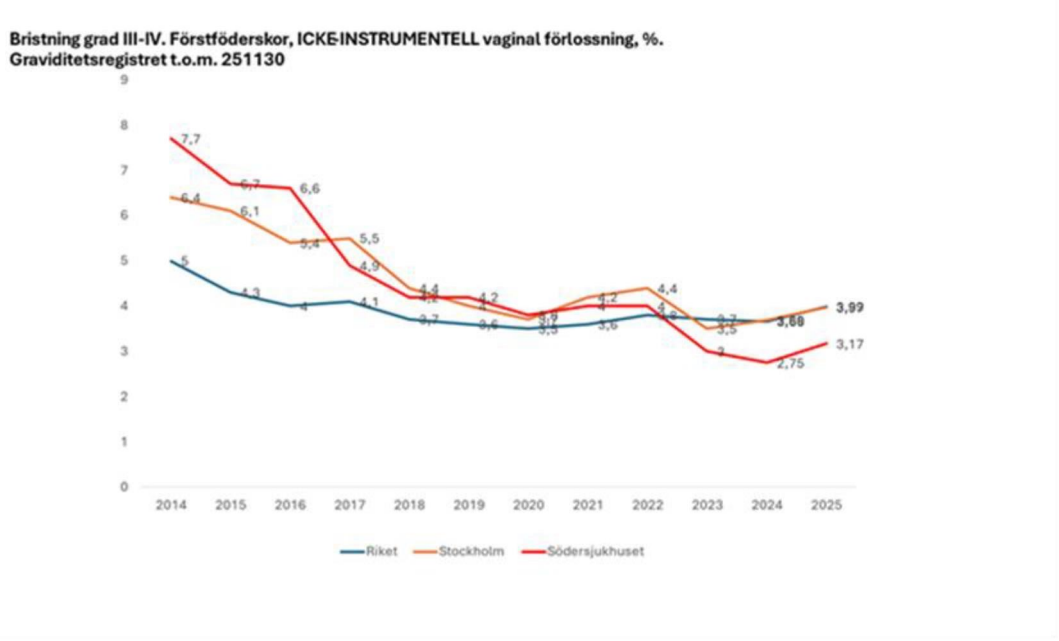
Under större delen av 2025 har situationen kring in-och utskrivningsprocessen varit

stabil över tid. Under året har Södersjukhuset arbetat i verksamhetsövergripande projekt med sjukhusets akuta flöden med genomförda pilotprojekt där fokus legat på att förbättra tidiga utskrivningar för att frigöra vårdplatser redan på förmiddagen. Södersjukhusets nya G-CDU har väsentligt förkortad tid på akuten för sköra äldre patienter. Regelbundna samverkansmöten med geriatriska vårdgrannar, ASIH-företrädare och palliativa vårdenheter i söderort är ett mycket lyckat samverkansarbete vilket faciliterar vårdprocesserna till snabbare vårdövergångar.

Omvårdnadsrelaterade aktiviteter
Södersjukhuset har haft regelbunden undervisning i så kallade kateter-, pneumoni-, och infartsverkstäder för att minska vårdrelaterade infektioner. Under en månad har särskilt fokus varit på att öka kompetens om trycksår. Det nybildade utskottet för omvårdnad har erbjudit en kurs i evidensbaserad omvårdnad 3 Hp för sjuksköterskor på steg 3-4 i kompetensstegen. Inom ramen för den nya organisationen har fyra omvårdnadsansvariga sjuksköterskor utsetts och kommer att utveckla omvårdnaden tillsammans med områdeschefer och chefsjuksköterska.

Standardiserade vårdförlopp, cancer (SVF cancer)
Södersjukhuset har 10 SVF förlopp för cancer. Ledtiderna klaras i 60% av förloppen. Bäst går det för tjock/ändtarmscancer, prostatacancer och njurcancer som klarar ledtiderna i 89%, 83% respektive 64% av fallen. Årets patientenkät visade att helhetsintrycket ligger högt men fortsatt arbete behövs med tillgänglighet, delaktighet och involvering.

Förlossning
Under flera år har Södersjukhuset arbetat med ett systematiskt förbättringsarbete för att stärka kvaliteten i förlossningsvården. Arbetet har gett resultat och Södersjukhuset har färre förlossningsbristningar än regionen och riket i genomsnitt. Arbetet med att förebygga förlossningsbristningar fortsätter och är väl förankrat bland samtliga medarbetare inom verksamheten.



Händelseanalyser och Lex Maria

Södersjukhuset tar emot cirka 300 PaN-ärenden, respektive cirka 900 LÖF-ärenden per år. Ett 90-tal händelseanalyser genomförs per år där ett 40-tal går till IVO som Lex Maria. I sjukhusets ledningsgrupp redovisas regelbundet avvikelser och månadsvis sker en presentation av en utvald allvarlig vårdskada som belyser en övergripande patientsäkerhetsproblematik med efterföljande diskussion. Händelsen och åtgärder diskuteras för att öka transparensen, stärka säkerhetskulturen och öka lärandet.

Patient- och närståenderåd

Södersjukhusets Patient- och närståenderåd, som är helt etablerat sedan 2024, verkar bland annat som en referensgrupp till sjukhusets övergripande verksamhetsprojekt, samt i samverkansprocessen.

Patient-och säkerhetskultur

Södersjukhuset har genomfört flera sjukhusövergripande aktiviteter såsom föreläsningar, seminarier och patientsäkerhetsdialoger med klinikernas ledningsgrupper och i årets medarbetarenkät sågs ett ökat HSE-index vilket visar på en hög grad av patientsäkerhetskultur.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle *(Regionfullmäktige)*	0,7	0,7	●	<=1,3	<=1,3

Kommentar

Utfallet 0,66 dagar vad gäller utskrivningsklara patienter har bibehållits senaste året. Det talar för att arbetssätt både internt och externt till stora delar fungerar väl. God samverkan och nära kontakt mellan olika vård- och omsorgsaktörer skapar goda förutsättningar att snabbt få till stånd omsorgsinsatser för patienter som kommer behöva vidare vård och omsorg efter utskrivning. Att vidmakthålla och vidareutveckla samarbetsformer blir en

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

uppgift för akutsjukhuset under kommande år.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner *(Regionfullmäktige)*	3,7 %	4,2 %		<=4 %	<=4 %

Kommentar

Andelen patienter som ordinerats antibiotika på grund av en vårdrelaterad infektion har minskat med 0,5 procent jämfört med föregående år.

Sjukhuset har under året fortsatt det systematiska arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning. Andelen VRI kan följas löpande månadsvis per enhet och verksamhetsområde. Samtliga verksamhetsområden har fått redogöra för hur de arbetar med den sjukhusövergripande handlingsplanen för att minska vårdrelaterade infektioner. Validering av ordinationsorsaker i Infektionsverktyget har genomförts. Verkstäder med fokus på att minska vårdrelaterad urinvägsinfektion, lunginflammation och infartrelaterade infektioner har genomförts.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Intensifiera arbetet för att fasa ut lågvärdevård och föra in kloka kliniska val	2025	Genomförd		Se bilaga
Förstärka och återrapportera arbetet med en regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering	2025	Genomförd		Se bilaga
Beakta Socialstyrelsens riktvärde för intensivvårdsplatser och beläggningsgrad inom intensivvården	2025	Genomförd		Se bilaga
Stödja arbetet med dimensioneringsplanen för ST i allmänmedicin	2025	Genomförd		Se bilaga

2.2.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Kommentar

Södersjukhusets bedömning är att målet delvis uppnås.

Södersjukhuset redovisar ett ekonomiskt resultat som är minus 27,9 mnkr, vilket är en avvikelse med minus 50,9 mnkr mot resultatmålet. Således uppnår inte sjukhuset fullt ut målet om en långsiktig ekonomisk uthållighet.

Efter kraftigt förbättrat ekonomiskt resultat 2024 har sjukhuset haft nya ekonomiska utmaningar under 2025. Uppräkning av ersättningsnivån i sjukhusavtalet har inte varit tillräcklig för att finansiera prisökningar av kostnaderna. Den ökade produktionen av vård har inneburit ökade kostnader. Kostnader för precisionsmedicin ökar, likaså kostnader för dyra läkemedel. Antalet anställda medarbetare har ökat men antalet timanställda samt arbete på övertid har inte minskat i tillräcklig omfattning. De kraftigt minskade förlossningsvolymerna har minskat sjukhusets intäkter samtidigt som sjukhuset ska upprätthålla oförändrad kapacitet.

För att klara resultatkravet 2026 behöver kostnadsreducerande åtgärder och intäktsökningar genomföras med ca 120 mnkr. En stor utmaning för sjukhuset är anpassning av bemanningen till de ekonomiska förutsättningarna. Fortsatt arbete med bättre bemanningsplanering och minskad sjukfrånvaro i syfte att minska merkostnader såsom övertid samt timanställningar. Dispensförfarande fortsätter att tillämpas vid rekrytering i syfte att minska antalet anställda där det är möjligt. Stort fokus under året är på kapacitetsplanering inom operationsverksamheten, dimensionering av bemanning, förbättrade akuta flöden, förenkla genom kloka kliniska val samt öka digitalisering och automatisering.

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

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Administrativa kostnader ska minska *(Regionfullmäktige)*	120 mkr	146 mkr		125 mkr	Enligt budget 2 025

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott	2025	Genomförd		Se bilaga
Ta fram en plan för att minska de administrativa kostnaderna med minst 10 mkr	2025	Genomförd		Se bilaga

Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

Kommentar

Södersjukhusets bedömning är att målet uppnås.

Sjukhuset är fortsatt miljöcertifierade enligt ISO 14001 genom den omcertifieringsrevision som genomfördes under våren. I ledningssystemet säkerställs ett systematiskt miljöarbete för att minska miljöpåverkan med fastställda miljömål, tydliga roller och ansvar i det dagliga arbetet. Miljömålen har fastställts av sjukhusledningen vilka utgår ifrån sjukhusets miljöpåverkan och Region Stockholms mål och budgetindikatorer.

Sjukhuset arbetar med att minska klimatpåverkan från användning av medicinska gaser. Med rätt teknik och handhavande är mål om minskning möjlig. Minskningen är också korrelerad till antal patienter som behöver behandling med de medicinska gaserna. Den största användningen av lustgas sker inom förlossningsvården där en lustgasdestruktor finns kopplad för att rena utsläppen, under 2025 har utsläppsdata från lustgasen schablonberäknats.

Sjukhusets klimatpåverkan ska också minskas genom sjukhusets övergripande arbete avseende val av produkter och material med en lägre klimatpåverkan, sortera ut avfall för återvinning och för att ha ett lågt matsvinn från patientmåltiderna. Mål för att öka andel kanylburkar med lägre klimatpåverkan har uppnåtts och andelen uppgick till 70% för 2025. Fler digitala kallelser till patienter sker också vilket minskar klimatpåverkan med färre antal försändelser och minskade transporter.

Vidare pågår arbete med patientmåltider i syfte att minska matsvinnet, vilket fortsatt ligger på en låg nivå (10,7 %), samtidigt som andelen ekologiska livsmedel är hög (46 %). Textilsvinnet är fortsatt på ungefär samma nivå som tidigare år, med 16 % uteliggande plagg över 30 dagar, och sjukhuset arbetar med informationsinsatser för att minska detta. Ett stort arbete görs genom att ha goda rutiner för hantering av läkemedel vilket leder till minskad kassation, färre transporter och minskade kostnader samt en lägre miljöpåverkan. I samtliga upphandlingar ställs hållbarhetskrav och drivande miljökrav där det är möjligt. Fem upphandlingar genomfördes på sjukhuset under året och för två av dessa var det relevant att ställa drivande miljökrav.

Arbetet med Garderoben, Sös klädförråd med begagnade kläder för patienter som saknar egna vid hemgång har fortsatt under året samt att konceptet har spridits till andra sjukhus både inom regionen och till andra regioner.

Sös långsiktiga strategi Sös 2030 innebär att sjukhuset ska arbeta för ett hållbart sjukhus för patienter, medarbetare och samhälle, vilken sedan innebär årliga verksamhetsplaner med patientperspektivet i fokus exempelvis genom det strategiska arbetet med Kloka kliniska val.

Utfallet för indikatorerna kan inte redovisas fullt ut, då beräkningsförutsättningar och

anvisningar har förändrats under året och förutsättningar för en enhetlig och fastställd beräkningsmetod ännu saknas.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019 *(Regionfullmäktige)*	-31%			-29 %	-29 %

Kommentar

Sjukhuset har arbetat med att minska klimatpåverkan från medicinska gaser (lustgas och anestesigas) samt från patientmåltiderna. Resultat redovisas i regionens (SKRs) klimatberäkningsverktyg separat. För destruktion av lustgas finns en destruktor kopplad till användningen på förlossningen. Destruktorn har fungerat under året men brister finns redovisade siffror från utrustningens analysator. Dessa kan ej klarläggas under redovisningsperioden varför en schablonberäkning har gjorts.

Det saknas kvalitetssäkrade utsläppsdata och en regiongemensam process för beräkningar. Regiongemensamt arbete sker under kommande år.

Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan *(Regionfullmäktige)*		-8,8 %		-19 %	-19 %

Kommentar

Under 2025 har det liksom för föregående år saknats tillförlitlig data för basår och mätmetoder för att beräkna konsumtionsbaserad klimatpåverkan därför är det inte möjligt för sjukhuset att redovisa resultat avseende 2025 års målvärde för indikatorn.

De scope 3 kategorier valt att arbeta med och inom vilka minskning kan ske är (utifrån regionens definition) följande:

- 1a. Inköpta varor
- 1b. Inköpta tjänster
- 2. kapitalvaror
- 5. Avfall

Idag arbetar sjukhuset med flera produkter och produktgrupper för att minska onödig användning och svinn samt utbyte mot bättre produkter ur miljöhänseende. Engångsprodukter som ingår är undersökningshandskar, skyddsförkläden och kanylburkar.

Resultat konsumtionsbaserade klimatutsläpp för 2025 i siffror (jämfört med 2023):

- Andelen **kanylburkar** med lägre klimatpåverkan har ökat. Koldioxidutsläpp har minskat med 24 %. Utsläpp uppgår till 6353 kg
- Införande av **cirkulära skyddsförkläden** har startat under sen höst men är ännu inte implementerat. Koldioxidutsläpp från användning av skyddsförkläden har ökat med 7 % från föregående år då antalet inköpta skyddsförkläden har ökat. Utsläpp uppgår till 429,6ton .
- Användning av **undersökningshandskar** har också ökat under året. Koldioxidutsläpp har ökat med 0,5 %. Utsläpp uppgår till 486,9 ton.

Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav *(Regionfullmäktige)*		100 %		100 %	100 %

Kommentar

Sjukhuset har under året genomfört fem (5) egna upphandlingar och i två av dessa har det varit relevant att ställa drivande miljökrav. Särskild bilaga med detaljerad information finns. Utöver upphandlingar så gör sjukhuset inköp via regionens ramavtal. Sjukhuset har följt upp avtalstrohet för dessa inköp och har under 2025 en avtalstrohet på 96 %, vilken har förbättrats under flera år.

Nämnden/bolaget har genomfört åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning		Ja		Ja	Ja

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
av produkt- och materialflöden *(Regionfullmäktige)*					

Kommentar

Sjukhuset arbetar med olika åtgärder för att förbättra materialåtervinning samt öka livslängd på olika produkter.

- Sjukhuset har arbetat med att förbättra återvinningen av plast. Siffror finns ej klara i skrivande stund.
- Under hösten startade implementering av tjänsten för cirkulära skyddsförkläden på några verksamheter på sjukhuset, det arbetet kommer att fortgå hela 2026 och även 2027.
- Flera verksamheter har arbetat med att byta ut engångsprodukter till flergångs. Exempelvis undersökningsinstrument, rondskålar, medicindispensers.
- Möbelförrådet har varit stäng under en del av året p g a ombyggnation på sjukhuset och inför nyöppnandet genomfördes förbättringar av verksamheten för att förbättra inlämning och hämtning
- Arbete med att minska textilsvinn har också genomförts och andelen uteliggande plagg uppgår till 16,7 **%.**
- Garderoben - där hela och rena kläder lämnas till patienter som saknar egna har fortsatt att användas av sjukhusets verksamheter. Skänkta och kvarglömda kläder och skor har lämnats till patienter vid hemgång.

Sjukhuset har arbetat med flera åtgärder men inte nya åtgärder. För att få framdrift behöver pågående arbete både förvaltas och utvecklas vilket är resurskrävande men kan också ge bäst nytta. I dags läget finns inte heller möjligheter att mäta (i koldioxidekvivalenter) alla de åtgärder som sjukhuset arbetar med.

Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling

Kommentar

Södersjukhusets bedömning är att målet uppnås.

Sjukhuset arbetar systematiskt och aktivt i de löpande vårdkontakterna med att ta ansvar för att patienterna behandlas likvärdigt och individuellt så att ingen diskrimineras samt att resurserna fördelas på ett rättvist och jämställt sätt. Sjukhuset har en patient- och närståenderåd som träffas regelbundet tillsammans med sjukhusrepresentant. Synpunkter och klagomål från patienter och anhöriga hanteras av sjukhusets patientvägledare. All avvikelsehantering och sjukhusets systematiska kvalitet- och patientsäkerhetsarbete rapporteras i den årliga Patientsäkerhetsberättelsen (februari). Dessutom upprättar varje verksamhetsområde sin egen Patientsäkerhetsberättelse. Arbetet utifrån barnkonventionen med utbildningar för sjukhusets och regionens medarbetare fortgår och under 2025 har även flera verksamheter genomfört utbildning i empati och bemötande samt kartläggning av sjukhusets arbete med social hållbarhet.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Nämnden/bolaget har utifrån sitt uppdrag arbetat systematiskt med social hållbarhet *(Regionfullmäktige)*	Ja	Ja		Ja	Ja

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

Kommentar

Sjukhuset bedriver ett systematiskt och proaktivt arbete för att säkerställa likvärdigt bemötande och motverka diskriminering utifrån samtliga sju diskrimineringsgrunder i mötet med patienter och närstående. Arbetet sker inom ordinarie vårdprocesser och stöds av strukturer för dialog och uppföljning, såsom patient- och närståenderåd samt hantering av synpunkter och klagomål via patientvägledare. Kompetenshöjande insatser genomförs löpande, bland annat inom bemötande, empati och barnkonventionen. Under året har en kartläggning av sjukhusets arbete med social hållbarhet genomförts som underlag för fortsatt utveckling.

2.2.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig

Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare



Kommentar

Södersjukhusets bedömning är att målet uppnås.

För att stärka sjukhusets arbetsgivarvarumärke genomförs riktade kommunikationsinsatser, bland annat filmer i sociala medier, deltagande på rekryteringsmässor och ökad digital närvaro mot särskilt efterfrågade yrkesgrupper.

Satsningar genomförs på karriärvägar, utbildning och validering för att stärka medarbetarnas kompetens och utvecklingsmöjligheter inom organisationen. Parallellt pågår ett arbete för en hållbar arbetsmiljö som främjar hälsa, trivsel och engagemang.

En mer detaljerad beskrivning av aktiviteter som bidragit till att vi nått målet återfinns i kapitel 4.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning *(Regionfullmäktige)*	99,7 %	99,6 %		99 %	99 %

Kommentar

Målet är att egen personal ska stå för 99 procent av Södersjukhuset totala bemanningskostnader, Södersjukhuset uppnår således målet.

Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare



Kommentar

Södersjukhusets bedömning är att målet delvis uppnås.

Sjukfrånvaron har minskat kontinuerligt under året och ligger nu strax över målvärdet på 6%. HME ligger kvar på samma nivå som föregående år och andel medarbetare som

uppger att de blivit utsatta för hot och/eller våld har ökat något och ligger över målvärdet.

Under året har ett stort antal aktiviteter genomförts för att minska sjukfrånvaron. Bland annat har en ny arbetsmodell införts, så kallat riskorienterat arbetssätt, med syftet att åstadkomma ett ännu mer strukturerat och föregripande arbete med att minska sjukfrånvaron. Det nya arbetssättet har startat med en workshop i samtliga ledningsgrupper på sjukhuset och innebär att man arbetar med insatser utifrån fyra riskgrupper, såväl på individ- som på arbetsgruppsnivå. Vidare har en rehabcoach stöttat chefer och HR-partners i rehab-ärenden samt även startat ett antal ärendehanteringsgrupper för att skapa mer kollegialt stöd i dessa frågor. Utvecklingen av sjukfrånvaron har kontinuerligt följts upp på månatliga uppföljningsmöten och samtliga verksamhetsområden har ombetts göra analyser och ta fram specifika handlingsplaner. Vi kommer ha ett fortsatt stort fokus på att minska sjukfrånvaron och öka frisknärvaron.

Även att minska övertidsuttaget har varit en prioriterad fråga under året och åtgärder har tagits fram både lokalt och centralt för att påverka dessa siffror i en positiv riktning. En viktig åtgärd kopplat till detta är att införa ett förändrat arbetssätt avseende schemaplanering.

Vad gäller andel medarbetare som utsatts för hot och våld så har det genomförts utbildningar för nyanställda och för medarbetare på de arbetsplatser som efterfrågat ett extra stöd. Under året har en pilot genomförts på några arbetsplatser vars syfte är att tidigt identifiera patienter där det finns en ökad risk för hot och våld inom 24 timmar. Utifrån risknivå har det förebyggande åtgärder vidtagits.

Mer detaljerad beskrivning om arbetsmiljöinsatser för att öka HME återfinns under kapitel 4.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel sjukfrånvaro *(Regionfullmäktige)*	6,2 %	6,7 %	🟥	<6 %	<6 %
Kommentar					
Andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid.					

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Totalindex HME *(Regionfullmäktige)*	79	79	🟢	>=80	>=80
Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete *(Regionfullmäktige)*	11 %	9 %	🟥	<=8 %	<=8 %
Kommentar					

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

I den årliga OSA-kartläggningen har 11% av Södersjukhusets medarbetare svarat att de utsatts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete. Södersjukhuset har inte uppnått 2025 års målvärde. Södersjukhuset accepterar inte hot och våld. Det är ett prioriterat område i organisationen. Målet är att Södersjukhusets medarbetare ska vara fria från hot och våld.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Införa ett regiongemensamt bemanningscentrum för sjukhusen för att bemanna akutsjukvården	2025	Genomförd		Se bilaga
Säkerställa en personalsammansättning som ger optimal bemanning med rätt sammansättning	2025	Genomförd		Se bilaga
Utreda hur personalsammansättningen på akutsjukhusen kan optimeras	2025	Genomförd		Se bilaga

2.3 Uppdrag

Se bilaga.

2.4 Intern kontroll

2.4.1 Arbetet med intern kontroll

Översikt av arbetet med intern kontroll

Under 2025 har Södersjukhuset bedrivit sitt arbete med intern kontroll i enlighet med COSO-ramverket. Uppföljning och rapportering har genomförts tertialvis enligt fastställda rutiner, med tydlig ansvarsfördelning och löpande återkoppling till sjukhusledningen.

Internkontrollplanen (IKP) utgör grunden för arbetet och omfattar identifierade väsentliga risker och sårbarheter, tillsammans med beslutade kontrollaktiviteter och åtgärder. Dessa följs upp kontinuerligt av utsedda riskägare och rapporteras enligt gällande processer.

Förändringar sedan föregående rapportering

Sedan föregående rapportering har inga förändringar av väsentlig karaktär skett i arbetet med intern kontroll. Risker och uppföljning är fortsatt strukturerade utifrån sju övergripande riskperspektiv kopplade till sjukhusets verksamhetsplan. För varje

perspektiv finns en utsedd ansvarig chef samt tillhörande riskägare, vilket bidrar till en tydlig ansvarskedja och förbättrad systematik i uppföljningen.

I och med inrättandet av Akutsjukhusnämnden sker tertialvis rapportering från sjukhusdirektören i enlighet med fastställda rapporteringskrav.

Styr- och kontrollmiljö samt roller och ansvar

Styr- och kontrollmiljön har under perioden varit stabil och utan större förändringar. Ledningens engagemang i internkontrollfrågor och tydligt definierade roller och ansvar utgör fortsatt centrala förutsättningar för en väl fungerande intern kontroll. Arbetet med att vidmakthålla tydlighet i ansvarsfördelning och beslutsvägar har därför fortsatt varit i fokus.

Identifierade brister och hantering

Under perioden har inga väsentliga brister i den interna kontrollen uppmärksammats. Inte heller har några avsteg från Riktlinje för intern kontroll (RS 2024-0510, RS 2022-0326) identifierats. Arbetet har därmed bedrivits i enlighet med gällande regelverk och fastställda krav.

2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller

Vid den aktuella riskutvärderingen för helåret har totalt 31 risker identifierats inom Södersjukhusets internkontrollarbete.

Av dessa klassificeras 2 risker som mycket hög risk, 12 som hög risk, 17 som medelhög risk. Risker med låg eller mycket låg riskvärdering ingår i den samlade riskbilden men prioriteras inte för särskild rapportering i internkontrollplanen.

De två risker som bedöms som mest kritiska för sjukhusets verksamhet är:

- **Risk för att sjukhuset inte uppfyller kraven på ett robust sjukhus** (*Riskperspektiv 1 – Fastighet, robust teknisk infrastruktur och IT*)
- **Dataintrång, skadlig kod, störningar eller angrepp på teknisk infrastruktur** (*Riskperspektiv 2 – Säkerhet, juridik och informationssäkerhet*)

Riskbilden är i huvudsak stabil jämfört med delåret 2025, då majoriteten av riskerna har oförändrad värdering. De risker som förändrats i värde bedöms spegla genomförda åtgärder och förändrade förutsättningar i verksamheten.

Risker där värdet har minskat sedan föregående värdering (delåret 2025):

- Ekonomiska styrsystem hämmar nya vårdformer
- Finansiering G-CDU
- Risk för negativ avvikelse mot resultatkrav
- Efterlevnad av regelverk (PDV/PVD enligt underlaget)
- Bemanning och kompetensförsörjning

- Risk för att produkter med bättre klimathänsyn inte används/köps in på grund av kostnad
- Risk för felaktig hantering inom KEV (Kommitté Elektiv Vård)

Obligatoriska riskområdena:

Risk för felaktiga bidragsutbetalningar

Riskområdet har identifierats inom Region Stockholm och rör främst hanteringen av bidrag till externa aktörer. Risken bedöms även för helåret inte påverka Södersjukhuset direkt, då sjukhuset inte hanterar bidragsutbetalningar av detta slag. Mot denna bakgrund ligger risken fortsatt utanför sjukhusets internkontrollplan, men hålls under bevakning. Sjukhuset följer regionens arbete inom området och gör löpande bedömning av om risken behöver inkluderas i internkontrollplanen framöver.

Risk för fel i finansiell rapportering

Denna risk avser risken för att sjukhusets finansiella rapportering är felaktig eller ofullständig, vilket kan leda till felaktiga beslut eller förtroendeskador. För helåret 2025 bedöms riskvärderingen vara oförändrad jämfört med delåret och ligga kvar på låg nivå. Bedömningen baseras på att sjukhuset har etablerade rutiner för ekonomisk uppföljning, bokslutsprocesser och intern kontroll, samt regelbundna avstämningar och kontroller. Rutiner och intern kontroll bedöms fortsatt vara tillräckliga, och någon ytterligare åtgärd utöver ordinarie uppföljning bedöms inte nödvändig inom ramen för internkontrollplanen.

2.4.3 Försäkran

Nämnden har försäkrat sig om att man genom sjukhusdirektören har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå en tillräcklig intern kontroll inom verksamheten, i enlighet med Region Stockholms riktlinjer för intern kontroll (RS 2024-0510, RS 2022-0326).

Det finns inga avsteg från riktlinjerna för intern kontroll och det finns inte heller någon anledning till att försäkran inte kan lämnas.

2.4.4 Regelefterlevnad

Övergripande arbete med styrande dokument

Akutsjukhusnämnden har under 2025 arbetat strukturerat för att säkerställa efterlevnad av lagar, regler och styrande dokument i enlighet med Region Stockholms reglemente samt riktlinjer för intern kontroll (RS 2022-0326 och RS 2024-0510). Arbetet bedrivs inom ramen för nämndens uppsiktsansvar enligt kommunallagen och sker genom fastställda styrformer, krav på intern kontroll, regelbunden uppföljning samt tertialvis återrapportering från nämndens förvaltningar.

Inom Akutsjukhusnämndens ansvarsområde bedriver Södersjukhuset ett systematiskt arbete med regelefterlevnad genom sin interna kontroll. Sjukhusets ledningsgrupp har

årligen ett arbetsmöte med syfte att identifiera och värdera risker. Sjukhusets internkontrollarbete utgår från Region Stockholms riktlinjer för intern kontroll (RS 2022-0326) och omfattar identifiering, värdering och hantering av risker inom flera riskperspektiv, bland annat ekonomi, upphandling, säkerhet, juridik, informationssäkerhet och kompetensförsörjning. För varje risk finns utsedda riskägare, fastställda kontrollaktiviteter och strukturerad uppföljning.

Efterlevnad av Region Stockholms centrala styrande dokument säkerställs inom sjukhusets ordinarie lednings- och uppföljningsprocesser. Detta omfattar bland annat Uppförandekod för Region Stockholm (LS 2017-1198), riktlinjer för antikorruption och representation (RS 2020-0266) samt riktlinjer för säkerhet (RS 2020-0782). Uppförandekoden tillämpas i samtliga upphandlingar som Akutsjukhusnämnden genomför genom Södersjukhuset. Frågor som rör etik, jäv, bisysslor, representation, oegentligheter och säkerhet hanteras i ordinarie processer och följs upp genom sjukhusets internkontrollplan och tillhörande kontrollaktiviteter. Inom området representation har sjukhuset infört förtydligade anvisningar och en strukturerad månatlig uppföljning.

Under året har Södersjukhuset, liksom övriga förvaltningar inom Akutsjukhusnämnden, arbetat strukturerat med att identifiera, analysera och bedöma riskområden, där verksamheten kan vara exponerad för välfärdsbrott och andra oegentligheter. Riskanalysen visar att det finns en teoretisk riskexponering inom flera områden, bland annat HR, ekonomi, inköp och säkerhet. Samtidigt konstateras att det redan bedrivs ett aktivt arbete inom förvaltningarna för att förebygga, upptäcka och motverka oegentligheter och välfärdsbrott. Ett flertal kontrollmoment är etablerade i enlighet med gällande styrande dokument. Ett område som särskilt identifierats i den genomförda riskanalysen och som förvaltningarna kommer att arbeta vidare med är avtalsuppföljning.

Några väsentliga avvikelser eller brister avseende regelefterlevnad, korruption eller säkerhet har inte identifierats under perioden.

Regionrevisorernas delårsgranskning 2025 visar att Akutsjukhusnämnden i allt väsentligt bedriver sin verksamhet i enlighet med gällande regelverk och regioninterna anvisningar. Revisionskontoret bedömer att akutsjukhusnämnden har arbetat aktivt för att uppnå en ekonomi i balans.

Upphandling och avtal

Södersjukhusets inköpsenhet har under 2025 hållit utbildning till verksamheter/funktioner som är delaktiga i upphandlingar där man bland redogjort för de grundläggande upphandlingsprinciperna inklusive jäv och jävssituationer**.** Södersjukhuset har även tagit fram ett särskilt informationsmaterial att användas vid uppstart av upphandlingar som innehåller de grundläggande upphandlingsprinciperna, vikten av att följa upphandlingsprocessen och LOU samt bestämmelser om jäv samt jävsituationer.

Inom ramen för ett uppdrag till Akutsjukhusnämnden (ASN) avseende att motverka välfärdsbrott och oegentligheter, har Södersjukhuset identifierat, analyserat och bedömt risker inom inköp, upphandling och avtalsområdet.

Ett område som samtliga förvaltningar inom ASN kommer att arbeta vidare med utifrån nämnduppdraget är avtalsuppföljning. Fokus för Södersjukhusets liksom övriga förvaltningar kommer initialt vara avtal med störst riskexponering eller värde.

3 Verksamhet

3.1 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Besök, akuta	137 038	122 650	14 388	41,6 %
Besök, elektiva	540 302	523 677	16 625	0,9 %
Öppenvårdsbesök, totalt	**677 340**	**646 327**	**31 013**	**7,1 %**
- varav utomlän/utland	13 292	14 294	-1 002	-3,3 %
Slutenvårdstillfällen, akuta	43 205	42 811	394	2,9 %
Slutenvårdstillfällen, elektiva	6 889	7 885	-996	-4,7 %
Slutenvårdstillfällen, totalt	**50 094**	**50 696**	**-602**	**1,8 %**
- varav förlossning, totalt	5 120	5 700	-580	-9 %
- varav utomlän/utland	1 508	1 588	-80	-1,5 %
Antal vårdplatser	**501**	**558**	**-57**	**2,5 %**

Socialstyrelsen har från 2025 förändrat hanteringen av ”Besök med oplanerad inskrivning”. Förändringen innebär att antalet registrerade öppenvårdskontakter kommer att öka med ca 31 500 och innebär att antal akuta öppenvårdskontakter mellan åren inte är jämförbara.

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Öppenvård

Akuta öppenvårdsbesök uppgår till 137 038 för helåret 2025 vilket är 14 388 fler än budgeterat och motsvarar en avvikelse på 11,7%. Ökningen avser främst vuxenakuten som fortsatt har ett högt inflöde av patienter ca 15% över budget. Kvinnoklinikens gynekologiska akutmottagning har ökat med ca 17% med budget, medan barnakuten på Sachsska har ökat med ca 3% jämfört med budget. Det finns ingen entydig förklaring till ökningen.

Antalet elektiva öppenvårdsbesök uppgår till 540 302, vilket är 16 625 fler än budgeterat och motsvarar en ökning med cirka 3,2 procent jämfört med budget. Sjukhuset fortsätter att utveckla den polikliniska vården, vilket innebär att allt mer vård som tidigare krävde sjukhusinläggning nu kan genomföras som dagvård. Detta bidrar till ökningen av elektiva öppenvårdsbesök. Inom verksamhetsområdet internmedicin har lung- och allergimottagningen och hematologimottagningen ökat med respektive 60% och 50% jämfört med budget för året. Mammografiverksamheten visar efter helåret en viss återhämtning jämfört med i årets början.

Slutenvård

Antalet vårdtillfällen inom akut slutenvård uppgår till 43 205, vilket är 394 fler än budgeterat. Jämfört med samma period föregående år har antalet akuta vårdtillfällen ökat med 2,9 %. Från september månad ses ökningen främst inom internmedicin och G-CDU.

Elektiv slutenvård uppgår till 6 889 vårdtillfällen, vilket är 996 färre än budgeterat. Minskningen jämfört med budget ses främst inom verksamhetsområdena kirurgi och ortopedi, som dock har en viss återhämtning under sista halvåret. Jämfört med samma period föregående år har den elektiva slutenvårdsproduktionen minskat med cirka 4,7%. Förklaringen är bland annat brist på operationssjuksköterskor.

Sjukhusets fokus på att öka den polikliniska verksamheten har även påverkat den planerade slutenvården.

Medelvårdtiden för helåret 2025 uppgår till 3,36 vårddagar per vårdtillfälle för hela sjukhuset, jämfört med 3,44 vårddagar per vårdtillfälle under 2024. Medelvårdtiden har under perioden bland annat påverkats av införandet av den nya G-CDU-enheten.

Tillgänglighet

Totalt är 652 patienter väntande till mottagning mer än 30 dagar per december 2025. Andel väntande mindre än 30 dagar är 85% i december (mål 70%).

Totalt är 923 patienter väntande till behandling mer än 90 dagar per december 2025. Av dessa avser 426 st patientvald väntan och 266 st medicinsk väntan. Andel väntande mindre än 90 dagar till behandling per oktober är 88% (mål 80%). Högst antal väntande över 90 dagar ses inom specialitet ortopedi.

Klinik	TOT beh	TOT beh >90	PVV beh >90	MOV beh >90
Totalvärden	2 835	923	426	266
Gynekologi	530	114	63	24
Handkirurgi	619	246	166	55
Kardiologi	28	1	0	0
Kirurgi	463	77	28	43
Ortopedi	739	404	152	92
Sachsska	103	34	1	25
Urologi	340	47	16	27
Ögonklinik	13	0	0	0

Beläggning

Beläggningen på vårdplatser vuxen (exklusive tekniska vårdplatser) har i genomsnitt varit 93% för helåret 2025 (beräknad som ett genomsnitt av alla dagar kl. 06:00 på morgonen). Under december månad var beläggningen på vårdplatser vuxen (exklusive tekniska vårdplatser) 93%.

Antalet disponibla vårdplatser varierar. I snitt har sjukhuset (exklusive tekniska

vårdplatser) under året haft 501 disponibla vårdplatser. I december hade sjukhuset (exklusive tekniska vårdplatser) 515 disponibla vårdplatser.

Intensivvård

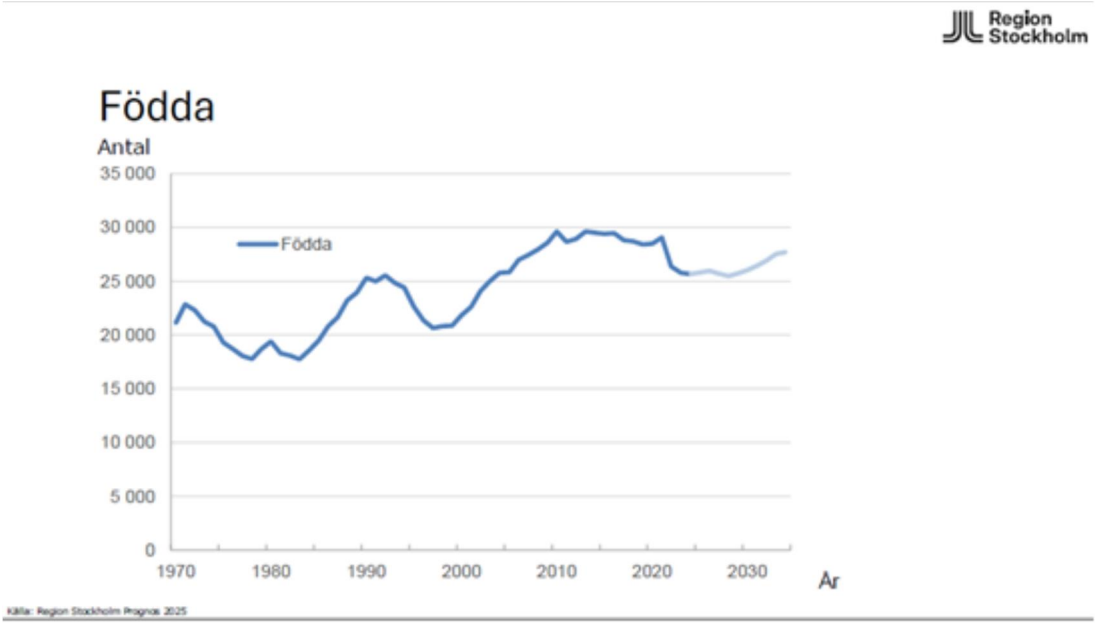
Sjukhusets intensivvård bedrivs inom IVA och MIVA. Under året har sjukhuset haft total 19 disponibla intensivvårdsplatser och under december fanns det totalt 18 disponibla intensivvårdsplatser. Beläggningen på IVA har som snitt över månadens alla dagar kl.6, varit 75% och under december månad låg IVA beläggningen på 76%.

Förlossning

Prognosen inför 2025 var att förlossningstalet i regionen fortsatt skulle ligga på ungefär samma nivå som under 2024, men har visat sig bli 7,8% lägre jämfört med kapaciteten för 2025. Södersjukhusets uppdrag för 2025 har varit till 5 700 förlossningar, vilket var en minskning mot budget 2024 med 1000 förlossningar.

Totalt under året uppgick antalet förlossningar till 5 120, vilket innebär en avvikelse mot plan och budget om cirka 10%.

Att Södersjukhuset inte nådde upp till sitt uppdrag förklaras av att det inom regionen finns en överkapacitet i syfte att hantera den ojämna fördelningen av förlossningar över årets dagar. På årsbasis finns kapacitet för fler förlossningar än det faktiska slutliga behovet. Denna överkapacitet är svår att fördela jämnt mellan regionens förlossningsenheter och under 2025 bar Södersjukhuset en större del av denna överkapacitet. Överkapaciteten har belastat sjukhusets ekonomi negativt.



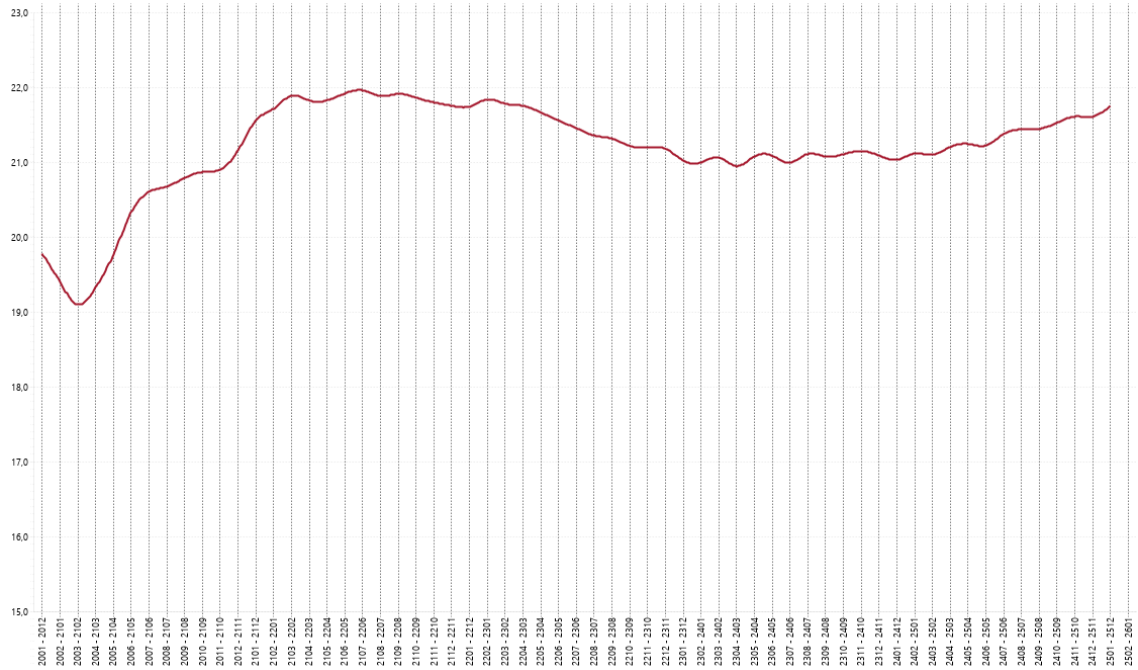
Måluppfyllelse DRG-poäng i sjukhusavtalet

Sjukhuset når 102,23% av avtalad målvolym i DRG-poäng för 2025.

Slutenvården når 97,8% av budgeterad målvolym och öppenvården når 108,9% av

budgeterad volymer.

3.2 Produktivitet



Helårsvärde (DRG/ Närvarotid HÅA snitt) 6 Årsperiod

Produktivitet kan mätas på olika sätt. Sjukhuset mäter produktivitet i antal DRG-poäng i förhållande till närvarotid HÅA. Produktiviteten januari till december har ökat med 3,5% jämfört med helåret 2024, med hänsyn taget till inhyrd personal. DRG produktionen har ökat med 4,4% samtidigt som närvarotiden HÅA har minskat med 0,9%.

4 Personal

2025 har det varit ett stort fokus på att planera, samordna och utveckla resurser och kompetens på ett sätt som gagnar verksamhet, patientsäkerhet och arbetsmiljö. Aktiviteter som syftar till att attrahera, utveckla och behålla kompetens pågår kontinuerligt och även ett arbete för att stärka schemaläggning och bemanningsplanering. Att utveckla och bibehålla en god arbetsmiljö har liksom tidigare varit ett prioriterat område och har en nära koppling till indikatorer såsom kvarstannande och sjukfrånvaro. Även inom detta område har ett stort antal aktiviteter genomförts både lokalt och centralt på sjukhuset. Vi har även arbetat med att utveckla sjukhusgemensamma utbildnings- och utvecklingsinsatser kopplade till kompetensstegarna.

4.1 Attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Sjukhuset arbetar aktivt med ett stort antal aktiviteter för att utveckla och behålla kompetens. Den årliga kompetensplaneringsprocessen, som syftar till att det varje år ska finnas en uppdaterad kompetensplan per verksamhet, har utvecklats och aktiviteter kopplade till dessa är identifierade och framtagna.

En annan viktig aspekt för att behålla medarbetare är att arbeta aktivt för att förbättra arbetsmiljön och skapa hälsofrämjande arbetsplatser, se mer under kapitel 4.

Verksamheten har arbetat med åtgärder utifrån OSA-kartläggningen och HME-resultatet. Merparten av Södersjukhusets medarbetare upplever sitt arbete som meningsfullt och ser fram emot att gå till arbetet och upplever att det kollegiala stödet är stort. De risker som framkom i kartläggningen är medarbetares upplevelse av krav i arbetet, att arbetet är känslomässigt krävande och krav som strider emot varandra men medarbetarna upplever ändå att de kan utföra sina arbetsuppgifter med tillfredställande kvalitet. Ett flertal arbetsplatser har under året haft handledning för att kunna hantera dessa krav och få balans mellan krav och resurser. Arbetsplatser har även kunnat ta hjälp av Sös Hälsoteam för att arbeta med bland annat psykologisk trygghet, återhämtning, kommunikation och feedback.

På övergripande nivå har sjukhuset fokuserat på utbildningsinsatser inom kränkande särbehandling, samt hot och våld.

Under året har även en kunskapssammanställning tagits fram för ett fortsatt arbete med att vidta åtgärder för att fler ska kunna stanna kvar längre i arbetslivet.

Södersjukhuset har som mål att vara en attraktiv arbetsgivare där chefer och medarbetare trivs, utvecklas och väljer att stanna. Mot denna bakgrund har sjukhuset under året haft ett fortsatt fokus på att stärka chefers förutsättningar för ett hållbart och närvarande ledarskap.

I revisionsrapporten 2025 framkom att första linjens chefer på Södersjukhuset i många fall har för stora medarbetargrupper. Med anledning av detta har sjukhuset, med stöd i forskning, analyserat hur chefers arbetsmiljö och ledarskapsförutsättningar kan förbättras samt gjort en översyn av sjukhusets chefsstruktur. Detta har utmynnat i ett

förslag på en chefsstruktur och organisationsprinciper som bättre stödjer ett rimligt antal medarbetare per chef.

Parallellt har insatser genomförts för att stärka ledarskapet genom bland annat individuell coachning, handledning i grupp och individuellt samt tillgång till interna och regionala ledarskapsutbildningar.

Det har även gjorts arbeten för att förenkla och digitalisera administrativa processer med syftet att avlasta chefer och frigöra tid för mer värdeskapande aktiviteter. Ett exempel på ett sådant arbete är en automatisering av onboarding-processen

4.2 Hållbar arbetsgivare

Under 2025 har kompetensplaneringsprocessen vidareutvecklats i enlighet med regionens strategi och kommande tillämpningsanvisningar. Arbetet har haft ett tydligt fokus på att säkerställa en långsiktig och hållbar kompetensförsörjning.

Södersjukhuset har under året bland annat fortsatt utvecklingen av Kompetensutvecklingsprogrammet (KUP) för sjuksköterskor på steg 3–4. Programmet har pilottestats under 2025 och fortsätter under 2026. Vidare har undersköterskor erbjudits möjlighet att, genom Regionens valideringsprojekt, komplettera sin kompetens för att uppnå skyddad yrkestitel.

En mer detaljerad redovisning av genomförda och planerade insatser återfinns i kapitel 4.3.2.

4.2.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete och hälsa

Ett fortsatt arbete har också gjorts för att förtydliga och utveckla det systematiska arbetsmiljöarbetet genom att utbilda chefer tillsammans med skyddsombuden. Utbildningsinsatser kopplat till den organisatoriska och sociala arbetsmiljön och till den årliga uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet har genomförts.

Arbetsplatserna har utifrån sina undersökningsresultat arbetat med såväl risker, förbättringsområden och styrkor de vill behålla.

På övergripande nivå har vi fokuserat på att utbilda chefer och skyddsombud inom kränkande särbehandling. Under året har även ett flertal utbildningar inom hot och våld anordnats, ett nytt riskbedömningsmaterial är framtaget och ett pilotprojekt där varje patient riskbedöms utifrån risken för hot och våld inom 24 timmar har startats. I samband med det har medarbetarna fått en utbildning inom hot och våld, samt att antivåldambassadörer har utbildats.

4.3 Uppföljning avsatta medel

4.3.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö

Under 2025 har Region Stockholm fortsatt att avsätta medel för att utveckla arbetsmiljön och främja ett hållbart arbetsliv. Södersjukhuset har genomfört såväl sjukhusövergripande som verksamhetsnära arbetsmiljöinsatser finansierade med

regionsmedel.

Fördelningen av medlen föregicks av ett internt ansökningsförfarande, där ett centralt kriterium var att behovet av insatsen eller åtgärden tydligt skulle vara identifierad inom arbetsplatsens systematiska arbetsmiljöarbete och ingå som en del av en befintlig handlingsplan för arbetsmiljö.

Bland de sjukhusövergripande projekt som beviljades medel fanns bland annat fortsatt satsning på en central rehabcoach och en hälsopedagogtjänst med syfte att minska sjukfrånvaron, öka frisknärvaron, samt skapa förutsättningar för verksamheten att skapa en hälsofrämjande arbetsplats.

Lokala projekt har även inriktats på att testa nya arbetssätt för att skapa stabilare och mer effektiva flöden, samt att stärka arbetet med automatisering och digitalisering. Utifrån OSA-kartläggningens resultat har ett flertal lokala projekt tagit del av medlen för att öka den psykologiska tryggheten i arbetsgruppen.

En uppföljning och utvärdering av årets insatser planeras till årsskiftet, där effekterna på arbetsmiljön kommer att analyseras mer ingående. Flera verksamheter rapporterar redan nu positiva effekter av genomförda arbetsmiljöinsatser.

4.3.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning

Kompetensförsörjningen har varit och är en strategisk prioritet för Södersjukhuset. Arbetet sker i nära samverkan mellan verksamheter, stödfunktioner och ledning, med målet att långsiktigt säkra rätt kompetens och skapa en hållbar försörjning.

Under 2025 har kompetensplaneringsprocessen utvecklats vidare, i linje med regionens strategi och kommande tillämpningsanvisningar. Förberedelser pågår även inför Region Stockholms nya IT-stöd, Kompetenstorget, som lanseras 2026 och ersätter både Lärtorget och Heroma Kompetens. Det nya systemet samlar stöd för kompetensutveckling och strategisk planering i ett verktyg.

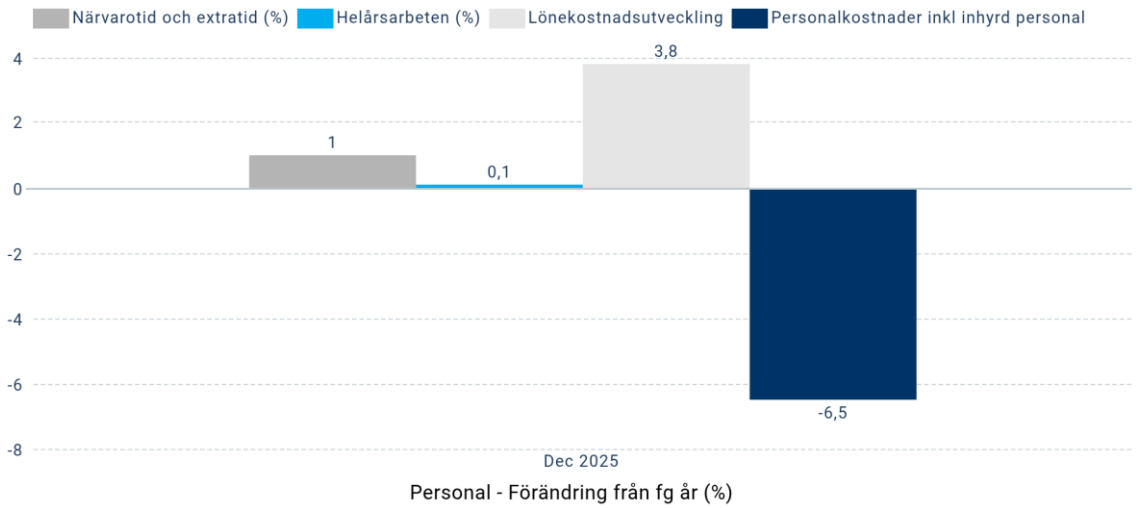
Sjukhusspecifika insatser under året:

- Översyn av chefers förutsättningar (antal medarbetare och stödresurser).
- Aktiviteter kopplade till förstärkt ledarskap och kultur utifrån SÖS:s ledar- och medarbetarsyn.
- Avlastning av chefer genom digitalisering av administrativa processer, bl.a. onboarding, samt utvecklingsinsatser via seminarier, handledning och utbildningar.
- Pilot för AI assistent HR har pågått under året och kommer lanseras fullt ut 2026.
- Fortsatt implementering av kompetensstegar, med uppföljning av nytta och kvarstannandegrad. Särskilt lyfts värdet av funktionen omvårdnadsledare på steg 5.
- Regionmedel har dessutom avsatts för riktade kompetensutvecklingsinsatser inom områden som: Patientsäkerhet och kvalitet, förstärkt krisberedskap och

ökad digital kompetens. Medlen har även använts till annan systematisk kompetensutveckling där många viktiga aktiviteter har ägt rum, exempelvis en pilot för kursen ”Stoppa blödning” som handlar om hur man stoppar livshotande blödningar.

Södersjukhusets Kompetensutvecklingsprogrammet (KUP) för sjuksköterskor på steg 3–4 har utvecklats och pilotas under både 2025 och 2026. Undersköterskor har erbjudits möjlighet att via Regionens Valideringsprojekt komplettera sin kompetens för att uppnå skyddad yrkestitel enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

4.4 Helårsarbeten



Personal - Förändring från fg år (%)

	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. % utfall fg år
Personal - Helårsarbeten	4 699	4 521	178	0,1 %
Extratid	*412*			*3,8 %*
Totalt	**5 111**			**0,4 %**

** Helårsarbeten, är närvaro och frånvaro, vilket sammantaget motsvarar den avtalade tiden för sysselsättningsgraden i förhållande till aktuellt antal dagar under perioden, enligt Tableau.*
*** Budget rapporteras inte på extratid.*

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Personalvolymen uppgick per december 2025 till 4 699 helårsarbeten (HÅA) avseende närvaro och frånvaro, exklusive extratid. Detta innebär en ökning med 5 HÅA jämfört med samma period föregående år. Närvarotiden har ökat med 21 HÅA, samtidigt som frånvaron minskat med 16 HÅA, vilket främst förklaras av lägre sjukfrånvaro. Semester och övrig frånvaro har minskat under året, medan utbildningsfrånvaron ligger kvar på oförändrad nivå jämfört med föregående år.

Den totala personalvolymen, inklusive extratid, uppgick till 5 111 HÅA, vilket är 20

HÅA fler än föregående år. Jämfört med samma period föregående år har både timtid och övertid ökat. Tid för timavlönade medarbetare har ökat med 12 HÅA, medan övertid, inklusive fyllnadstid, har ökat med 3 HÅA.

Jämfört med budget översteg den totala personalvolymen per december budgeten med 122 HÅA. Avvikelsen kan delvis förklaras av medarbetare som finansierades med externa medel, exempelvis projekt- och forskningsmedel, vilka inte ingick i de budgeterade siffrorna och ger därför inte en fullständig bild av den ordinarie personalvolymen.

Under hela 2025 har Södersjukhuset haft ett fortsatt fokus och ett systematiskt arbete med uppföljning av personalvolymen i syfte att säkerställa kostnadskontroll och en ändamålsenlig användning av personella resurser. Uppföljningen omfattade såväl avtalad arbetstid, närvaro och frånvaro som nyttjandet av mertid, timtid och övertid.

4.5 Sjukfrånvaro

Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**6,2%**	**6,7%**
- varav kvinnor	*7%*	*7,5%*
- varav män	*3,3%*	*3,6%*
Fördelat på period		
1 - 14 dagar	*2,8%*	*2,9%*
15 - 90 dagar	*1%*	*1%*
91 - dagar	*2,4%*	*2,8%*

Den totala sjukfrånvaron uppgick under 2025 till 6,2 procent, vilket är något över målvärdet på 6 procent. Samtidigt kan en tydligt positiv utveckling noteras, då sjukfrånvaron har minskat i tre av fyra sjukfrånvarointervall. Korttidssjukfrånvaron (dag 1–14) har minskat jämfört med föregående år och ligger strax under Södersjukhusets målvärde på 3 procent.

Sjukfrånvaron har minskat inom de stora vårdnära yrkesgrupperna, läkar- och sjuksköterske- samt undersköterskegruppen, vilket indikerar att vidtagna arbetsmiljö- och hälsofrämjande insatser har haft effekt. Trots detta kvarstår tydliga könsskillnader, där kvinnor fortsatt har högre sjukfrånvaro än män. Den totala sjukfrånvaron har dock minskat för båda könen, medan korttidssjukfrånvaron är oförändrad för män och något minskad för kvinnor.

Sammantaget bedöms utvecklingen som positiv, men fortsatt fokus och ytterligare åtgärder krävs för att nå målvärdet och minska sjukfrånvaron ytterligare.

Åtgärder
Arbetet med att främja hälsa och förebygga sjukfrånvaro bedrivs på flera nivåer, utifrån individ-, grupp-, och organisationsperspektiv

Arbetet med att minska sjukfrånvaron har stärkts genom införande av metoden

”riskorienterat arbetssätt”. Det nya arbetssättet har startat med att samtliga chefer har deltagit i en workshop där de med utgångspunkt från data analyserat sin verksamhets sjukfrånvaro och arbetsmiljö och utifrån det tagit fram adekvata handlingsplaner. Det riskorienterade arbetssättet handlar om att tidigt upptäcka arbetsplatser och medarbetare som löper större risk för sjukfrånvaro. Genom ett proaktivt och systematiskt arbete på tre nivåer – organisation, arbetsplats och individ – kan förebyggande insatser sättas in i rätt tid. Metoden bygger på SKR:s riktlinjer och är en viktig del i att skapa friska, hållbara arbetsmiljöer och minska framtida sjukfrånvaro.

Ärendehanteringsgrupper har införts i vissa chefsgrupper där komplexa rehabiliteringsärenden analyseras och diskuteras gemensamt. Syftet är att förstärka vårt rehabiliteringsarbete, möjliggöra erfarenhetsutbyte, gemensamt lärande och att utveckla det kollegiala chefsstödet.

Sammanfattningsvis visar utvecklingen att de pågående insatserna har en positiv effekt på sjukfrånvaron, men för att uppnå bestående och långsiktiga förbättringar krävs fortsatt fokus och systematik.

5 Ekonomi

Intäkter

Verksamhetens intäkter för året är 196 mnkr högre än budgeterat.

Sålda primärtjänster är 4 mnkr högre än budget. Sjukhusavtalet och sidoavtal överskrider budget för året med 50 mnkr hänförligt till högre produktion. Den negativa avvikelsen mot budget avser främst vårdval förlossning och utomläns- och utomlandsintäkter. Vårdval förlossning avviker negativt med 25,1 mnkr till följd av färre förlossningar. Utomläns- och utomlandsintäkterna avviker negativt med 17,4 mnkr, där avvikelsen främst beror på att färre antal vårdtillfällen har blivit kostnadsytterfall.

Erhållna bidrag avviker positivt mot budget med 70 mnkr, bland annat genom riktade statsbidrag (omställningstöd förlossningsvård, vårdprocesser) och intäkter för forskningsprojekt.

Avvikelsen i övriga intäkter uppgår till ca 90 mnkr och förklaras främst av läkemedelsåterbäring, (inkl. Beyfortus) ca 56 mnkr, ersättning för försörjningsberedskap, sammanlagt ca 19 mnkr samt bidrag för arbetsmiljöinsatser och kompetensförsörjning om 15 mnkr och läkemedelsberedskap ca 4 mnkr.

Kostnader

Verksamhetens kostnader för år 2026 avviker negativt med 253 mnkr mot budget.

Personalkostnaderna inklusive inhyrd personal avviker negativt mot budget med 227 mnkr. Den främsta anledningen till avvikelse är att sjukhuset har fler anställda än budgeterat samt ökade övertidskostnader. Sjukhuset arbetar löpande med att anpassa bemanningen till de ekonomiska förutsättningarna. Antalet anställda är i december 114 fler jämfört med december 2024. Lönekostnaderna har ökat med 3,8% jämfört med föregående år.

Förändring av semester- och löneskulden avviker negativt med 23,4 mnkr jämfört med budget och med 19,5 mnkr jämfört med 2024. Avvikelsen förklaras av lägre semesteruttag.

Kostnader för övertid har ökat med ca 15 mnkr jämfört med föregående år, en ökning med ca 29%. Det nya kollektivavtalet förväntas resultera i ökade övertidskostnader för sjukhuset, med en beräknad årseffekt på ca 6 mnkr jämfört med tidigare avtal. Det nya avtalet innebär också ökade OB-kostnader. OB ersättning har ökat med 18 mnkr jämfört med föregående år vilket motsvarar en ökning med 20%.

Kostnaderna för inhyrd personal är 14 mnkr och avser främst sjuksköterskor inom operationsverksamheten. Föregående år var kostnaden för inhyrd personal 15,7 mnkr (exkl. moms).

Övriga personalkostnader avviker negativt med 11 mnkr mot budget. Kostnaderna för friskvård har efter införandet av Epassi ökat med 54% jämfört med fg år, motsvarande

en kostnad på 6,7 mnkr.

Läkemedelskostnaderna avviker positivt med 26 mnkr mot budget. Avvikelsen avser främst förmånsläkemedel och kan förklaras av patent som har gått ut, samt restnoterade läkemedel under första halvåret.

Lokal- och fastighetskostnader avviker positivt med 9 mnkr mot budget. En högre budget för fastighetskostnader än utfall förklaras huvudsakligen av att hyrorna för 2025 inte var klara när budgeten inrapporterades.

Finansnetto avviker positivt med ca 5 mnkr mot budget och avser ränteintäkter.

Resultat

Resultatet för år 2026 uppgår till minus 27,9 mnkr, vilket motsvarar en negativ avvikelse mot budget på 50,9 mnkr. Sedan den 1 januari 2025 är Södersjukhuset en förvaltning i Akutsjukhusnämnden. Denna avbolagisering försvårar utfallsjämförelser med tidigare år hänförlig till momshantering och PO-pålägg. Den förändrade driftsformen medför att pensionsförpliktelserna och pensionskostnaderna har flyttats till regionen centralt.

5.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Patientavgifter	93	83	10	0,2 %
Sålda primärtjänster	6 228	6 224	4	-12,8 %
Försäljning övriga tjänster	150	128	22	-2,4 %
Erhållna bidrag	273	203	70	-10 %
Övriga intäkter	146	56	90	23,7 %
Verksamhetens intäkter	**6 889**	**6 693**	**196**	**-11,7 %**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-4 290	-4 063	-227	-6,5 %
- varav inhyrd personal	*-14*	*0*	*-14*	*-29 %*
Köpta primära sjukvårdstjänster	0	0	0	
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-333	-313	-20	-6,3 %
Läkemedel	-626	-652	26	-5,3 %
Materialkostnader	-400	-373	-27	-11 %
Lokal- och fastighetskostnader	-663	-672	9	1,7 %
Övriga kostnader	-417	-404	-13	-16,8 %
Verksamhetens kostnader	**-6 729**	**-6 476**	**-253**	**-6,6 %**

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Avskrivningar	-192	-194	2	-1,9 %
Finansnetto	5	0	5	
Justering pension mm.	0	0	0	
Resultat**	**-27,9**	**23**	**-50,9**	

* mkr
** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

Förändring föregående år inkl. moms, momspliktiga kostnader ej jämförbart med årets kostnader

5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Summa personalkostnader	**-4 276**	**-4 063,3**	**-212,7**	**-6,4 %**
Förändring sem- och löneskuld	-32	-8,5	-23,5	
Lönekostnad	-2 845,2	-2 709,1	-136,1	3,8 %
- varav övertid	*-66,7*	*-54,2*	*-12,5*	*29,1 %*
- varav sjuklönekostnad	*-50,8*	*-51,5*	*0,7*	*-1,8 %*
PO-pålägg	-1 339,3	-1 297,4	-41,9	-23,7 %
Övriga personalkostnader	-59	-48	-11	-0,2 %
Inhyrd personal	**-13,9**	**0**	**-13,9**	**-29 %**
- varav läkare	*-0,4*	*0*	*-0,4*	*-34,5 %*
- varav sjuksköterskor	*-12,6*	*0*	*-12,6*	*-27,5 %*
- varav övrig personal	*-1*	*0*	*-1*	*-41,9 %*
Personalkostnad inkl inhyrd personal	**-4 289,9**	**-4 063,3**	**-226,6**	**-6,5 %**

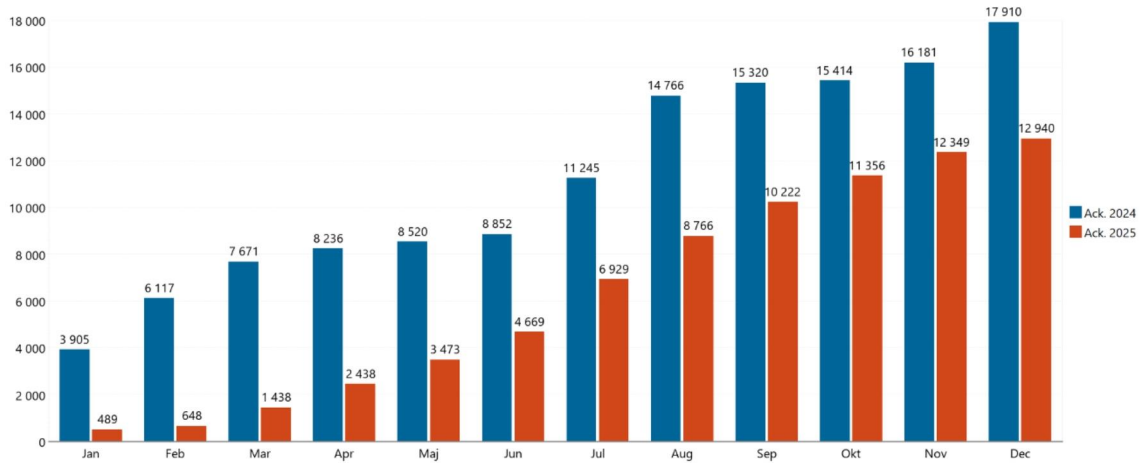
* mkr

Förändring föregående år inhyrning inkl. moms, ej jämförbart med årets kostnad

Personalkostnaderna exkl. inhyrning är totalt ca 213 mkr högre än budget vilket motsvarar en avvikelse med 5,2% mot budget. Övertidskostnader har ökat med ca 29% jämfört med föregående år. År 2024 minskade övertidskostnaden med 34% jämfört med året innan. Den trenden har inte fortsatt framförallt beroende på hög sjukfrånvaro i början av året och förändring i kollektivavtalet.

Kostnaden för inhyrd personal (exkl. moms) är 12,9 mkr och har minskat med 1,8 mkr jämfört med år 2024, vilket motsvarar en minskning med 11%. Sjukhuset använder inhyrd personal endast vid särskilda bemanningssituationer.

Kostnad inhyrd personal

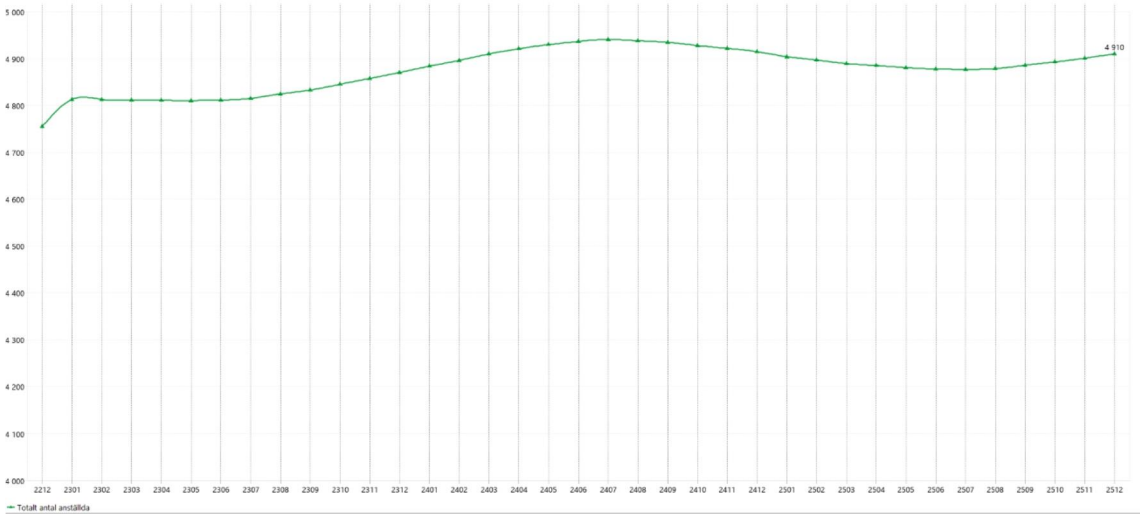


** Kostnaden för 2024 är inklusive moms.*

Kostnad inhyrd personal

Antal anställda

Antal anställda (rullande 12 månader) är 4910 per 2512 att jämföra med 4914 (2412) och 4870 (2312). Samtidigt har inhyrd personal minskat med ca 40 HÅA jämfört med 2312



Antal anställda (rullande 12 månader)

5.1.2 Konsultkostnader

Externa Konsultkostnader (Mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. %
Juridik	-0	0	-0	0 %
PR	0	0	0	0 %

Externa Konsultkostnader (Mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. %
Management	0	0	0	0 %
IT	-5	-6	1	-38,9 %
Övriga	-8	-12	4	-30 %
Summa externa konsultkostnader	**-14**	**-18**	**4**	**-33,6 %**

Konsultkostnaderna avviker positivt mot budget med 4 mnkr. Sjukhuset arbetar kontinuerligt med konsultväxling där möjlighet finns.

5.1.3 Administrativa kostnader

Administrativa kostnader (mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Administrativa kostnader	-120	-125	5	0 %

Administrativa kostnader avviker positivt med 5 mnkr mot budget för perioden. Avvikelsen förklaras framförallt av lägre lönekostnader än budgeterat på grund av frånvaro och vakanser samt minskning av vissa administrativa tjänster.

Indikatorn ovan mäter dock endast kostnaderna. Vissa kostnader inom administrativa indikatorn finansieras genom ökade intäkter.

5.1.4 Utredning av det fullmäktige beslutade resultatkravet

5.1.5 Återrapportering medel för åtgärder god ekonomisk hushållning

5.2 Åtgärder för ett resultat i balans

Åtgärder (Mnkr)	Budgeterad effekt 2025	Realiserad effekt 2025	Avvikelse realiserad effekt jmft budget 2025	Budgeterad effekt 2026	Budgeterad effekt 2027	Budgeterad effekt 2028
Intäkter	20	44	24			
Bemanning	80	64	-16			
Labtjänster	15	12	-3			
Inhyrning	10	3	-7			
Material	5	13	8			
Läkemedel	4	16	12			
Övrigt	1	4	3			

Åtgärder (Mnkr)	Budgeterad effekt 2025	Realiserad effekt 2025	Avvikelse realiserad effekt jmft budget 2025	Budgeterad effekt 2026	Budgeterad effekt 2027	Budgeterad effekt 2028
Summa	135	156	21			

Intäkter

I åtgärdsplanen ingår en högre produktion än sjukhusavtalet i enlighet med sjukhusets behovsbaserade produktionsplan för 2025. För året blev produktionen 102,2% av sjukhusavtalet vilket resulterade i högre intäkter än budgeterat motsvarande 44 mnkr.

Bemanning

Sjukhuset arbetar för att minska sjukfrånvaron och därmed de kostsamma bemanningslösningar som det ofta innebär att ersätta en medarbetare med kort varsel. Verksamheterna arbetar också med att effektivisera arbetsprocesser. Åtgärder för att minska bemanningskostnader pågår t ex gemensamt arbete för bättre schemaläggning och gemensamma rutiner för hantering av övertid. Sjukhuset tillämpar också dispensförfarande av alla anställningar. Förlossningsverksamheten har genomgått en anpassning av kapaciteten under 2025 på grund av minskade volymer som är en del av åtgärdsprogrammet.

Verksamheterna har genomfört bemanningsåtgärder för 64 mnkr.

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

Labtjänster

En översyn av labbanalyser sker kontinuerligt på hela sjukhuset. Med adekvat provtagning kan sjukhuset effektivisera och minska kostnader relaterat till prover. 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 har gett ytterligare effekter även under 2025. Verksamheterna har genomfört åtgärder för 12 mnkr.

Material

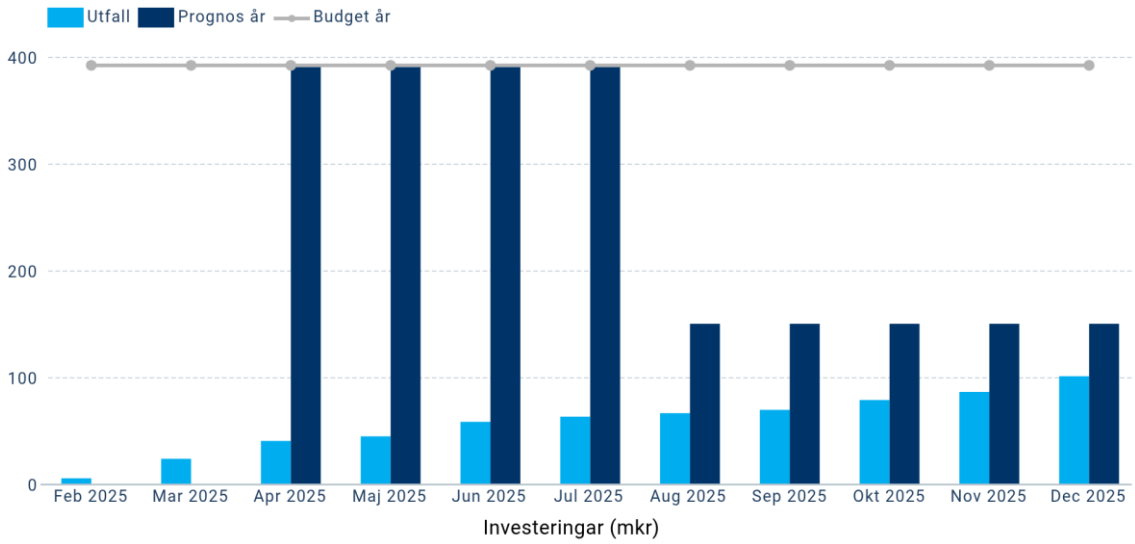
Verksamheterna har genomfört åtgärder för 13 mnkr. Sjukhuset har ett cirkulärt arbetssätt, mindre svinn och minskad användning av engångsmaterial appliceras.

Läkemedel och Övrigt

Verksamheterna har genomfört åtgärder för ca 20 mnkr. Varav åtgärder för reducerade

läkemedelskostnader motsvarar ca 16 mnkr.

5.3 Investeringar



5.3.1 Status investeringsplanens genomförbarhet och risk

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

Det finns en överhängande risk att betydande investeringsutgifter försenas till senare år än beslutat då förseningar i leveranser och i lokalanpassningar medför förseningar av när investeringsutgifterna faktiskt inträffar. För 2025 har sjukhuset behövt flytta fram investeringsbudget om 242 mnkr till 2026 och 2028.

Omvärldsläget kan också medföra risk för fördröjningar av leveranser samt stora kostnadsökningar.

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

5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget

Det ackumulerade investeringsutfallet uppgår till 100,6 mnkr vilket motsvarar en upparbetningsgrad på 25% i förhållande till budgeterade 391,7 mnkr. Beslutade investeringar för 2025 uppgår till 319,8 mnkr. Investeringarna utgör till största del reinvesteringar i medicinteknisk utrustning. Sjukhuset har flyttat investeringsbudget

med 242 mnkr till 2026 och 2028 då planerade investeringar har försenats. Det gäller främst röntgenutrustning (två DT-maskiner, två Spect-CT, en MR), samt utrustning till ombyggnation av By 17/18 och nya IVA/MIVA.

5.3.3 Ny- och ersättningsinvesteringar

Det ackumulerade utfallet motsvarar ca 25 % av budget. Tabellen redovisar en avvikande upparbetningsgrad till följd av en felaktig beräkning.

Investeringar (mkr)	Utgift 2025	Budget 2025	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Nyinvesteringar	7,607	142,080	134,473	5
Ersättningsinvesteringar	92,984	249,654	156,670	37
Totalt investeringar	**100,591**	**391,734**	**291,143**	**43**

5.3.4 Status enskilda investeringsobjekt > 100 mkr

5.3.5 Driftsatta investeringsobjekt

5.3.6 Kommande investeringsbeslut för investeringsobjekt > 100 mkr

Investeringsobjekt	Typ av beslut	Inv. utgift beslut Mkr	Total inv. utgift inv. objekt Mkr	Datum beslut nämnd/bolags styrelse	Datum planerat beslut RS/RF

5.4 Balansräkning

Balansräkning*	Utfall	Bokslut fg år	Förändr.
Anläggningstillgångar	**671**	**768**	**-97**
-varav pågående nyanläggningar	*15*	*16*	*-0*
Omsättningstillgångar	**1 263**	**6 403**	**-5 140**
- varav kassa och bank	*358*	*4 777*	*-4 419*
SUMMA TILLGÅNGAR	**1 934**	**7 171**	**-5 237**
Eget kapital	**747**	**431**	**316**
Avsättningar	**0**	**5 012**	**-5 012**
Skulder	**1 187**	**1 728**	**-541**
- varav långfristiga skulder	*10*	*12*	*-2*
- varav kortfristiga skulder	*1 177*	*1 716*	*-539*
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	**1 934**	**7 171**	**-5 237**

* mkr

- Årets avskrivningar överstiger årets investeringar och medför därmed en negativ nettoförändring av värdet på anläggningstillgångarna.

- Kassa/bank har minskat i samband med avbolagiseringen och reglering av slutlikvid (4 712 miljoner kronor).
- Avsättning för pensionsskuld har eliminerats i samband med avbolagiseringen.
- Kortfristiga skulder: Upplupna kostnader för pensioner och löneskatt har eliminerats i samband med avbolagiseringen (703 miljoner kronor). Ökade leverantörsskulder om 229 miljoner kronor (varav regioninterna skulder ökat med 225 miljoner kronor).

5.5 Kassaflödesanalys

Kassaflödesanalys	**2025-12-31**
Mkr	
Den löpande verksamheten	
Kassaflöde från den löpande verksamheten	
Investeringsverksamheten	
Kassaflöde från investeringsverksamheten	
Finansieringsverksamheten	
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	
Årets kassaflöde	
Likvida medel vid årets början	
Likvida medel vid årets slut	

6 Pågående rättsprocesser (tvister)

Inga pågående rättstvister finns för sjukhuset.

7 Övrigt

8 Förväntad utveckling kommande år

Från 1 januari 2026 införs en ny ledningsorganisation i syfte att stärka styrning, samverkan och stöd till verksamheten samt skapa bättre förutsättningar för kvalitet, arbetsmiljö och långsiktig utveckling.

Under 2026 fortsätter Södersjukhuset sin utveckling mot visionen att vara landets ledande akutsjukhus. Vårdbehovet bedöms vara fortsatt högt. Den demografiska utvecklingen, med en växande andel äldre patienter, ställer ökade krav på effektiva och sammanhållna vårdflöden. Under året prioriteras därför arbetet med att förbättra ledtider och tillgänglighet på akutmottagningen, där väntetiden till första läkarbedömning och den totala vistelsetiden fortsatt ska minska.

En viktig del i detta är den geriatrisk utredningsenheten G-CDU, som etablerades hösten 2025 och under sitt första verksamhetsår bidrar till snabbare handläggning av sköra äldre patienter med korta vårdtider och bättre övergångar till geriatrik eller hemmet. Samtidigt fortsätter omställningen mot mer dagvård och polikliniska arbetssätt. Antalet dagvårdsbesök uppgår till cirka 73 000 per år och ökar successivt, vilket bidrar till effektivare resursutnyttjande och minskat behov av slutenvård.

Södersjukhuset planerar för cirka 568 vårdplatser under 2026 och en vårdproduktion som ligger omkring 4 % över sjukhusavtalets målvolym, främst kopplat till G-CDU-verksamheten. Förlossningsverksamheten bedrivs fortsatt inom ett uppdrag om 5 700 förlossningar per år, med bibehållen kvalitet och patientsäkerhet trots sjunkande volymer.

De ekonomiska förutsättningarna är fortsatt utmanande. För att nå resultatkravet krävs åtgärder motsvarande cirka 120 mnkr, med fokus på bättre bemanningsplanering, minskat behov av övertid och timanställda, kloka kliniska val samt fortsatt utveckling av produktions- och kapacitetsstyrning. Parallellt genomförs omfattande investeringar i lokaler, medicinteknisk utrustning och teknisk infrastruktur för att säkerställa ett robust och långsiktigt hållbart akutsjukhus.

9 Nämnd-/styrelsebehandling

Verksamhetsberättelsen 2025 behandlas i Akutsjukhusnämnden den 24 februari 2026.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-0984
ASN 2026-0714



Akutsjukhusnämnden/Södertälje sjukhus

Verksamhetsberättelse

December 2025

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar 4
1.1 Väsentliga händelser 4

2 Styrning och ledning 6
2.1 Verksamhetsfakta 6
2.2 Mål 6
2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa 6
2.2.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv 10
2.2.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig 15
2.3 Uppdrag 18
2.4 Intern kontroll 18
2.4.1 Arbetet med intern kontroll 18
2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller 18
2.4.3 Försäkran 19
2.4.4 Regelefterlevnad 19

3 Verksamhet 21
3.1 Vårdproduktion 22
3.2 Produktivitet 23

4 Personal 24
4.1 Attraktiv och inlyssnande arbetsgivare 24
4.2 Hållbar arbetsgivare 24
4.2.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete och hälsa 25
4.3 Uppföljning avsatta medel 26
4.3.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö 26
4.3.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning 26
4.4 Helårsarbeten 27
4.5 Sjukfrånvaro 28

5 Ekonomi 29
5.1 Resultat 31
5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal 32
5.1.2 Konsultkostnader 33
5.1.3 Administrativa kostnader 33
5.1.4 Utredning av det fullmäktige beslutade resultatkravet 33

5.1.5 Återrapportering medel för åtgärder god ekonomisk hushållning 33
5.2 Åtgärder för ett resultat i balans 35
5.3 Investeringar 35
5.3.1 Status investeringsplanens genomförbarhet och risk 35
5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget 36
5.3.3 Ny- och ersättningsinvesteringar 36
5.3.4 Driftsatta investeringsobjekt 36
5.4 Balansräkning 37
5.5 Kassaflödesanalys 37
6 Pågående rättsprocesser (tvister) 38
7 Övrigt 39
8 Förväntad utveckling kommande år 40
9 Nämnd-/styrelsebehandling 41

Bilagor

Bilaga 1: C2 Uppföljning investeringsobjekt ASN - Södertälje sjukhus

Bilaga 2: E1 Övriga avsättningar ansvarsförbindelser och tvister VB 2025 ASN - Södertälje sjukhus

Bilaga 3: H1 Externa pensionspremier VB 2025 ASN - Södertälje sjukhus

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar

1.1 Väsentliga händelser

Sedan januari 2025 är Södertälje sjukhus, som en effekt av beslutad avbolagisering, inte längre ett aktiebolag utan en förvaltning och en del av akutsjukhusnämnden (ASN). Avbolagiseringen medför bland annat förändringar avseende hantering av pensionskostnader, moms och momskompensation vilket gör att varken budget eller utfall 2025 är jämförbara med motsvarande siffror föregående år.

Södertälje sjukhus har under året haft en hög produktion inom sjukhusavtalet, produktionen mätt i DRG-poäng uppgår till 104,7 % för året. Måluppfyllelsen för den akuta vården uppgår till 108,6 % och för den elektiva till 98,3 %. Sjukhuset har sedan prognosrapporteringen per augusti, rapporterat en produktionsprognos som uppgick till 105 %. Sjukhusets ekonomiska resultat påverkas av den höga produktionen, då sjukhuset endast erhåller ersättning motsvarande 40 % av årets poängpris för produktion mellan 100 % och 104 % och ersättning helt uteblir för produktion överstigande 104%.

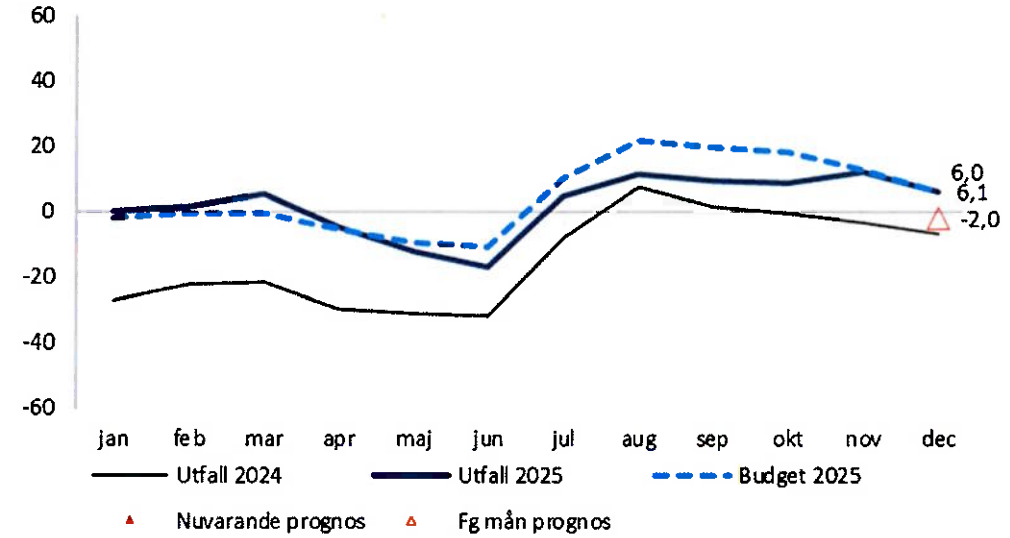
Under året har sjukhuset genomfört insatser i syfte att öka tillgängligheten och minska köerna, vilket gett positiva resultat på sjukhusets tillgänglighetssiffror samtidigt som det ekonomiska resultatet påverkats negativt då sjukhuset inte erhållit någon kökapningsersättning. Tillgänglighet till mottagning uppgår till 75 % vilket är högre än målnivån på 70 %. Tillgänglighet till behandling uppgår till 96 %, vilket även det är högre än målnivån på 80 %. Sjukhuset hade vid årets slut högst tillgängligheten till behandling bland regionens akutsjukhus. Under 2025 uppnådde sjukhuset för andra året i rad även samtliga kvalitetsparametrar för tillgänglighet på akutmottagningen som hälso- och sjukvårdsförvaltningen ställt upp.

Sjukhuset arbetar aktivt med förebyggande insatser för att minska sjukfrånvaron. Den procentuella sjukfrånvaron är 5,61 % för 2025, vilket är en minskning jämfört med föregående år och under målvärdet på 6 %.

Under året har sjukhuset ytterligare ökat andelen egenanställd personal. Andel inhyrd personal av den totala personalkostnaden uppgår för året till 0,9 %, vilket är under målnivån på <1,0 %. Totala kostnader för inhyrd personal är 38,4 % lägre än föregående år. Kvarstannandegraden har legat högt under hela året och är 89 % för 2025.

Södertälje sjukhus redovisar ett positivt resultat på 6,1 mnkr för året. Resultatet är i nivå med årets resultatkrav.

Resultatutveckling



Avser resultat exklusive koncernbidrag

2 Styrning och ledning

2.1 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 Mål

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

Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov

Kommentar

Södertälje sjukhus prioriterar att vården ska vara tillgänglig utifrån patienternas behov. Under 2025 fokuserade sjukhuset på att erbjuda rätt vård vid rätt tidpunkt och med rätt kompetens. Ett flertal aktiviteter genomfördes för att införa nya vårdmodeller och arbetssätt anpassade efter patienternas behov, med målet att förbättra tillgängligheten. Bland annat undersöktes möjligheten att utöka tillgången till subakut öppenvård, dagvård, uppgiftsväxling och kombinerad digital-fysisk vård. Arbetet inom dessa

områden fortskrider och de första resultaten förväntas under 2026.

Sjukhuset har även inlett ett projekt för att införa kloka kliniska val och reducera lågvärdevård, med fokus på att skapa värde för patienten. Initiativet startade med föreläsningar och genomgångar för både ledning och medarbetare. Ett informationsmaterial har utformats för att säkerställa att samtliga enheter blir delaktiga, och alla verksamhetsområden har tagit fram en lista över prioriterade aktiviteter inom området. Sjukhusen inom akutsjukhusnämnden samarbetar i denna fråga.

Under en längre tid har ett arbete pågått för att effektivisera akutprocessen. Detta arbete har gett goda resultat. Under 2025 uppnådde sjukhuset för andra året i rad samtliga kvalitetsparametrar för tillgänglighet på akutmottagningen som hälso- och sjukvårdsförvaltningen ställt upp. Väntetiden till första läkarbedömning fortsatte att förbättras och uppgick till 36 minuter i genomsnitt under helåret. Den totala vistelsetiden på akutmottagningen var 197 minuter, vilket innebär en fortsatt förbättring. Trots dessa mycket goda resultat fortsätter sjukhuset att sträva efter ytterligare förbättringar.

Särskilda insatser har genomförts för att förbättra flödet för sköra äldre genom ett närmare samarbete mellan akutmottagningen och geriatriken. Bland annat har en modell testats där en geriatrikkonsult finns närvarande på akutmottagningen för stöd i bedömning och handläggning, vilket gett goda resultat. Södertälje sjukhus har under året också deltagit i det regionala initiativet för att optimera produktions- och kapacitetsplaneringen utifrån behov.

Interna processer och arbetssätt har granskats för att förbättra visualiseringen och möjliggöra tätare avstämningar över verksamhetsområdesgränser. Detta arbete har bedrivits inom samtliga verksamheter - öppenvård, slutenvård och operativ verksamhet - och kommer att fortsätta utvecklas under 2026.

Andelen patienter som väntade på första besök hos specialist inom 30 dagar var 75 procent. Detta är något lägre än föregående år men fortfarande över målvärdet. Däremot förbättrades andelen som fick behandling inom 90 dagar kraftigt och uppgick till 96 procent. Sjukhuset uppnår därmed målet och har nu den bästa tillgängligheten i regionen avseende tid till behandling.

Sjukhusets arbete med produktions- och kapacitetsstyrning, i kombination med ett sjukhusövergripande fokus på att förbättra tillgängligheten i enlighet med målbilden köfri region, har gett resultat. Detta har uppnåtts genom ökad samverkan över verksamhetsområden, förbättrade processer och optimerat utnyttjande av operationsresurserna.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	96 %	75,1 %			Öka från år 2 024
Kommentar					
Arbete med förbättrad tillgänglighet har givit resultat och sjukhuset uppnår målnivån.					
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	75 %	88,1 %		>=70 %	>=70 %
Kommentar					
Andel väntande till första besök hos specialist inom 30 dagar har minskat jämfört med 2024 men är fortfarande på en hög nivå och målet uppnås					
Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	36	40			Minska från år 2 024
Kommentar					
Medianväntetid till första läkarbedömning är 36 minuter för året. Detta är en förbättring jämfört med helår 2024 (40 min).					
Total vistelsetid på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	197	211			Minska från år 2 024
Kommentar					
Sjukhuset uppnår målvärdet för året och har förbättrat tiden jämfört med helår 2024 (211 min)					

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Förstärka och återrapportera arbetet med dagvårdsplatser	2025	Genomförd	2025	Se bilaga
Förbättra samt underlätta primärvårdens möjlighet till snabb konsultationshjälp från specialistläkare	2025	Genomförd	2025	Se bilaga

Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Kommentar

Alla förbättringsaktiviteter på sjukhuset syftar till att möjliggöra säker och effektiv vård av hög kvalitet. Ett prioriterat område är att främja teambaserat och medarbetardrivet förbättringsarbete för att bättre utnyttja alla medarbetares kunskaper och förbättringsförslag i utvecklingen av sjukhusets processer.

Sjukhuset granskar de olika forum som finns för ledning och styrning över verksamhetsgränserna, med fokus på att förtydliga uppdrag och beslutsvägar. Ett gemensamt material med verktyg och metoder för förbättringsarbete har tagits fram för att underlätta det verksamhetsnära arbetet. För att lyckas med förbättrings- och patientsäkerhetsarbetet är det viktigt att kunna följa data och effekter av förändringar på ett enkelt och tillgängligt sätt. Därför har sjukhuset arbetat med att förbättra visualisering och uppföljning av kvalitets-, patientsäkerhets- och förbättringsarbete och har under året byggt ut detta i visualiseringsplattformen QlikSense.

För att öka patientsäkerheten vid vårdövergångar och underlätta omställningen till god och nära vård fortsätter sjukhuset att utveckla samarbetet med kommunerna och primärvården i närområdet. Genom styrgruppen "God och nära vård i Södertälje" driver sjukhuset sedan några år tillbaka ett samverkansarbete med Södertälje kommun, SLSO primärvård och öppenvårdspsykiatrin. Detta samarbete har varit mycket positivt, och under 2025 utvidgades det till att omfatta fler närliggande aktörer och kommuner.

Sjukhuset arbetar med att förbättra patientflödet både internt och från sjukhuset till kommunal omsorg. Under de senaste åren har sjukhuset uppvisat mycket god måluppfyllelse på indikatorn antal utskrivningsklara dagar till kommun. Projektet "Förstärkt utskrivning inom slutenvården", med målet att ytterligare säkra övergången från sjukhuset till hemmet, startade 2024 och avslutades i slutet av 2025. Genom dessa åtgärder har antalet utskrivningsklara dagar hållits på en fortsatt låg nivå om 0,2 dagar.

Sjukhuset fortsätter att uppnå målet avseende andelen vårdrelaterade infektioner (VRI), med ett helårsresultat på 3,6 procent. Detta är resultatet av ett flertal förebyggande aktiviteter. Under 2024 utvecklades ett utbildningsprogram med diplomering av hygienombud, vilket resulterat i både kvalitetshöjning och ökad yrkesstolthet. Under 2025 har utbildningen upprepats och 17 nya hygienombud har tillkommit, där nu även läkare ingår.

Mätningen av VRI sker kontinuerligt via infektionsverktyget, och arbete pågår med att validera resultaten samt utbilda medarbetare. Samarbetet med infektionskliniken på Karolinska Universitetssjukhuset har också vidareutvecklats för att optimera hanteringen av infektioner och förbättra antibiotikabehandlingen.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle *(Regionfullmäktige)*	0,2	0,1		<=1,3	<=1,3

Kommentar

Efter att ha fått nya instruktioner har sjukhuset kunnat få fram statistik för indikatorn. Målet är uppnått för 2025.

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

Kommentar

Sjukhuset uppnår målet, dock ligger de geriatriska avdelningarna fortsatt högre än de akutsomatiska avdelningarna.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Intensifiera arbetet för att fasa ut lågvärdevård och föra in kloka kliniska val	2025	Genomförd	2025	Se bilaga
Förstärka och återrapportera arbetet med en regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering	2025	Genomförd	2025	Se bilaga
Beakta Socialstyrelsens riktvärde för intensivvårdsplatser och beläggningsgrad inom intensivvården	2025	Genomförd	2025	Se bilaga
Stödja arbetet med dimensioneringsplanen för ST i allmänmedicin	2025	Genomförd	2025	Se bilaga

2.2.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Kommentar

Sjukhuset redovisar ett positivt resultat på 6 mnkr för året, vilket är i nivå med

resultatkravet. Både intäkter och kostnader överskrider budget med 2,8 %. För ytterligare kommentarer se avsnitt 5 ekonomi.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Administrativa kostnader ska minska *(Regionfullmäktige)*	62,5 mkr	85,8 mkr		66,5 mkr	Enligt budget 2 025

Kommentar

Sjukhuset uppvisar en positiv kostnadsavvikelse jämfört med budget avseende administrativa kostnader. Avvikelsen hänförs främst till bemanningskostnader kopplat till vakanshållning av tjänster.

Avbolagiseringen av Södertälje sjukhus medför förändrad hantering av bland annat pensionskostnader, moms och momskompensation, effekterna medför att årets budget och utfall inte är jämförbara med siffrorna för motsvarande period föregående år.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott	2025	Genomförd	2025	Se bilaga
Ta fram en plan för att minska de administrativa kostnaderna med minst 10 mkr	2025	Genomförd	2025	Se bilaga

Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

Kommentar

Sjukhuset är sedan 2005 miljöcertifierat enligt ISO 14001. Ledningssystemet säkerställer ett systematiskt miljöarbete med tydliga roller och ansvar i det dagliga arbetet. Nya krav i miljöledningsstandarden om klimathänseende integreras i det systematiska miljöarbetet.

Södertälje sjukhus har fortsatt arbetet med att minska klimatpåverkan från utsläpp av växthusgaser vid användning av medicinska gaser såsom lustgas och anestesigas. Dessa har en betydande miljöpåverkan, men med rätt teknik och handhavande är en minskning möjlig. Minskningen är även korrelerad till antalet patienter som behöver behandling med de medicinska gaserna.

Sjukhusets klimatpåverkan minskas även genom det övergripande arbetet med val av produkter och material med lägre klimatpåverkan samt sortering av avfall för återvinning.

Under året har den regiongemensamma upphandlingen för tjänsten cirkulära skyddsförkläden slutförts. Fortsatt införande och implementering av arbetssättet har

resulterat i att intensivvårdsavdelningen, operationsenheten och BB har infört tjänsten, och ytterligare fem avdelningar inom verksamhetsområdet Vård har påbörjat implementeringen. Arbetet kommer att fortsätta under nästa år med fler verksamheter inom verksamhetsområdena Geriatrik-Internmedicin, Kirurgi-Ortopedi-Urologi, Kvinnor och Barn samt Röntgen.

Sjukhuset har arbetat med att öka andelen kanylburkar med lägre klimatpåverkan. För att minska förbrukningen av engångshandskar av plast fortsätter arbetet med rätt användning av skyddshandskar. Ett innovationsprojekt, Gröna Planeten, har genomförts tillsammans med en vårdavdelning och verksamhetsområdet Hälsoprofessioner för att integrera och synliggöra klimatarbetet i verksamheten.

Under året har ett omfattande arbete genomförts för att digitalisera utskick av kallelser, vilket minskar klimatpåverkan genom färre försändelser och minskade transporter.

Arbetet med patientmåltider fortsätter för att minska matsvinn och höja andelen ekologiska livsmedel. Under året har en matsvinnsundersökning genomförts samt aktiviteter kring måltidskonceptet, bredare urval av maträtter och portionsstorlekar. Sjukhuset har bytt måltidsleverantör och måltiderna levereras nu från Södersjukhuset, vilket medför kortare transporter än från tidigare leverantör.

Under året har sjukhuset genomfört informationsaktiviteter för att uppmärksamma textilsvinn. Sjukhuset har centraliserat beställningar, vilket har påverkat flödet av textilier. Andelen uteliggande plagg har därmed ökat något jämfört med föregående år.

Fortsatt arbete med goda rutiner för hantering av läkemedel leder till minskad kassation, färre transporter, minskade kostnader och lägre miljöpåverkan.

Vad gäller konsumtionsbaserad klimatpåverkan har sjukhuset inte kunnat redovisa resultat avseende 2025 års målvärde för indikatorn, då tillförlitliga data för basår och mätmetoder har saknats. Sedan 2023 har sjukhuset följt upp tre utvalda engångsprodukter och beräknat klimatpåverkan av inköp av dessa produkter med ett schabloniserat CO2-utsläppsvärde (undersökningshandskar, förkläden och kanylburkar). Förhoppningen är att påbörja en kvalitativ kartläggning avseende konsumtionsbaserad klimatpåverkan under nästa år.

Sjukhuset avropar främst från de regiongemensamma ramavtalen. Där det finns skäl att ställa relevanta och drivande hållbarhetskrav utifrån hållbarhetsrisker och möjligheter görs detta i upphandlingar.

För att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden har sjukhuset infört flergångskläder vid operation, övergått från engångsprodukter till flergångsinstrument inom verksamhetsområdet Kvinnor och Barn, startat upp Garderoben för patienter som saknar egna kläder vid hemgång samt infört insamling av textilavfall.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019 *(Regionfullmäktige)*	-2 %	80 %		-29 %	-29 %

Kommentar

Indikatorn avser redovisning av lustgas, anestesigaser och inköp av livsmedel enligt klimatberäkningsverktyg. Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019 är -2%.

Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan *(Regionfullmäktige)*	0 %			-19 %	-19 %

Kommentar

Det saknats tillförlitliga data för basår och mätmetoder för att beräkna konsumtionsbaserad klimatpåverkan, därför är det inte möjligt för sjukhuset att redovisa resultat avseende 2025 års målvärde för indikatorn.
Sjukhuset har sedan 2023 följt upp tre valda engångsprodukter och beräknar klimatpåverkan av inköp av dessa produkter med ett schabloniserat CO2-utsläppsvärde (undersökningshandskar, förkläden och kanylburkar).

Det konsumtionsbaserade klimatutsläppet i siffror för 2025 (jämfört med 2023) redogörs nedan:
Andelen kanylburkar med lägre klimatpåverkan har ökat, vilket har bidragit till en minskning av CO2-utsläpp med 51%.
Totalt utsläpp uppgår till 2 750 kg.

Antalet skyddsförkläden har ökat med 234% (till 620 750 st.). Totalt utsläpp uppgår till 118 ton.

Antalet undersökningshandskar har ökat med 2,4% (till 3 572 212 st.).
Totalt utsläpp uppgår till 136 ton.

Utöver detta har sjukhuset fortfarande svårigheter att mäta klimatpåverkan och prioritera i fortsatt arbete då det saknas bra klimatberäkningsverktyg kopplat till verksamheten.

Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav *(Regionfullmäktige)*	100 %	100 %		0 %	100 %

Kommentar

Sjukhuset avropar främst från de regiongemensamma ramavtalen. Då det finns skäl att ställa relevanta och drivande hållbarhetskrav utifrån hållbarhetsrisker och möjligheter, så görs detta i upphandlingar. Under 2025 har sjukhuset haft två annonserade upphandlingar över tröskelvärdet. I dessa upphandlingar har det inte var relevant att ställa dessa krav utifrån upphandlingarnas art och syfte.

Nämnden/bolaget har genomfört åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden *(Regionfullmäktige)*	Ja	Ja			Ja

Kommentar

Sjukhuset arbetar med olika åtgärder för att förbättra materialåtervinning samt öka livslängd på olika produkter. Åtgärderna ska bidra till koncernövergripande mål.

- Fortsatt införande och implementering av arbetssättet cirkulära plastförkläden.
- Öka andelen kanylburkar Woodsafe (2- och 3-liters) med lägre klimatpåverkan.
- Fortsatt arbete med rätt användning av skyddshandskar för att minska förbrukningen av plast.
- Införande av flergångskläder vid operation.
- Övergång från engångsprodukter till flergångsinstrument och borttag av britspapper på Kvinnor och barn.
- Aktiviteter för att minska textilsvinn.

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

- Infört Garderoben för patienter som saknar egna kläder. Skänkta och kvarglömda kläder och skor har lämnats till patienter vid hemgång.
- Infört insamling av textilavfall.

Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling



Kommentar

I Södertälje sjukhus verksamhetsplan inkluderas sjukhusets verksamhetsstrategi, kallad Agenda 2027 vilken baseras på den nationella Agenda 2030. Agendan utgår från fyra av de totalt sjutton globala målen för hållbar utveckling: "Hälsa och välbefinnande", "Minskad ojämlikhet", "Anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt" samt "Hållbar konsumtion och produktion". Agendan omfattar social, miljömässig och ekonomisk hållbarhet.

Agendan uttrycker tydligt att sjukhuset ska arbeta med social hållbarhet med fokus på att minska ojämlikhet i bemötande och tillgänglighet till vård. Kunskap om hälsans bestämningsfaktorer ska vara känd inom sjukhusets verksamheter, och folkhälsoaspekter ska beaktas i sjukhusets ledning och styrning. Agendan lyfter även nolltolerans mot diskriminering.

Sjukhuset har tagit fram en gemensam beteendekod som bygger på sjukhusets värdegrund och som gäller alla medarbetare oavsett ställning i organisationen, anställningsform eller yrkeskategori. Agendan betonar vidare att sjukhuset vid inköp av varor och tjänster ska bidra till minskad påverkan på människor och miljö i leverantörskedjorna, bland annat genom tillämpningen av regionens uppförandekod för leverantörer.

Under året har sjukhuset startat upp Garderoben, som är en del av sjukhusets hållbarhetsarbete och främjar cirkularitet och minskat svinn av patientkläder, men som också bidrar till fokus på patientens behov.

Sjukhuset har gjort en kartläggning av systematiskt arbete med social hållbarhet, vilket resulterade i prioriterade åtgärder att arbeta vidare med under nästa år. En lokal riktlinje för systematiskt arbete utifrån diskrimineringsgrunderna kommer att tas fram och implementeras under 2026.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Nämnden/bolaget har utifrån sitt uppdrag arbetat systematiskt med social hållbarhet *(Regionfullmäktige)*	Ja	Ja	●	Ja	Ja

Kommentar

Sjukhuset arbetar systematiskt och aktivt i de löpande vårdkontakterna med att ta ansvar för att patienterna behandlas likvärdigt och individuellt, att ingen diskrimineras på grund av kön, sexuell läggning, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, ålder, funktionsnedsättning eller andra individuella egenskaper samt att resurserna fördelas på ett rättvist och jämställt sätt. Sjukhuset har en gemensam beteendekod som bygger på sjukhusets värdegrund och som gäller alla medarbetare oavsett ställning i organisationen.

2.2.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig

Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

●

Kommentar

Södertälje sjukhus strävar efter att vara en attraktiv arbetsgivare genom olika aktiviteter och initiativ. För att lyckas med detta är det viktigt att lyssna på medarbetarna, följa upp och arbeta systematiskt med förbättringar för att behålla personal. Detta underlättar också rekryteringen av nya medarbetare.

Under 2024 inleddes arbetet med att implementera en sjukhusgemensam rekryteringsresurs, vilket har fortsatt att utvecklas under 2025. Det regiongemensamma arbetet med att kartlägga eventuell gemensam bemanning inom vissa specifika yrkeskategorier har genomförts. Sjukhuset har infört en gemensam introduktion för nyanställda. Syftet med att centralisera delar av introduktionen är att underlätta för cheferna och öka kvaliteten och nöjdheten hos den nyanställde, eftersom en bra introduktion bidrar till ökat kvarstannande.

Sjukhuset fortsätter att fokusera på ledningsgruppsutveckling, eftersom ett gott ledarskap skapar förutsättningar för engagemang och motivation hos medarbetarna. Sjukhuset vill även främja nätverkande och kollegialt stöd genom olika former av mentorskap inom och mellan sjukhusen i regionen.

Med tanke på vårdens snabba utveckling och det ökade vårdbehovet hos en åldrande befolkning är det viktigt att ha en lärande organisation. Kompetensutveckling är därför en viktig del av att vara en attraktiv och hållbar arbetsgivare. Sjukhuset har gjort en nystart vad gäller arbetet med kompetensstegar. Under 2024 genomgick alla chefer en introduktionsutbildning, och arbetet har fortsatt i verksamheterna under 2025. Flertalet kompetensstegar har implementerats under hösten, och resterande kompetensstegar kommer att implementeras under 2026.

Arbetet med implementeringen av Kompetenstorget, som ersätter Lärtorget, har försenats och kommer att ske under 2026. Sjukhuset planerar att fortsätta arbeta enligt Magnetmodellen och implementera den inom hela sjukhuset. Magnetarbetet har främst pågått inom verksamhetsområdet Vård men har nu även startat inom Akut och Anestesi/Operation/IVA. De verktyg som modellen lyfter fram handlar till stor del om kompetensutvecklingsinitiativ och om att förbättra möjligheterna att rekrytera och behålla medarbetare samt att utveckla arbetet.

En ny introduktionsutbildning för undersköterskor har tagits fram. 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 har fortsatt vara ett stort fokusområde även under 2025. Detta bidrar till att skapa bättre förutsättningar för ett aktivt förbättringsarbete. Målet är att bibehålla den höga nivån av egen personal.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning *(Regionfullmäktige)*	99 %	98,5 %	●	99 %	99 %

Kommentar

Sjukhuset uppnår målet för året, trots en något ökad inhyrningen under sommaren med anledning av semestrar. En bidragande orsak till det förbättrade resultatet är att sjukhuset har ett dispensförfarande gällande alla önskemål om inhyrning.

Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

●

Kommentar

För att uppnå målet att vara en hållbar arbetsgivare analyserar sjukhuset statistik som rör kvarstannande, sjukfrånvaro och övertid. Detta sker kontinuerligt både på en övergripande nivå och inom specifika verksamheter, och vid behov upprättas särskilda handlingsplaner. Sjukhuset arbetar systematiskt för att stödja chefer och medarbetare i frågor som rör sjukfrånvaro, arbetsanpassning och rehabilitering. Företagshälsovården bistår sjukhuset med att arbeta förebyggande med dessa frågor.

Ett årshjul för HR-frågor har inarbetats, med syftet att strukturera olika aktiviteter och därigenom ge bättre stöd till chefer. Sjukhuset har nolltolerans mot hot, våld och kränkande särbehandling. Frågor om utsatthet ingår i den årliga medarbetarundersökningen och ska alltid adresseras i handlingsplanen vid behov. Ett kontinuerligt utbildningsarbete pågår för att medarbetare ska känna sig trygga och bättre rustade att hantera hot- och våldssituationer.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel sjukfrånvaro *(Regionfullmäktige)*	5,6 %	5,9 %		<6 %	<6 %

Kommentar

Sjukfrånvaron har minskat sedan årsskiftet 2024. Den långa sjukfrånvaron har gått ner något medan den korta ligger på ungefär samma nivå som 2024. Från och med augusti har sjukhuset börjat med ett annat sätt att räkna på sjukfrånvaron som motsvarar det sätt som Regionen har vilket visade att sjukfrånvaron var lägre än tidigare räknesätt.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Totalindex HME *(Regionfullmäktige)*	80	80		>=80	>=80

Kommentar

Sjukhuset uppnår målet för 2025. Svarsfrekvensen på medarbetarenkäten (OSA) var hög vilket är positivt.

Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete *(Regionfullmäktige)*	10 %	7 %		<=8 %	<=8 %

Kommentar

Sjukhuset uppnår inte målet enligt OSA. Analys av avvikelsehanteringen har genomförts för att få en större förståelse och kunna sätta in rätt åtgärder.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Införa ett regiongemensamt bemanningscentrum för sjukhusen för att bemanna akutsjukvården	2025	Genomförd	2025	Se bilaga
Säkerställa en personalsammansättning som ger optimal bemanning med rätt sammansättning	2025	Genomförd	2025	Se bilaga
Utreda hur personalsammansättningen på akutsjukhusen kan optimeras	2025	Genomförd	2025	Se bilaga

2.3 Uppdrag

2.4 Intern kontroll

2.4.1 Arbetet med intern kontroll

Sjukhuset arbetar kontinuerligt med att utveckla och förbättra internkontrollen. Internkontrollplanen beskriver hur Södertälje sjukhus har identifierat och analyserat riskerna för att inte uppnå målen från fullmäktige under 2025, samt utarbetat en plan för att hantera och följa upp dessa risker.

Till årsuppföljningen har en uppdatering av riskanalysen genomförts för perioden, där varje parameter bedömdes utifrån sannolikhet och konsekvens enligt en standardiserad skala 1–5. En genomgång har gjorts med respektive risksamordnare och kontrollansvarig för att stämma av hur arbetet har bedrivits under året.

Sjukhusledningens avsikt inför 2025 var att arbetet med internkontrollen skulle utföras enligt plan. Södertälje sjukhus har av denna anledning inte identifierat några förändringar som påverkat sjukhusets förutsättningar till att bedriva en god intern kontroll.

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

2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller

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

De två risker med högst riskvärde är:

- Risk för att Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan är för hög
- Risk för att utsläpp av växthusgaser inte minskar jämfört med 2019 -29%

De tre risker som har näst högst riskvärde är:

- Risk för att inte kunna säkerställa följsamheten till riktlinjer och rutiner för bisysslor
- Risk för att Hot och våld på arbetet är över målet 8%
- Risk för brister i försörjning på grund av omvärldsfaktorer

Resultatet av den uppdaterade riskvärderingen är att två risker minskat i riskvärde. "Risk för att total väntetid på akutmottagningen inte minskar jämfört med 2024" som minskat från 6 till 3 och därmed har gått från medelhög risk till låg risk. "Risk för att andelen av personalkostnader i hälso- och sjukvården som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning är under 99%" som minskat från 4 till 2 och därmed har gått från låg risk till mycket låg risk. Detta med anledning av att målet är uppnått

för 2025 för båda risker.

Risken som har ökat i riskvärde är "Risk för att Hot och våld på arbetet är över målet 8%", vilken har ökat från 3 till 6 och därmed har gått från låg risk till medelhög risk. Detta med anledning av att målet inte är uppnått enligt den senaste medarbetarundersökningen som gjordes på sjukhuset.

De båda obligatoriska riskerna "Risk för felaktiga bidragsutbetalningar" och "Risk för fel i finansiell rapportering" värderas lågt av sjukhuset och hamnar i kategorin mycket låg risk och hanteras därefter.

Inga nya risker har tillkommit under perioden och inga risker har avslutats sedan delår 2025.

Sjukhuset har arbetat aktivt med de kontroller och åtgärder som tagits fram för att hantera och minimera risker. Alla kontroller och åtgärder har utförts enligt plan förutom kontrollen " Minskning av konsumtionsbaserade utsläpp" där det saknas tillförlitlig data för basår och mätmetoder för att beräkna konsumtionsbaserad klimatpåverkan därför är det inte möjligt för sjukhuset att redovisa resultat för indikatorn, även om arbete utförs. Kontrollen "Uppföljning medarbetarenkät" har ändrats till "Uppföljning" och innehåller nu även uppföljning av avvikelsehanteringssystemet "Händelsevis".

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

2.4.3 Försäkran

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

2.4.4 Regelefterlevnad

Övergripande arbete med styrande dokument

Uppförandekod för Region Stockholm används i alla upphandlingar som akutsjukhusnämnden genom Södertälje sjukhus genomför. Under året har Södertälje sjukhus, liksom övriga förvaltningar inom akutsjukhusnämnden, arbetat med att identifiera, analysera och bedöma riskområden där sjukhusen kan vara exponerade mot välfärdsbrott och oegentligheter. Det kan konstateras att nämndens förvaltningar har en teoretisk riskexponering inom flertalet områden såsom HR, ekonomi, inköp, säkerhet etcetera. Vidare konstateras att det redan idag bedrivs ett aktivt arbete inom förvaltningarna för att identifiera och motverka oegentligheter och välfärdsbrott. Ett flertal kontrollmoment finns på plats i enlighet med styrande dokument. Ett område/aktivitet som identifierats i den genomförda riskanalysen och som förvaltningarna kommer arbeta vidare med är avtalsuppföljning.

Upphandling och avtal

Södertälje sjukhus inköpsenhet har under 2025 hållit utbildning för chefer/verksamheter/funktioner som är delaktiga i upphandlingar, där man bland annat redogjort för de grundläggande upphandlingsprinciperna, korruption inklusive jäv och jävssituationer.

Inom ramen för ett uppdrag till akutsjukhusnämnden (ASN) avseende att motverka välfärdsbrott och oegentligheter, har Södertälje sjukhus identifierat, analyserat och bedömt risker inom inköp, upphandling och avtalsområdet.

Ett område som samtliga förvaltningar inom ASN kommer att arbeta vidare med utifrån nämnduppdraget är avtalsuppföljning. Fokus för Södertälje sjukhus liksom för övriga förvaltningar kommer initialt vara avtal med störst riskexponering eller värde.

3 Verksamhet

Södertälje sjukhus redovisar en måluppfyllelse för sjukhusavtalet, mätt i DRG-poäng, på 104,7 %. Måluppfyllelsen för den akuta vården uppgår till 108,6 % och för den elektiva till 98,3 %.

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

Akutmottagningens totala produktion är 8,4 % högre jämfört med föregående års utfall och 17,2 % högre än årets budget. Ökningen hänförs framför allt till närakuten. Den stora patienttillströmningen till akuten inklusive närakuten är problematisk då lokalerna inte är anpassade för denna höga patientvolym. Vid ett flertal tillfällen har patienter övernattat på akutmottagningen i avvaktan på en ledig vårdplats vilket inte är bra, varken ur patient- eller arbetsmiljöperspektiv.

Det sjukhusövergripande arbetet med att minska den köställda vården har varit prioriterat och gett resultat. Andel nybesök inom vårdgarantin (30 dagar) är 75 % och andel väntande till operation/behandling inom vårdgarantin (90 dagar) är 96 % i slutet av december. Båda är högre än målnivån på 70 %, respektive 80 %. De patienter som själva valt att vänta eller som väntar av medicinska skäl är inte inräknade i dessa andelar. I slutet av december uppskattar sjukhuset att totalt 1 248 patienter väntar på nybesök till mottagning och 869 patienter väntar på ett operativt ingrepp, inklusive patientvald och medicinsk väntan.

Vårdköerna till operation har minskat under året. Sjukhuset har stort fokus på att öka sin kapacitet inom operationsverksamheten genom nya smarta arbetssätt och goda samarbeten mellan avdelningar och över verksamhetsgränser. Antalet operationer har ökat med 4,5 % jämfört med föregående år.

3.1 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Besök, akuta	68 061	50 213	17 848	25,7 %
Besök, elektiva	99 888	107 196	-7 308	4,6 %
Öppenvårdsbesök, totalt	**167 949**	**157 409**	**10 540**	**12,3 %**
- varav utomlän/utland	7 431	7 689	-258	9,2 %
Slutenvårdstillfällen, akuta	14 000	13 244	756	5 %
Slutenvårdstillfällen, elektiva	3 336	3 138	198	7,2 %
Slutenvårdstillfällen, totalt	**17 336**	**16 382**	**954**	**5,4 %**
- varav förlossning, totalt	2 251	2 165	86	7,4 %
- varav utomlän/utland	530	569	-39	-0,6 %
ASIH och palliativa vårddygn	24 856	28 120	-3 264	-3 %
Antal inskrivna ASIH	298	280	18	-13,4 %
Antal vårdplatser	**186**	**184**	**2**	**-2,1 %**

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Under 2025 har sjukhuset producerat 167 949 öppenvårdsbesök, vilket är 12,3 % högre jämfört med föregående år och 6,7 % högre än budget. Ökningen hänförs främst till den akuta vården, framför allt till närakuten. Ökningen jämfört med föregående år beror delvis på ändrade direktiv i "Regelverket för rapportering av vårdkontakter och andra aktiviteter 2025", vilket medför att från och med 2025 inkluderas även de öppenvårdsbesök som övergår till slutenvårdstillfällen (oplanerade inskrivningar) vid rapporteringen.

Ökningen av den akuta vården påverkar den elektiva vården negativt. När sjukhusets resurser styrs om för att kunna hantera den akuta vården medför det undanträngningseffekter för den elektiva vården. Sjukhuset ser sedan ett antal år tillbaka ett ökat behov av slutenvård för akut sjuka patienter. Ökningen kan till stor del hänföras till den beslutade omstyrningen av ambulanser från Botkyrka. Då inläggningsfrekvensen är ca 50 %, påverkar det behovet av akut slutenvård och därmed antalet akuta vårdtillfällen inom akutsomatiken. Det totala antalet ambulanser som har kommit till sjukhuset ligger på samma nivå som under föregående år samtidigt som antalet ambulanser från Botkyrka har ökat med 4,6 %.

Inom slutenvården har sjukhuset producerat 17 336 vårdtillfällen, vilket är 5,4 % högre än föregående år och 5,8 % högre än budget. Inom slutenvården har ökning skett inom

både akut och elektiv vård.

Den genomsnittliga beläggningsgraden är 94,0 % jämfört med 95,9 % föregående år.

Sjukhuset redovisar 2 251 vårdtillfällen inom vårdval förlossning. Antalet förlossningar uppgår till 1 861 stycken vilket är en ökning med 93 förlossningar (5,3 %) jämfört med föregående år, men är 539 förlossningar (22,5 %) lägre än periodiserad budget. Minskningen jämfört med budget beror på sjunkande förlossningstal inom Region Stockholm, vilket påverkar antalet hänvisningar från andra sjukhus till Södertälje sjukhus.

Sjukhuset redovisar 186 disponibla vårdplatser sista onsdagen i december, vilket är 2 vårdplatser fler än rapporterad budget. I redovisat antal disponibla vårdplatser ingår inte sjukhusets tekniska vårdplatser, vilka är 6 IVA-vårdplatser och 7 förlossnings-vårdplatser, samt 6 AVA-vårdplatser.

3.2 Produktivitet

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

Produktiviteten, som beräknas utifrån producerade DRG-poäng (all verksamhet inklusive sidoavtal och utomlänsvård) per helårsarbete, är 8,2 % högre under året jämfört med föregående år. I helårsarbete inkluderas även antal inhyrda timmar genom omräkning. Den ökade produktiviteten beror på att produktionen har ökat i högre takt än bemanningen.

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

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

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

4 Personal

Södertälje sjukhus har kontinuerligt arbetat med insatser för att strukturera och tydliggöra det systematiska arbetet med att attrahera, rekrytera och introducera nya medarbetare. Arbetet har även syftat till att underlätta och avlasta det administrativa arbetet för sjukhusets chefer. HR-avdelningen har arbetat i enlighet med sjukhusets verksamhetsplan och satsar på en långsiktig kompetensförsörjning.

4.1 Attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Med tanke på vårdens snabba utveckling och det ökade vårdbehovet hos en åldrande befolkning är det viktigt att ha en lärande organisation. Kompetensutveckling är därför en viktig del av att vara en attraktiv och hållbar arbetsgivare. Sjukhuset har gjort en nystart vad gäller arbetet med kompetensstegar. Under 2024 genomgick alla chefer en introduktionsutbildning, och arbetet har fortsatt i verksamheterna under 2025. Flertalet kompetensstegar har implementerats under hösten, och resterande kompetensstegar kommer att implementeras under 2026.

Resultatet av den årliga medarbetarundersökningen var 80 (index HME) och når därmed regionens mål, Södertälje sjukhus hade även 2025 en hög svarsfrekvens. Alla enheter arbetar vidare enligt plan med sina respektive resultat.

Sjukhuset fortsätter att fokusera på ledningsgruppsutveckling, eftersom ett gott ledarskap skapar förutsättningar för engagemang och motivation hos medarbetarna. Sjukhuset vill även främja nätverkande och kollegialt stöd genom olika former av mentorskap inom och mellan sjukhusen i regionen.

Sjukhuset har årligen chefskonferenser och 2025 var temat Hållbart ledarskap i en föränderlig värld samt chefers arbetsmiljö.

4.2 Hållbar arbetsgivare

Sjukhuset har arbetat med att stärka attraktiviteten samt att långsiktigt stärka kompetensförsörjningen, specifikt för sjuksköterskor som är en bristkompentens. Sjukhuset har tidigare deltagit i studien Magnet4Europe, och planerar att fortsätta arbeta enligt Magnetmodellen och implementera den inom hela sjukhuset. Magnetmodellen är ett verktyg som bidrar till bättre förutsättningar för att rekrytera, behålla och utveckla sjuksköterskor.

I sjukhusets systematiska arbete för en hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö är yrkesintroduktioner och kompetenshöjande insatser prioriterade. På KTC (Kliniskt träningscentrum) samlas resurser och kompetens inom vårdkunskap, pedagogik och simulering för att ge medarbetare goda möjligheter till ett kontinuerligt lärande. Sedan tidigare erbjuds samtliga läkare, sjuksköterskor och undersköterskor professionsspecifika introduktionsprogram med fokus på säkra arbetssätt. Under året har nya grupper tillkommit och även transportörer, elever och studenter har fått anpassade introduktioner. Totalt har ca 250 medarbetare och elever/studenter deltagit. Därutöver deltog ett 30-tal sjuksköterskor i programmet för nyutexaminerade. Där ges

tid till både fördjupningar av omvårdnadskunskap, dialoger kring nya rollen genom reflektion samt praktisk träning genom simulering. Hot och våld berörs genom träning i VR-miljö. Under 2025 skapades, genomfördes och utvärderades ett nytt kompetenshöjande terminslångt program för undersköterskor. Programmet kommer att ges fortlöpande. Ett flertal andra kompetenshöjande aktiviteter har genomförts; hjärtlungräddning, instruktörskurser och diplomering av nya hygienombud för att nämna några. Riktade kurser utifrån verksamheternas aktuella behov är i ständig fokus där bland annat simulering inför flytt till nya geriatriska vårdavdelningar och munvårdskurs i samarbete med Folktandvården genomförts under året.

En viktig faktor för att uppnå en hälso- och sjukvård av god kvalitet är att kompetensförsörjningen är tillfredsställande och att verksamheten kan rekrytera och behålla medarbetare. Under året har sjukhuset ökat andelen egenanställd personal vilket även skapar bättre förutsättningar för aktivt förbättringsarbete.

Kvarstannandegraden har legat högt under hela året och är 89 % för 2025.

4.2.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete och hälsa

För att säkerställa att sjukhuset arbetar systematiskt med arbetsmiljöarbete har HR-avdelningen tagit fram ett årshjul, där aktuella arbetsmiljöområden tas upp på chefsmöten varje månad. En sammanställning av informationen mejlas till alla chefer i ett chefsbrev. Chefsbrevet är utformat i en pedagogisk presentation som på ett enkelt sätt ska kunna användas på verksamheternas arbetsplatsträffar.

Under 2024 genomfördes ett sjukhusövergripande, partsgemensamt arbete för att riskbedöma överbeläggning, vilket har gett bra resultat under 2025. Under arbetets gång infördes även en ny mall för riskbedömning som tar hänsyn både till riskbedömning av vården samt arbetsmiljöaspekter. Under 2025 genomfördes utbildning i MBL samt riskbedömning för chefer och skyddsombud.

I förebyggande syfte arbetar sjukhuset systematiskt med rehabiliteringsfrågor i nära samarbete med företagshälsovården. Uppföljning av sjukfrånvaro görs även månadsvis med varje verksamhetschef.

Uppföljning sker månadsvis av sjukfrånvarostatistik, kvarstannande, inhyrd personal och övertid. Sjukhuset rapporterar den lägsta sjukfrånvaron av regionens akutsjukhus, kvarstannandet ligger på en jämn nivå, inhyrd personal har minskat medan övertiden har ökat något. Sjukhuset skickar även exitenkäter till alla som slutar för att få statistik på orsaker till att medarbetare slutar och på så sätt kunna arbeta vidare för att förbättra verksamheten.

Södertälje sjukhus arbetar kontinuerligt med att utveckla inkluderande arbetsplatser som är fria från kränkningar, trakasserier och diskriminering. Under året har sjukhuset tagit initiativ till att arbeta med praktikplatser för personer som står långt ifrån arbetsmarknaden, och arbetet kommer att implementeras under 2026.

Säkerhet- och beredskapsavdelningen på Södertälje sjukhus arbetar kontinuerligt med att få sjukhusets medarbetare att känna sig trygga på sin arbetsplats. Avdelningen

ordnar löpande träffar, informerar och utbildar sjukhusets medarbetare, chefer och ledningsgrupper i olika forum såsom på arbetsplatsträffar, introduktionsutbildningar, med mera. Tät samverkan och dialog sker även med andra sjukhus, Polismyndigheten (Södertäljepolisen), sjukhusets ordningsvakter, Räddningstjänsten, Kriminalvården och sjukhusets fastighetsförvaltare. Säkerhet- och beredskapsavdelningen deltar även i regionala forum och har där bidragit med framtagande av Region Stockholms e-utbildning "Hantera hot och våld på jobbet" samt bidragit med kompetens vid upphandlingar.

4.3 Uppföljning avsatta medel

4.3.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö

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

- Skapa förutsättningar för en tillitsorienterad organisation
- Stärka stödet till chefer från staber och vårdnära service
- Rekryteringsresurs, för att underlätta rekryteringen för chefer
- Rehabiliteringsstöd från företagshälsovård
- Utbildning i riskbedömning för chefer och skyddsombud
- Ge ökade förutsättningar för kollegialt stöd, genom att skapa förutsättningar för nätverkande och kollegialt stöd
- Friskvårdsaktiviteter, exempelvis STS Gym

4.3.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning

Södertälje sjukhus har arbetat med ett antal aktiviteter som har syftat till långsiktigt hållbar kompetensförsörjning. Målet är att verksamheten ska kunna rekrytera och behålla medarbetare och därmed öka andelen egenanställd personal som bidrar till att skapa bättre förutsättningar för ett aktivt förbättringsarbete.

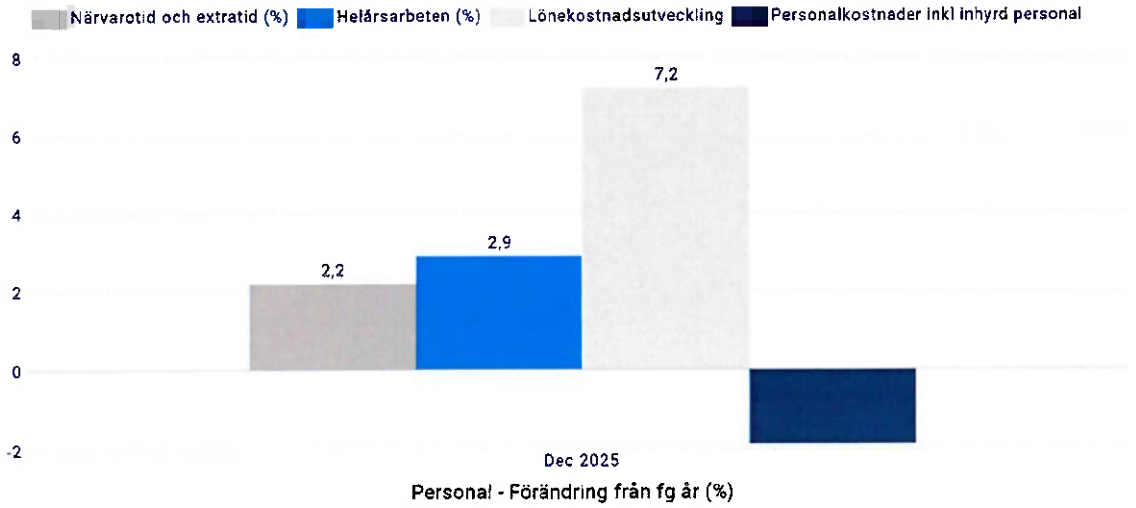
Kompetensstegar

Sjukhuset strävar efter att vara en lärande organisation och har gjort en nystart i arbetet med kompetensstegar. Under 2024 genomgick alla chefer en introduktionsutbildning, och arbetet har fortsatt att utvecklas inom verksamheterna under 2025. Flertalet av alla kompetensstegar är implementerade och arbetet fortsätter under 2026.

Magnet-modellen

Sjukhuset planerar att fortsätta arbeta enligt Magnet-modellen och implementera den inom hela sjukhuset. Magnet-arbetet har främst pågått inom verksamhetsområdet Vård men har under året även startat inom Akuten och Anestesi/Operation/IVA. 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 framtagen.

4.4 Helårsarbeten



Personal - Förändring från fg år (%)

	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. % utfall fg år
Personal - Helårsarbeten	1 370	1 310	60	2,9 %
Extratid	*159*			*0,6 %*
Totalt	**1 529**			**2,6 %**

** Helårsarbeten, är närvaro och frånvaro, vilket sammantaget motsvarar den avtalade tiden för sysselsättningsgraden i förhållande till aktuellt antal dagar under perioden, enligt Tableau.*
*** Budget rapporteras inte på extratid.*

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Antal helårsarbeten, grundat på närvaro- och frånvarotid, är 4,6 % högre än rapporterad budget och 2,9 % högre än föregående års utfall. Närvarotiden, inklusive extratid, har ökat med 2,2 % jämfört med föregående år. Närvarotiden har ökat med 2,5 %, frånvarotiden med 3,9 % och extratiden med 1,9 % jämfört med föregående år. Ökningen orsakas av den höga produktionen, både jämfört med föregående år och innevarande års budget, samt den minskade inhyrningen.

Lönekostnadsutvecklingen enligt diagrammet är 7,2 % jämfört med föregående år och härleds till löneökningar och ökad bemanning med egen personal.

De totala bemanningskostnaderna, inklusive inhyrd personal, har minskat med 1,9 % jämfört med föregående år. Jämförelsen mot föregående år påverkas av förändrad hantering av pensionskostnaderna med anledning av avbolagiseringen, vilket har lett till ett lägre PO-pålägg. Kostnader för inhyrd personal har minskat med 38,4 % och kostnaderna för egenanställd personal har minskat med 1,3 % jämfört med föregående år.

4.5 Sjukfrånvaro

Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**5,61**	**5,92**
- varav kvinnor	*6,24*	*6,49*
- varav män	*2,77*	*3,40*
Fördelat på period		
1 - 14 dagar	*2,49*	*2,47*
15 - 90 dagar	*1,09*	*1,10*
91 - dagar	*2,02*	*2,21*

Den procentuella sjukfrånvaron är 5,61 % för 2025. Det är en minskning jämfört med föregående år och är fortsatt under målvärdet på 6 %. Minskningen är främst kopplad till långtidssjukfrånvaron.

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

5 Ekonomi

Sedan årsskiftet är Södertälje sjukhus, som en effekt av beslutad avbolagisering, inte längre ett aktiebolag utan en förvaltning och en del av akutsjukhusnämnden (ASN). Avbolagiseringen medför bland annat förändringar avseende hantering av pensionskostnader, moms och momskompensation vilket gör att varken budget eller utfall 2025 är jämförbara med motsvarande siffror föregående år.

Sjukhuset redovisar ett positivt resultat på 0,1 mnkr jämfört med budget. Både intäkter och kostnader är högre än budgeterat och avviker båda med 2,8 %.

Hög vårdproduktion under året har medfört ökade intäkter men även ökade kostnader avseende bemanning, röntgen- och laboratorietjänster samt material. Sjukhuset har inte erhållit någon ersättning kopplat till kökapning under innevarande år och avseende sjukhusavtalet erhåller sjukhuset endast ersättning motsvarande 40 % av årets poängpris för produktion mellan 100 % och 104 % och för produktion överstigande 104 % uteblir ersättning helt.

I slutet av året har sjukhuset erhållit sent beslutade medel avseende bland annat kompetensförsörjning och hållbar arbetsmiljö, vilket får en positiv påverkan på sjukhusets resultat.

Utfall i jämförelse med budget

Med anledning av att sjukhuset i förvaltningsform inte erhåller momskompensation eller belastas med momskostnader och inte heller hanterar pensionskostnader samt erhåller ersättning för höga pensionskostnader är budgeterade och ackumulerade intäkter och kostnader betydligt lägre, jämfört med motsvarande period föregående år och siffrorna blir därmed inte jämförbara.

Verksamhetens totala intäkter är 52 mnkr (2,8 %) högre än budget.

Hög produktion inom sjukhusavtalet medför högre intäkter än budgeterat samtidigt som intäkter för asylsökande avviker negativt jämfört med budget.

Erhållna bidrag är högre än budgeterat, avvikelsen hänförs bland annat till erhållna medel avseende hållbar arbetsmiljö, arbetsmarknadspolitiska åtgärder och civilt försvar.

Sjukhuset har under året erhållit intäkter utöver budgeterat, avseende bland annat externa projekt, vårdnära lagerhållning, RS-vaccination av nyfödda, julbord och julgåva till medarbetare samt kompetensutveckling. Sammantaget medför dessa att övriga intäkter avviker positivt jämfört med budget.

Verksamhetens totala kostnader (inklusive avskrivningar och finansnetto) är 52 mnkr (2,8 %) högre än budget.

Bemanningskostnaderna avviker negativt med 39 mnkr (3,2 %). Kostnaden för egenanställd personal avviker negativt med 32 mnkr (2,6 %) och kostnaden för inhyrd personal avviker negativt med 7 mnkr jämfört med budget. De höga kostnaderna

hänförs framförallt till bemanning för att kunna möta den höga vårdproduktionen.

Sjukhusets kostnader för vårdtjänster överskrider budget med 12 mnkr (14,3 %). Avvikelsen hänförs dels till kostnader för granskningstjänster med anledning av sjukhusets brist på radiologer, dels till kostnader för laboratorietjänster kopplat till hög produktion.

Materialkostnader överskrider budget med 14 mnkr (16,9 %). Kostnadsavvikelsen hänförs främst till ökade inköp av vård- och operationsmaterial kopplat till hög produktion och kökapningsinsatser.

Övriga kostnader avviker positivt med 10 mnkr (6,5 %). Avvikelsen hänförs främst till att sjukhusets byte av IT-miljö har fördröjts.

5.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Patientavgifter	27	26	1	2,8 %
Sålda primärtjänster	1 757	1 734	23	-8,4 %
Försäljning övriga tjänster	43	44	-1	0,8 %
Erhållna bidrag	44	36	8	4,5 %
Övriga intäkter	30	10	20	-6,2 %
Verksamhetens intäkter	**1 902**	**1 850**	**52**	**-7,8 %**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-1 276	-1 237	-39	-1,9 %
- varav inhyrd personal	*-12*	*-5*	*-7*	*-38,4 %*
Köpta primära sjukvårdstjänster	-0	0	-0	
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-97	-85	-12	-1,9 %
Läkemedel	-71	-71	0	7,3 %
Materialkostnader	-98	-84	-14	-11,4 %
Lokal- och fastighetskostnader	-166	-169	3	-2,6 %
Övriga kostnader	-144	-154	10	-18,5 %
Verksamhetens kostnader	**-1 853**	**-1 799**	**-54**	**-3,7 %**
Avskrivningar	-44	-45	1	-12,6 %
Finansnetto	2	0	2	
Justering pension mm.	0	0	0	
Resultat**	**6,1**	**6**	**0,1**	

* mkr
** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Summa personalkostnader	**-1 264,6**	**-1 232,2**	**-32,4**	**-1,3 %**
Förändring sem- och löneskuld	-5,5	-8,4	2,9	100 %
Lönekostnad	-843,8	-799,1	-44,7	7,2 %
- varav övertid	*-28,8*	*-11,4*	*-17,4*	*16,7 %*
- varav sjuklönekostnad	*-12,8*	*-10,8*	*-2*	*1,5 %*
PO-pålägg	-395,9	-386,4	-9,5	-15,9 %
Övriga personalkostnader	-19	-38	19	-7,1 %
Inhyrd personal	**-11,8**	**-4,8**	**-7**	**-38,4 %**
- varav läkare	*-2,3*	*-0,8*	*-1,5*	*-60,3 %*
- varav sjuksköterskor	*-9,5*	*-4*	*-5,5*	*-15,3 %*
- varav övrig personal	*0*	*0*	*0*	
Personalkostnad inkl inhyrd personal	**-1 276,3**	**-1 237**	**-39,3**	**-1,9 %**

* mkr

De totala bemanningskostnaderna uppgår till 1 276,3 mnkr, vilket är 3,2 % högre än budget. Sjukhusets kostnader för den egna personalen är 2,6 % högre än budget, vilket beror på den höga produktionen, men ökningen reduceras som ett resultat av årets åtgärdsplan för en ekonomi i balans. Jämförelse mot föregående år blir inte relevant då siffrorna påverkas av förändrad hantering av pensionskostnader med anledning av avbolagiseringen, vilket lett till ett lägre PO-pålägg.

Kostnaden för inhyrd personal uppgår till 11,8 mnkr vilket är 38,4 % lägre än föregående år men högre än budget. Sjukhusets budget avseende inhyrd personal är låg och hänförs främst till sommarperioden.

Andel inhyrd personal av den totala bemanningskostnaden är fortsatt låg och uppgår till 0,9%, vilket kan jämföras med 1,5 % under föregående år. Det pågående regiongemensamma arbetet med att minska andelen inhyrd personal till förmån för ett ökat antal egenanställd personal har gett effekt.

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

Kostnaden för både övertid och sjuklön har ökat jämfört med föregående år och är högre än budgeten. Den egna personalens övertidsarbete har varit en del av lösningen för att kunna upprätthålla adekvat bemanning.

Övriga personalkostnader har minskat med 7,1 % jämför med föregående år. Minskningen är ett resultat av aktivt arbete med effektiviseringar på Södertälje sjukhus.

5.1.2 Konsultkostnader

Externa Konsultkostnader (Mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. %
Juridik	-0	-0	0	0 %
PR	0	0	0	0 %
Management	0	0	0	0 %
IT	-1	-1	0	-64,2 %
Övriga	-0	-1	1	-70,8 %
Summa externa konsultkostnader	**-1**	**-2**	**1**	**-64,9 %**

Södertälje sjukhus har sedan flera år tillbaka haft låga konsultkostnader och främst nyttjat konsulter till specifika uppdrag där spetskompetens krävs.

5.1.3 Administrativa kostnader

Administrativa kostnader (mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Administrativa kostnader	-62	-67	5	0 %

Sjukhuset uppvisar en positiv kostnadsavvikelse jämfört med budget avseende administrativa kostnader. Avvikelsen hänförs främst till bemanningskostnader kopplat till vakanshållning av tjänster.

Avbolagiseringen av Södertälje sjukhus medför förändrad hantering av bland annat pensionskostnader, moms och momskompensation, effekterna medför att årets budget och utfall inte är jämförbara med siffrorna för motsvarande period föregående år.

5.1.4 Utredning av det fullmäktige beslutade resultatkravet

Södertälje sjukhus redovisar inga reavinster under 2025.

5.1.5 Återrapportering medel för åtgärder god ekonomisk hushållning

Implementera Förstärkt Utskrivning (FU) på geriatriken (3,9 mnkr)

Mål och genomförande

Projektet Förstärkt Utskrivning syftade till att minska antalet återinläggningar för geriatriska patienter. Under 2022 återinlades 22 procent av patienterna inom 30 dagar till sjukhus (akutsomatik och geriatrik). Projektets mål var att reducera denna siffra till 15 procent, vilket skulle motsvara en minskning med cirka 1 000 vårddygn per år. En ytterligare effekt av projektet var att det satte fokus på och gav ett ökat samarbete inom "God och nära vård" med primärvården och kommunen kring hur man tillsammans kan hjälpa dessa sköra, multisjuka äldre medborgare med stort vård- och omsorgsbehov.

Under hela projektet har arbetsgruppen inkluderat representanter från både kommun och primärvård i Södertälje, och regelbundna gemensamma avstämningar har hållits för att utvärdera arbetssättet med fokus på lärande. Projektet inledde samarbetet med två vårdcentraler i Södertälje och utvidgade sedan detta till att omfatta samtliga

vårdcentraler i området. Utvärdering av de kvalitativa aspekterna av projektet, såsom patienternas upplevelse av trygghet och tillgänglig vård vid vårdövergången, genomfördes också. Genomförandefasen av projektet startade under första kvartalet 2024 och pågick till slutet av 2025.

Resultat och analys

Projektledaren har haft avstämningsmöten med kommunen och berörda vårdcentraler inom FU:s upptagningsområde. Det framkom att det finns ett behov av förbättrad kommunikation till kommunen, hemtjänsten och hemsjukvården angående när patienter skrivs in och ut i FU. Överenskommelser gjordes för att förbättra denna kommunikation och informationsöverföring.

Patientenkäter har delats ut för att undersöka patienternas känsla av trygghet vid utskrivning och om de upplevde god tillgång till vård under tiden de var inskrivna i FU. De flesta kände sig helt eller delvis trygga i samband med utskrivning. Några patienter uttryckte att de önskade mer information och ökad delaktighet i sin utskrivning. I princip alla patienter upplevde att de hade god tillgång till vård under sin tid i FU.

Nestor FoU (Forsknings- och utvecklingsenhet med fokus på äldrefrågor) har genomfört fokusintervjuer med patienter för att få deras perspektiv på tillgången till FU efter utskrivning. Många patienter upplevde hemkomsten från sjukhuset som stressig, men FU-teamet gav dem trygghet, tid att lyssna och var tillgängliga vid behov.

FU-teamet har också utvärderat sin tid i projektet och dragit lärdomar utifrån det. Det har blivit tydligt hur komplex en utskrivning från sjukhuset är och hur den påverkar både patienten och mottagarna vid utskrivning. Kunskap från projektet kommer att återföras till sjukhusavdelningarna för att förbättra utskrivningsprocessen. Samverkan med vårdcentralen, primärvårdsrehab och kommunen efter utskrivningen har visat sig vara av stor betydelse, och samverkan med dessa aktörer kommer att fortgå även efter att projektet Förstärkt utskrivning avslutas.

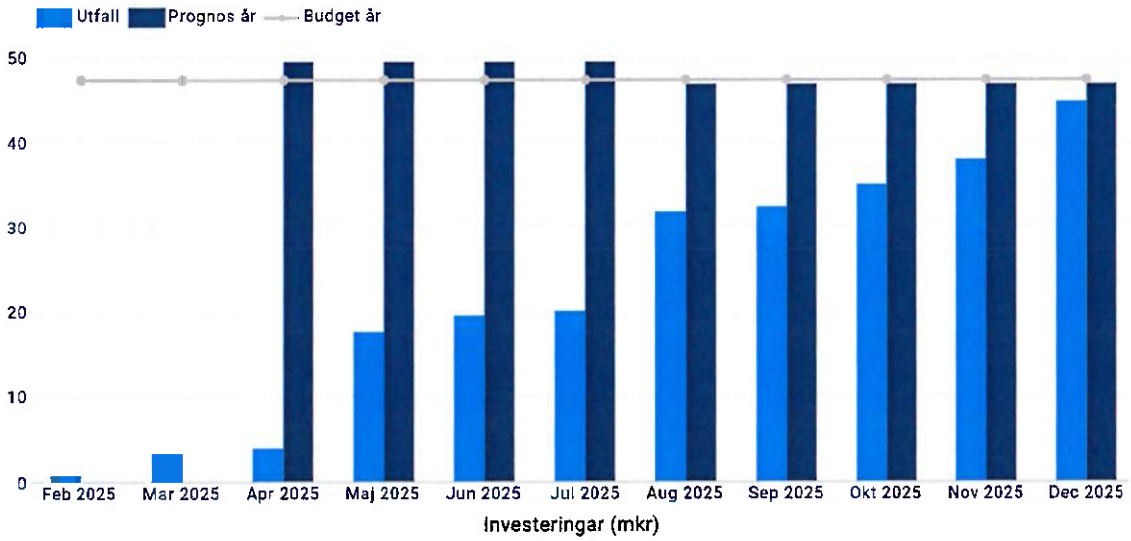
5.2 Åtgärder för ett resultat i balans

Åtgärder (Mnkr)	Budgeterad effekt 2025	Realiserad effekt 2025	Avvikelse realiserad effekt jmft budget 2025	Budgeterad effekt 2026	Budgeterad effekt 2027	Budgeterad effekt 2028
Effektivisera bemanning	15,0	6,6	-8,4	10		
Enhetliga materialinköp	5,0	1,4	-3,6	5		
Minska läkemedelskost	0,0	5,5	5,5			
Minska labkostnader	0,0	0,3	0,3			
Kloka kliniska val				5		
Summa	20,0	13,8	-6,2	20		

Södertälje sjukhus har under året arbetat aktivt med att nå en ekonomi i balans. Trots att den realiserade effekten av årets åtgärdsprogram inte nådde upp till budgeterad nivå, har sjukhuset uppnått resultatkravet för 2025.

Den ökade vårdvolymen har drivit upp kostnader för bland annat bemanning och material (framför allt operationsmaterial) i en takt som intäkterna inte fullt ut täcker.

5.3 Investeringar



5.3.1 Status investeringsplanens genomförbarhet och risk

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

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

5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget

Årets investeringsutfall uppgår till 45 mnkr vilket motsvarar en upparbetningsgrad mot budget på 94,7 %.

Sjukhuset har i samband med rapportering av prognos per augusti, förskjutit 4,8 mnkr från årets investeringsram till 2026-års investeringsram med anledning av att investeringarna inte kommer kunna genomföras under innevarande år, bland annat kopplat till försenade upphandlingar inom akutsjukhusnämnden.

Årets investeringsutgift påverkas även av att medel från investeringsram 2024 nyttjats under året på grund av försenade leveranser samt att vissa utlovade leveranser 2025 försenats och kommer levereras först under 2026. De försenade leveranserna medför att sjukhuset kommer behöva nyttja 2 mnkr av årets investeringsram under 2026.

De enskilt största investeringsobjekten under året är uppgradering av magnetröntgen-system på 12 mnkr, inköp av koloskop och gastroskop till ett värde av 10 mnkr samt inköp av spoldesinfektorer till ett värde av 5 mnkr.

5.3.3 Ny- och ersättningsinvesteringar

Investeringar (mkr)	Utgift 2025	Budget 2025	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Nyinvesteringar	5,1	5,6	0,5	91
Ersättningsinvesteringar	39,6	41,6	2,0	95
Totalt investeringar	**44,7**	**47,2**	**2,5**	**186**

5.3.4 Driftsatta investeringsobjekt

Södertälje sjukhus har inga investeringsobjekt över 100 mnkr.

5.4 Balansräkning

Balansräkning*	Utfall	Bokslut fg år	Förändr.
Anläggningstillgångar	**193**	**194**	**-0**
-varav pågående nyanläggningar	*0*	*2*	*-2*
Omsättningstillgångar	**329**	**1 450**	**-1 121**
- varav kassa och bank	*74*	*1 098*	*-1 024*
SUMMA TILLGÅNGAR	**522**	**1 643**	**-1 121**
Eget kapital	**281**	**109**	**172**
Avsättningar	**0**	**1 132**	**-1 132**
Skulder	**241**	**402**	**-161**
- varav långfristiga skulder	*2*	*3*	*-1*
- varav kortfristiga skulder	*239*	*398*	*-160*
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	**522**	**1 643**	**-1 121**

* mkr

Södertälje sjukhus avbolagiserades 1 januari 2025 och jämförelser mellan åren blir därmed utmanade.

Anläggningstillgångarna är i princip oförändrade mellan åren.

Omsättningstillgångarna är betydligt lägre jämfört med föregående år, det är främst kassa och bank som är lägre och hänförs till förändringar i och med avbolagiseringen.

Eget kapital inkluderar förvaltningskapital och årets resultat.

Avsättningar till pensioner hanteras av koncernfinans och har därmed inget utfall för året.

5.5 Kassaflödesanalys

Kassaflödesanalys	2025-12-31
Mkr	
Den löpande verksamheten	
Kassaflöde från den löpande verksamheten	
Investeringsverksamheten	
Kassaflöde från investeringsverksamheten	
Finansieringsverksamheten	
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	
Årets kassaflöde	
Likvida medel vid årets början	
Likvida medel vid årets slut	

Med anledning av sjukhusets avbolagisering görs ingen kassaflödesanalys för 2025 i samråd med regionledningskontoret.

6 Pågående rättsprocesser (tvister)

Södertälje sjukhus har inga pågående rättsprocesser.

7 Övrigt

Södertälje sjukhus drevs tidigare som ett aktiebolag men är från och med 1 januari 2025 en förvaltning inom ASN (akutsjukhusnämnden).

I och med att sjukhuset nu drivs i förvaltningsform inom Region Stockholm hanteras avsättning till pensioner centralt inom koncernen och sjukhuset har även möjlighet att återsöka den ingående moms som inte är avdragsgill i enlighet med LEMK, varför denna inte längre belastar verksamhetens resultat.

Vid beräkning av PO-pålägg avseende bokning av upplupna personalkostnader i årsbokslutet har 2025-års PO-pålägg (47,65 %) använts i enlighet med beslut i Rådet för kommunal redovisning (RKR).

8 Förväntad utveckling kommande år

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 och läkemedel 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.

För att under kommande år kunna dra nytta av möjligheterna med förbättrat systemstöd, robotisering och AI genomför sjukhuset även under 2026 ett omfattande projekt för att modernisera IT-miljön, i nära samverkan med SF-IT. Tillsammans utgör dessa förändringar några av de viktigaste förutsättningarna för sjukhusets verksamhet, både kommande år och på längre sikt.

9 Nämnd-/styrelsebehandling

Verksamhetsberättelse 2025 kommer behandlas i akutsjukhusnämnden den 24 februari 2026.

Södertälje 2026-01-29

Anna Gerber Ekbolm

Sjukhusdirektör

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025–0984

Akutsjukhusnämnden

Sammanställning A1, fullmäktigeuppdrag

ÅR 2025

Innehållsförteckning

1 Uppdrag....3
1.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa....3
1.1.1 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov....3
1.1.2 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet....5
1.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv....8
1.2.1 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet....8
1.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig....9
1.3.1 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare....9

1 Uppdrag

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

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

Uppdrag	Status	Kommentar
Förstärka och återrapportera arbetet med dagvårdsplatser **Beskrivning** Akutsjukhusnämnden i samråd med Karolinska universitetssjukhuset och SLSO uppdras att förstärka och återrapportera arbetet med dagvårdsplatser för att på ett snabbare och effektivare sätt ge behandling och minska behovet av slutenvård. **Diarienr** RS 2024–0217 **Beslutat av** Regionfullmäktige 2025 **Uppdragstyp** Beslut budget **Uppdraget beräknas avslutas** 2025	Genomförd	**ÅR 2025** Under 2025 har representanter från Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och S:t Eriks Ögonsjukhus träffats en gång i månaden för att tillsammans arbeta med utvecklingen av dagvård. Inom ramen för arbetet har gruppen genomlyst den regionägda vård som innefattar verksamhet som definieras som eller liknas vid dagvård. Gruppens deltagare har genom inbjudna föreläsare och benchmarking skaffat sig en bild av regionens omställning till dagvård. Gruppen konstaterade tidigt att begreppet ”dagvård” kan ha en bredare betydelse och att samma omställning på två olika sjukhus kan benämnas olika. För att göra rättvisa jämförelser och beskrivningar av sjukhusens omställningar bör begreppet ”dagvård” parallelliseras med ”polikliniserings”. Alla sjukhus har under de senaste åren genomfört omställningar av slutenvård till andra vårdformer. En del har genomförts under begreppet ”dagvård” medan andra i stället införlivat sina förbättrings- och förändringsarbeten inom till exempel dagkirurgi, mottagningar eller hemsjukvård. Alla sjukhus har inte bara genomfört utan har pågående projekt för att ytterligare ställa om slutenvård till andra mer gynnsamma vårdformer. Exempel kan vara inskrivningslounger, sjukhusvård i hemmet (antingen i egen regi eller tillsammans med ASIH), direktflöden från akutmottagningen till specialistmottagning, geriatriska utredningsenheter kopplade till akutmottagningen och dagvårdsavdelningar för sköra äldre. Gruppens deltagare är överens att det är fördelaktigt att ställa om slutenvård till dagvård eller andra vårdformer när det är möjligt. Såväl patienter, som personal och ekonomi påverkas positivt och det bör därmed vara en fortsatt målsättning för sjukhusen att poliklininisera vården. Det finns ett stort värde i att sjukhusens olika verksamhetschefer kontinuerligt träffas för att jämföra och beskriva verksamheter och förändringsarbeten. Gruppen som arbetat med dagvård avser att fortsätta träffas under 2026 för att följa upp utfallen.
Förbättra samt underlätta		**ÅR 2025**

Uppdrag	Status	Kommentar
primärvårdens möjlighet till snabb konsultationshjälp från specialistläkare **Beskrivning** För att vårdcentralerna ska kunna ta ett större ansvar i att vara navet i vården uppdras akutsjukhusnämnden, att i samråd med hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden skyndsamt förbättra samt underlätta primärvårdens möjlighet till snabb konsultationshjälp från specialistläkare med syfte att snabbare kunna diagnostisera, sätta in rätt behandling direkt samt bidra till ett tätare samarbete mellan primärvården och den områdesspecifika specialistvården. **Diarienr** RS 2024-0217 **Beslutat av** Regionfullmäktige 2025 **Uppdragstyp** Beslut budget **Uppdraget beräknas avslutas** 2025	Genomförd	Under året har en samverkansstruktur etablerats mellan akutsjukhusen och primärvården. En regional projektgrupp har bildats och runt varje sjukhus finns lokala projektgrupper för samverkan. I den regionala projektgruppen ingår förutom de lokala projektledarna från akutsjukhusen i ASN även dito för Karolinska Universitetssjukhuset, Capio S:t Göran och Norrtälje sjukhus och de tre primärvårdscheferna från SLSO. Sjukvårdens ledningsgrupp har agerat som styrgrupp för den regionala projektgruppen. S:t Eriks Ögonsjukhus har under 2025 byggt upp distanskonsultation till akuten för Norrtälje sjukhus. Distanskonsultation till akutmottagningarna vid Södersjukhuset och Södertälje sjukhus är etablerat och arbetssättet har spridits till flera vårdcentraler i sjukhusens betjänings-område. Danderyds sjukhus startade i december ett pilotprojekt för distanskonsultation till akutmottagningen. Även Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge har infört arbetssättet. Varje lokal projektgrupp har genomfört nulägesanalys och analyserat de gap som finns för ett tillhandahålla specialistkonsultationer till primärvården och tagit fram lokala prioriterade aktiviteter. En gemensam workshop hölls i den regionala projektgruppen 251024 där även HSF:s projektledare som arbetat med budgetuppdraget ur ett beställarperspektiv deltog. Utifrån workshopen har den regionala projektgruppen tagit fram förslag på prioriterade aktiviteter att arbeta vidare med under 2026: • Tydliggöra vilka konsulter varje akutsjukhus har– på viss.nu/vårdgivarguiden • Enheter som får mycket konsultationer – sammanställa vanligaste frågorna i FAQ i utbildningssyfte (utreda möjlig samverkan med APC) • Förbättrad kommunikation kring utbildningsfilmer som tas fram regionalt • Subakuta tider till specialister på akutsjukhusen • Verka för förbättrad nåbarhet per telefon mellan kollegor (dolda nummer) • Tydliggöra konsultationsuppdraget i uppdragen från HSF (uppföljning och ersättningsfrågor) • Vid förändrade arbetssätt/initiativ i våra respektive organisationer säkerställa att avsändare vid kommunikation är både sjukhus och primärvård – stämma av i regional projektgrupp Uppdraget att starta distanskonsultation till akutmottagningarna för Danderyd sjukhus, Södersjukhuset och Södertälje sjukhus är genomfört.

Uppdrag	Status	Kommentar
		I och med att samverkansstrukturen är etablerad kommer arbetet med att tillhandahålla konsultationer till primärvården inom ramen för omställningen till god och nära vård att fortsätta under 2026.

1.1.2 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Uppdrag	Status	Kommentar
Intensifiera arbetet för att fasa ut lågvärdevård och föra in kloka kliniska val **Beskrivning** Akutsjukhusnämnden, uppdras att intensifiera arbetet för att fasa ut lågvärdevård och för kloka kliniska val i enlighet med Socialstyrelsens och Svenska Läkaresällskapets riktlinjer och rekommendationer. **Diarienr** RS 2024-0217 **Beslutat av** Regionfullmäktige 2025 **Uppdragstyp** Beslut budget **Uppdraget beräknas avslutas** 2025	Genomförd	**ÅR 2025** Inledande arbete för att göra begreppet kloka kliniska val (KKV) känt inom samtliga verksamheter på akutsjukhusen. APT material togs fram för att användas inom samtliga enheter på sjukhusen. På akutsjukhusen hölls inspirationsföreläsningar för ledningsgrupper, chefer och verksamhetsutvecklare och liknande roller. Initialt var målet att samtliga verksamheter skulle ha två-tre mätbara och pågående arbeten KKV, på sikt flera. Lågvärdevård har fasats ut enligt de råd som finns på svenska läkarsällskapets hemsida med länkar till underliggande specialistföreningar. Inom Södersjukhuset (SÖS) har ett metodstöd tagits fram för utfasning av lågvärdevård testat i workshop med kontaktpersoner för KKV. Sjukhusen arbetar enligt KKV inom medicinsk utredning, behandling men också alltmer inom omvårdnad. Chefläkare har besökt samtliga verksamhetsledningar på respektive akutsjukhus för att föra dialog om KKV och informeras om pågående arbeten. En organisation har byggts på respektive akutsjukhus för att säkerställa arbetet med KKV på strategisk, taktisk och operativ nivå. På SÖS finns nu kontaktpersoner för KKV inom varje verksamhetsområde, en läkare och en sjuksköterska som har möten inplanerade 1 gång/ månad under 2026. SÖS har tagit fram ett ambassadörsprogram och elva ambassadörer är utsedda. Projektägare och projektledare SÖS har deltagit i en workshop med Norges läkarsällskap om hur man ackrediterar till så kallat KKV sjukhus. Portföljer för att samla arbeten med KKV finns och utvecklas på samtliga akutsjukhus med målet att inspirera verksamheter inom och mellan sjukhusen. Initialt handlade flera arbeten om kloka diagnostiska val genom att se över provtagningspaket och röntgenundersökningar. Chefläkare och Temachef för röntgen och intervention Karolinska Universitetssjukhuset har deltagit aktivt och generöst till uppdraget, de har hållit föredrag och delat information om pågående arbeten inom KKV och givit nationella utblickar. Karolinska har också delat patientinformation om KKV. Arbetet med KKV tar tid eftersom det handlar om att göra en kulturförflyttning. Men arbetet med Kloka Kliniska Val är nu etablerat inom akutsjukhusens samtliga verksamheter och följs upp på ett

Uppdrag	Status	Kommentar
		strukturerat sätt lokalt. Aktiviteterna för KKV är mätbara och målsatta. Information om pågående aktiviteter samlas lokalt (portfölj) och delas regionalt genom gruppen för chefläkare, regionala programområdena (RPO), Strömgrupper och andra regionala nätverk. Idag pågår flertalet åtgärder för kloka kliniska val på regionens samtliga akutsjukhus. Genom ASN uppdraget Konsultationer har även dialog om KKV förts mellan specialistsjukvården och primärvården genom geografiskt samordnande vårdcentral (GSA). Önskemål finns om närmare dialog med de regionala programområdena (RPO) inom kunskapsstyrningen som har en central roll i arbetet med KKV. Uppdraget är genomfört enligt plan per sista december 2025. Regionens chefläkare träffas med regelbundenhet både digitalt och fysiskt för att arbeta med en mängd frågor. Gruppen kommer fortsätta dela erfarenheter om KKV också efter avslutat uppdrag från nämnd.
Förstärka och återrapportera arbetet med en regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering **Beskrivning** Akutsjukhusnämnden i samråd med Karolinska universitetssjukhuset uppdras att förstärka och återrapportera arbetet med en regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering för att använda resurserna på det mest effektiva sättet och korta väntetider. **Diarienr** RS 2024–0217 **Beslutat av** Regionfullmäktige 2025 **Uppdragstyp** Beslut budget **Uppdraget beräknas avslutas** 2025	Genomförd	**ÅR 2025** Ett kontinuerligt långsiktigt arbete kring produktions- och kapacitetsstyrning (PKS) inom ASN har tydligare etablerats under 2025 i nära samverkan med den regionala PKS-grupperingen. Under 2025 har kö-situationen både regionalt och inom ASN förbättrats och de uppsatta målen kring vårdgarantin uppnås. Exempel på genomförda aktiviteter; • Samverkan/samordning är etablerad för större regionala patientflöden (Operation, Intensivvård/Intermediärvård, Kvinnosjukvård och Förlossning, Akuta flöden och Geriatrik) både vad gäller akut och elektiv vård. Detta har utnyttjats exempelvis i samband med semesterperioder och jul/nyårshelgen. • Utveckling av gemensamma mallar och uppföljning i Qlik Sense (exempelvis operation-kapacitetsstyrning och realtidsuppföljning av infekterade patienter i slutenvård). • Implementering av AI-modell för operationsplanering (framtagen gemensamt med Karolinska) har anpassats och implementerats på ASN-sjukhusen. • Det 2-åriga Projektet kring ”Dimensionering av personal”/SÖS fortsätter enligt plan. Maj-26 testas modellen för 2027 och därefter kan övriga ASN-sjukhus involveras. Arbetet med PKS med exempel från ASN-sjukhus redovisades vid det regionala övergripande mötet för samtliga sjukhusledningar (nov-25). I nov genomfördes också en förnyad regional mätning (DS, K, NTS, SÖS

Uppdrag	Status	Kommentar
		och STS) enligt Socialstyrelsens ”mognadstrappa” som baseras på en självskattningsmall med 40 påståenden om PKS. Regionen skattade sitt arbete med PKS 2025 som bättre än 2024 i 7 av 8 mätningskategorier. Regionens främsta utveckling gentemot 2024 ses inom kompentensen att arbeta med och utveckla verksamheten drivet av PKS. Förbättringsområden är schemats koppling till produktionsplanen och förmågan att mäta resultatet av PKS-arbetet inom vissa specifika områden. Uppdraget anses avslutat då samverkan och förvaltning kring PKS inom ASN och på regional nivå är etablerad. Rapportering sker regelbundet till regionledningen och vid behov till ASN. PKS är också representerad i arbetsgrupper som nu etableras kring SAM-beredning planeringsåret 2027. PKS-ASN fortsätter träffas ca 2–3 ggr/termin (möten cirkulerar mellan sjukhus). Fokus 2026 är fortsatt utveckling av visualiseringsverktyget Qlik Sense och arbetet med att effektivisera operationskapacitet, akutflöden samt arbetet med dimensionering av personal.
Beakta Socialstyrelsens riktvärde för intensivvårdsplatser och beläggningsgrad inom intensivvården **Beskrivning** Akutsjukhusnämnden i samråd med Karolinska universitetssjukhuset uppdras att beakta Socialstyrelsens riktvärde för intensivvårdsplatser och beläggningsgrad inom intensivvården i sin planering. **Diarienr** RS 2024–0217 **Beslutat av** Regionfullmäktige 2025 **Uppdragstyp** Beslut budget **Uppdraget beräknas avslutas** 2025	Genomförd	**ÅR 2025** Sverige och region Stockholm har sedan länge ett välkänt lågt antal intensivvårdsplatser/100 000 invånare i förhållande till övriga världen. Genom olika initiativ har arbetet med att optimera regionens interna IVA-samarbete fortgått sedan pandemin och kulminerat i ett uppdrag för IVA koordinering. Med utgångspunkt i verksamhetschefsnätverket som samlas i regionalt programområde (RPO) perioperativ vård, intensivvård och transplantation (PIVOT) och ansvariga IVA-sektionschefer/medicinsk ledningsansvarig läkare har ett gediget arbete genomförts. En fördel har varit att Södertälje sjukhus som ansvarigt för detta uppdrag i sin organisation haft RPO PIVOT Ordförande/Specialsakunnig läkare som ansvarig att driva uppdraget. Samarbetet med Karolinska sjukhusets IVA ansvarige har också varit mycket gott. Sammanfattningsvis lever idag intensivvården i Region Stockholm upp till Socialstyrelsens riktvärden och rekommendationer i allt utom ett avseende. Det är brist på kategori 3 IVA platser i regionen. Verksamhetscheferna ansvariga för intensivvården i Regionen (numera Strömgrupp IVA) är helt eniga om denna bild som också bekräftas av redovisade data. Bedömningen är att uppdraget i sin nuvarande utformning kan avslutas och bör fortsätta på regional nivå med säkerställande av kategori 3 IVA platser. Uppdraget har åstadkommit vad som är möjligt inom ASN.
Stödja arbetet med		**ÅR 2025**

Uppdrag	Status	Kommentar
dimensioneringsplanen för ST i allmänmedicin **Beskrivning** Akutsjukhusnämnden i samråd med Karolinska universitetssjukhuset uppdras att stödja arbetet med dimensioneringsplanen för ST i allmänmedicin. **Diarienr** RS 2024–0217 **Beslutat av** Regionfullmäktige 2025 **Uppdragstyp** Beslut budget **Uppdraget beräknas avslutas** 2025	Genomförd	Under år 2025 har arbetet med dimensioneringsplanen för ST i Allmänmedicin fortsatt enligt plan. SLSO och ASN har tillsammans tagit fram en uppdragsbeskrivning samt genomfört en nulägesanalys. Arbetet har syftat till att skapa en långsiktig och hållbar modell för dimensionering av ST- och BT-tjänster inom primärvården, baserad på analyser av behov, kapacitet och kompetensförsörjning. Under året har identifierats behov av ytterligare samverkan, samt av att tillsätta projektledare och utse kontaktpersoner per sjukhus inom ASN. Arbetet har hittills skett i god samverkan mellan parterna, vilket har lagt grunden för fortsatt utveckling. Nästa steg inkluderar fortsatt analysarbete, breddad förankring och planering inför beslut om implementering. Uppdraget föreslås avslutat med status grönt 2025, då ett konkret fördelningsförslag har tagits fram. Vidare hantering och implementering sker i samverkan med HSF, verksamhetsledningarna och relevanta aktörer inom ramen för den fortsatta processen.

1.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

1.2.1 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Uppdrag	Status	Kommentar
Arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott **Beskrivning** För att säkerställa at det finns effektiva metoder och arbetssätt för att stävja fusk och utestänga oseriösa aktörer får Akutsjukhusnämnden i uppdrag att arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott med inspiration från den funktion som idag finns inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen **Diarienr** RS 2024–0217 **Beslutat av** Regionfullmäktige 2025 **Uppdragstyp** Beslut budget **Uppdraget beräknas avslutas** 2025	Genomförd	**ÅR 2025** Under året har en arbetsgrupp med representanter från alla sjukhusen inom Akutsjukhusnämnden (ASN) arbetat med att identifiera, analysera och bedöma riskområden där vi kan vara exponerade mot välfärdsbrott och oegentligheter. Arbetsgruppen kan konstatera att nämndens sjukhus har teoretisk riskexponering inom flertalet områden så som HR, Inköp, Upphandling, Säkerhet, Ekonomi, etc. Samtliga sjukhus inom ASN bedriver redan idag ett aktivt arbete för att identifiera och motverka oegentligheter och välfärdsbrott. Ett flertal kontrollmoment finns redan på plats i enlighet med styrande dokument. En aktivitet som kommer att utvecklas löpande i förvaltning av uppdraget är avtalsuppföljning. Initialt kommer nämndens sjukhus att fokusera på de avtalen med störst riskexponering eller värde. I arbetet framåt måste sjukhusen säkerställa balans mellan potentiellt riskutfall och nerlagda resurser i form av administration som krävs för i syfte att skapa ytterligare kontroll och riskminimering.
Ta fram en plan för att minska de administrativa kostnaderna med	Genomförd	**ÅR 2025**

Uppdrag	Status	Kommentar
minst 10 mkr **Beskrivning** Akutsjukhusnämnden ges i uppdrag att ta fram en plan för vilka administrativa kostnader som kan effektiviseras i samband med att nämnden skapas, för att minska de administrativa kostnaderna med minst 10 miljoner kronor under 2025. **Diarienr** RS 2024–0217 **Beslutat av** Regionfullmäktige 2025 **Uppdragstyp** Beslut budget **Uppdraget beräknas avslutas** 2025		Samtliga sjukhus rapporterar att målet för minskad administration uppnås under år 2025. Tack vare ett bra samarbete inom Akutsjukhusnämnden (ASN) och med övriga regionen har de administrativa kostnaderna hållits på en låg nivå. Flera samarbeten är realiserade medan andra är under planering och kommer få effekt även år 2026. Det har under året pågått ett ASN-gemensamt arbete inom områdena Teknik & Utveckling, HR, Kommunikation, Ekonomi, Inköp & Upphandling, Kvalitet & Patientsäkerhet samt Forskning/ Utbildning/Kliniska prövningar. Det finns ett väl uppbyggt samarbete inom många av områdena sedan lång tid och många åtgärdsförslag är identifierade och flera genomförda under år 2025. Samarbetet kommer att fortgå även kommande år som en del av ordinarie förvaltning. Uppdraget är slutfört enligt plan år 2025.

1.3 Kompetensförsörjningen är långsiktig

1.3.1 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Uppdrag	Status	Kommentar
Införa ett regiongemensamt bemanningscentrum för sjukhusen för att bemanna akutsjukvården **Beskrivning** Akutsjukhusnämnden och Karolinska universitetssjukhuset uppdras att införa ett regiongemensamt bemanningscentrum för sjukhusen för att mer effektivt och flexibelt samt kostnadseffektivt bemanna akutsjukvården. **Diarienr** RS 2024–0217 **Beslutat av** Regionfullmäktige 2025 **Uppdragstyp** Beslut budget **Uppdraget beräknas avslutas** 2025	Genomförd	**ÅR 2025** Under år 2025 har uppdraget om ett gemensamt bemanningscentrum genomförts i enlighet med regionens inriktning om stärkt regional samordning. Arbetet har omfattat kartläggning av nuläge, omvärldsbevakning samt identifiering av utvecklingsbehov. Detta har sedan resulterat i en föreslagen struktur och styrning med fortsatt lokal placering inom respektive sjukhus som grundläggande princip. Ett förslag till handlingsplan i två faser har tagits fram. Fas 1 (2025–2026) syftar till att säkerställa ett likvärdigt grunduppdrag, gemensamma processer och ersättningsprinciper samt identifiera behov av gemensamt IT-stöd för resursplanering och uppföljning. Fas 2 (2026–2027) avser strategisk kompetensförsörjning, kompetensutveckling och vidare utveckling av bemanningsverksamheten utifrån verksamheternas behov. Uppdraget har resulterat i förslag till beslut om fortsatt regional samordning, inklusive etablering av arbetsström med lokal representation, tydlig rapportering till sjukvårdsledningen samt identifierade områden för fortsatt utredning, däribland kris- och beredskapssamordning. Avvaktar även besked avseende gemensam upphandling av IT-stöd för resursplanering- och uppföljning (ej personalsystem) för i första hand

Uppdrag	Status	Kommentar
		Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus. Danderyds sjukhus avtal löper ut 31 maj 2026. Sammantaget bedöms uppdraget vara slutfört. Förslag till fortsatt arbete och beslut har överlämnats till styrgrupp för vidare hantering i linjeorganisationen. Fortsatt utveckling av gemensamt bemanningscentrum enligt föreslagen handlingsplan sker inom ordinarie styr- och beslutsstruktur.
Säkerställa en personalsammansättning som ger optimal bemanning med rätt sammansättning **Beskrivning** Akutsjukhusnämnden i samråd med Karolinska universitetssjukhuset uppdras att säkerställa att akutsjukhusen genomför ett aktivt arbete för att säkerställa en personalsammansättning som ger optimal bemanning med rätt sammansättning av kompetensen inom vårdteamet. **Diarienr** RS 2024–0217 **Beslutat av** Regionfullmäktige 2025 **Uppdragstyp** Beslut budget **Uppdraget beräknas avslutas** 2025	Genomförd	**ÅR 2025** Akutsjukhusnämndens (ASN) uppdrag att säkerställa en personalsammansättning som ger optimal bemanning med rätt sammansättning av kompetensen inom vårdteamet och uppdraget att utreda hur personalsammansättningen kan optimeras för att frigöra tid för vårdpersonal samt främja utvecklingen av den nära vården (budgetuppdrag 3 och 4) har uppgått i det regionala uppdraget ”Kompetensplanering”. Arbetet har pågått under hela året genom arbete i de regionala samordningsgrupperna, så kallade arbetsströmmarna. Arbetet kommer att fortsätta under 2026. Uppdragsbeskrivningar har tagits fram för uppdragsledare i respektive samordningsström och arbete har påbörjats i olika grupperingar för att skapa en plan för prioriterade områden i respektive grupp. Grupper som kommit igång i sitt arbete under året är exempelvis inom förlossningsvården, operation/IVA, akutmottagningar och strålningsverksamheten. Budgetuppdraget avslutas men arbetet kommer att fortsätta under ledning av sjukvårdsledningsgruppen.
Utreda hur personalsammansättningen på akutsjukhusen kan optimeras **Beskrivning** Akutsjukhusnämnden uppdras att i samråd med Karolinska universitetssjukhuset och hälso- och sjukvårdsnämnden utreda hur personalsammansättningen på akutsjukhusen kan optimeras för att frigöra tid för vårdpersonal samt främja utvecklingen av den nära vården. **Diarienr** RS 2024–0217 **Beslutat av** Regionfullmäktige 2025 **Uppdragstyp** Beslut budget **Uppdraget beräknas avslutas** 2025	Genomförd	**ÅR 2025** Akutsjukhusnämndens (ASN) uppdrag att säkerställa en personalsammansättning som ger optimal bemanning med rätt sammansättning av kompetensen inom vårdteamet och uppdraget att utreda hur personalsammansättningen kan optimeras för att frigöra tid för vårdpersonal samt främja utvecklingen av den nära vården (budgetuppdrag 3 och 4) har uppgått i det regionala uppdraget ”Kompetensplanering”. Arbetet har pågått under hela året genom arbete i de regionala samordningsgrupperna, så kallade arbetsströmmarna. Arbetet kommer att fortsätta under 2026. Uppdragsbeskrivningar har tagits fram för uppdragsledare i respektive samordningsström och arbete har påbörjats i olika grupperingar för att skapa en plan för prioriterade områden i respektive grupp. Grupper som kommit igång i sitt arbete under året är exempelvis inom förlossningsvården, operation/IVA, akutmottagningar och strålningsverksamheten. Budgetuppdraget avslutas men arbetet kommer att

Uppdrag	Status	Kommentar
		fortsätta under ledning av sjukvårdsledningsgruppen.