Stockholms läns sjukvårdsområde
Närsjukvårdsdirektören

BESLUTSUNDERLAG
2026-02-03

SLSO 2025-1190
RS 2025-0984

Verksamhetsberättelse 2025 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Verksamhetsberättelse för verksamhetsåret 2025 för Stockholms läns sjukvårdsområde har upprättats enligt regionstyrelsens beslut och enligt anvisningar från regionledningskontoret.

Årets resultat uppgår till 646,9 mkr.

Förslag till beslut
Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att fastställa verksamhetsberättelse per 2025-12-31 med bilagor.

Maria Ohlson Andersson
Närsjukvårdsdirektör

Eva Tegelberg
Ekonomidirektör

Bifogas

Årsrapport med bilagor

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2025-1190
RS 2025-0984

Stockholms läns sjukvårdsområde

Verksamhetsberättelse

December 2025

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens kommentar 4
1.1 Väsentliga händelser 4

2 Styrning och ledning 7
2.1 Verksamhetsfakta 7
2.2 Mål 10
2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa 10
2.2.2 Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant 17
2.2.3 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv 18
2.2.4 Kompetensförsörjningen är långsiktig 22
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 26

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 34
4.2.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete och hälsa 34
4.3 Uppföljning avsatta medel 36
4.3.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö 36
4.3.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning 37
4.4 Helårsarbeten 38
4.5 Sjukfrånvaro 40

5 Ekonomi 42
5.1 Resultat 42
5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal 44
5.1.2 Konsultkostnader 46
5.1.3 Administrativa kostnader 47

5.1.4 Utredning av det fullmäktige beslutade resultatkravet 47
5.1.5 Återrapportering medel för åtgärder god ekonomisk hushållning 47
5.2 Åtgärder för ett resultat i balans 48
5.3 Investeringar 48
5.3.1 Status investeringsplanens genomförbarhet och risk 48
5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget 48
5.3.3 Ny- och ersättningsinvesteringar 49
5.3.4 Status enskilda investeringsobjekt > 100 mkr 49
5.3.5 Driftsatta investeringsobjekt 49
5.3.6 Kommande investeringsbeslut för investeringsobjekt > 100 mkr 49
5.4 Balansräkning 49
5.5 Kassaflödesanalys 50

6 Pågående rättsprocesser (tvister) 51

7 Övrigt 52

8 Förväntad utveckling kommande år 53

9 Nämndbehandling 55

Bilagor:

Bilaga 1: Bilaga F5-Inköp och upphandling

Bilaga 2: Sammanställning A1, fullmäktigeuppdrag

Bilaga 3: Plan för intern kontroll, år 2025

Bilaga 4: Bilaga 1: Sammanställning mål, risker, kontroller och åtgärder

Bilaga 5: Fördjupad sammanställning, mål, risker och åtgärder, år 2025

Bilaga 6: Bilaga C1: Driftsatta objekt eller objekt som är redo att tas i bruk

Bilaga 7: Bilaga C2: Investeringsobjekt

Bilaga 8: Bilaga E1 Övriga avsättningar, ansvarsförbindelser och tvister

Bilaga 9: Bilaga E3 Externa bidrag

Bilaga 10: Bilaga H1 Uppgift om externa pensionspremier år 2025

1 Förvaltningschefens kommentar

1.1 Väsentliga händelser

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) redovisar ett positivt ekonomiskt resultat, en produktion huvudsak i nivå med budget samt hög måluppfyllelse.

SLSO har under 2025 fullföljt de politiska besluten om att återta vårdverksamhet i Region Stockholms regi. Under perioden har verksamhetsövergångar skett av Syncentralen och öppenvårdspsykiatri avseende vuxna för Nacka/Värmdö och arbete har samtidigt pågått med att förbereda MedHelp Sjukvårdsrådgivning AB:s verksamhetsövergång till SLSO den 1 januari 2026.

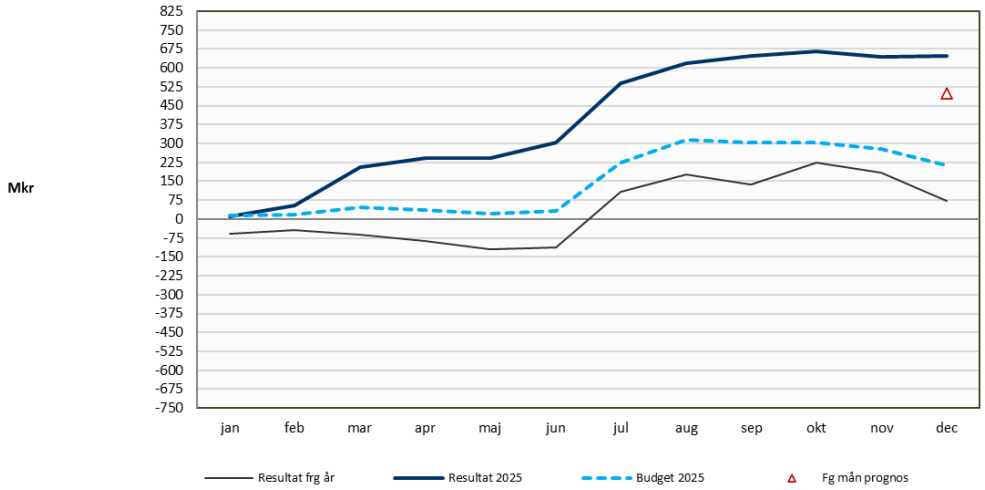
Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) fattade i november 2023 beslut om att fritt val av hjälpmedel inom hörselområdet upphör från och med 1 januari 2025. Beslutet innebär att KommSyn Stockholm inom SLSO från 1 jan 2025 ansvarar för den totala volymen av hörselhjälpmedel som förskrivs till Region Stockholms medborgare.

I samband med att HSN avslutade/ej förlängde upphandlade avtal inom psykiatrin har SLSO:s uppdrag inom psykiatrisk vård utökats med bland annat den slutenvård som drevs på Jakobsberg- och Danderyds sjukhus, vilket innebär att all psykiatrisk akut- och heldygnsvård från och med 2025 bedrivs av SLSO. Därutöver omfattar psykiatrins uppdrag från och med 2025 ett utökat geografiskt områdesansvar, ökat uppdrag inom svår depression och ångest samt specialiserad enhet för posttraumatisk stressyndrom. Under slutet av 2024 övertog dessutom SLSO:s psykiatri ansvaret för ätstörningsvården som drevs av privata vårdgivare samt delar av tidigare upphandlad beroendevård.

SLSO uppnår samtliga av fullmäktige fastställda mål men fortsatta utmaningar finns när det gäller tillgänglighet. De uppdrag som SLSO tilldelades i fullmäktiges budget 2025 pågår enligt plan.

Vårdproduktionen är högre än föregående år förutom avseende geriatrik och palliativ slutenvård.

Det ekonomiska resultatet för 2025 överstiger budget med 434 mkr. De huvudsakliga förklaringarna till den positiva avvikelsen mot budget är lägre bemanningskostnader (till viss del förklarad av omvärderingen av semesterlöneskulden till den nivå på po-pålägg som gäller för 2025) samt intäkter i form av statsbidrag.



SLSO har erhållit ett flertal statsbidrag som ej var kända när budgeten fastställdes. Statsbidrag är ettåriga och avser exempelvis barnmorskor, BVC, tolk, försörjningsberedskap och föräldrastöd habilitering. Att rekrytera och utöka verksamheten på tillfälliga medel är en utmaning.

Den resultatförbättring som skett jämfört med senast lämnad årsprognos förklaras av bland annat omvärdering av löneskuld, utbetalning av kompetens- och arbetsmiljömedel från Region Stockholm, resultatföring av ST-medel efter påpekande av revisorerna.

I verksamhetsplanen 2025 pekade nämnden ut följande prioriterade områden:

- Systematiskt kvalitetsarbete
- Omställning till god och nära vård
- Kompetensförsörjning
- Ekonomi i balans

Utifrån dessa områden identifierade förvaltningsledningen ett antal prioriterade aktiviteter som redovisas under respektive mål nedan.

Systematiskt kvalitetsarbete

- Fasa ut lågvärdevård, se vidare redovisning av fullmäktigeuppdrag under 2.2.1.2.
- Produktions- och kapacitetsstyrning, se vidare avsnitt 2.2.1.2.
- Utbudspunkter, se vidare avsnitt 2.2.1.1.

Omställning till god och nära vård

- Specialistkonsultationer, se vidare redovisning av fullmäktigeuppdrag under 2.2.1.1.
- Personcentrering, se vidare avsnitt 2.2.1.1

- Egenmonitorering (inom ramen för färdplan för digitalisering), se vidare avsnitt 2.2.1.1

Kompetensförsörjning

- Tydliggöra kompetensförsörjning som process i ledningsansvaret, se vidare 2.2.4.2
- Arbetsgivarerbjudande, se vidare 2.2.4.1

Ekonomi i balans

- Arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott, se vidare redovisning av fullmäktigeuppdrag under 2.2.3.1
- Översyn av intern ekonomisk styrmodell, se vidare under 2.2.3.1
- Tydliggöra SLSO:s ledningsmodell, se vidare under 2.2.3.1

2 Styrning och ledning

2.1 Verksamhetsfakta

Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) roll och uppdrag regleras av regionfullmäktiges reglemente. SLSO ansvarar för Region Stockholms verksamhet inom primärvård, geriatrik, psykiatri, habilitering, hjälpmedel, avancerad sjukvård i hemmet, beroendevård och regionens insatser inom sjukvårdsområdet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Detta gäller med undantag för primärvård, geriatrik och vuxenpsykiatri inom Norrtälje kommun samt med undantag för geriatrik inom Salems, Nykvarns och Södertälje kommun.

SLSO ska bedriva sin verksamhet i enlighet med överenskommelser som ingås med hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), primärvårdsnämnden (PVN) eller andra uppdragsgivare.

Stockholms läns sjukvårdsområde ska:

- bedriva hälso- och sjukvård på uppdrag av och mot ersättning från hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden.
- ansvara för att det finns ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom dess verksamhetsområde,
- regelbundet genomföra och redovisa jämförelser med annan likvärdig verksamhet inom Region Stockholm och nationellt,
- samverka med andra vårdgivare och huvudmän för att säkerställa att patientens väg genom vården blir säker och enkel samt att omhändertagandet sker på mest effektiva vårdnivå,
- utarbeta samordnade vårdprocesser i samverkan med Karolinska universitetssjukhuset, övriga akutsjukhus och andra av Region Stockholm finansierade vårdgivare samt med berörda kommuner,
- utveckla nationellt och internationellt konkurrenskraftiga centrum inom forskning och sjukvård i samråd med Karolinska Institutet,
- bedriva klinisk utbildning och ta emot studenter från de lärosäten som Region Stockholm har tecknat avtal med,
- ansvara för Region Stockholms akademiska specialistcentrum,
- registrera och spara de biobanksprover som ska bevaras i Stockholms medicinska biobank,
- fortsätta utvecklingen av egna resultatenheter inom sin vårdproducerande verksamhet.

Från och med den 1 oktober 2024 är kärnverksamheten organiserad i sex verksamhetsområden som leds av verksamhetsområdeschefer.

Verksamhetsområde Primärvård är indelat utifrån tre geografiska områden vilka är; Primärvård Södra, Primärvård Stockholm och Primärvård Norra. Dessa leds av varsin primärvårdschef. Primärvården ansvarar för:

- Akademiskt primärvårdscentrum
- Amningsmottagningar
- Barnavårdscentraler
- Barnmorskemottagningar
- Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES)
- Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM)
- Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS)
- Försäkringsmedicinsk utredningsmottagning Nacka Sjukhus
- Gynekologmottagning
- Logopedmottagningar
- Mansmottagning
- Rehabmottagningar
- Stockholms mottagning för sexuell hälsa
- Ungdomsmottagningar
- Vårdcentraler

Inom verksamhetsområde Primärvård bedrivs också forskning och utbildningsinsatser tillsammans med Karolinska Institutet och andra lärosäten.

Verksamhetsområde Psykiatri och habilitering har ansvar för specialiserad psykiatrisk öppenvård och heldygnsvård inom vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri ätstörnings- och beroendevård samt rättspsykiatri. I verksamhetsområdet ingår också Habilitering & Hälsa (30 mottagningar) som ger stöd och behandling till barn och vuxna med varaktiga funktionsnedsättningar.

- Beroendecentrum Stockholm
- Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)
- Norra Stockholms psykiatri
- Psykiatri Nordväst
- Psykiatri Sydväst
- Psykiatri Södra Stockholm
- Psykiatricentrum Södertälje
- Rättspsykiatrisk vård Stockholm
- Centrum för ätstörningar
- Centrum för psykiatriforskning
- Habilitering och hälsa
- Syncentral

Inom verksamhetsområde Psykiatri och habilitering bedrivs också forskning och utbildningsinsatser tillsammans med Karolinska Institutet och andra lärosäten.

Verksamhetsområde Geriatrik/ASiH

Geriatrisk vård är specialiserad vård till äldre människor som behöver medicinsk utredning, behandling och rehabilitering. Inom geriatrik finns både heldygnsvård och

öppna mottagningar såsom till exempel osteoporosmottagning och kognitiv mottagning.

Inom SLSO finns två geriatriska kliniker:

- Sabbatsbergsgeriatriken på Sabbatsbergs sjukhus
- Jakobsbergsgeriatriken på Jakobsbergs sjukhus

Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) är ett alternativ till heldygnsvård på sjukhus. Inom SLSO finns två verksamheter: Båda verksamheterna har palliativa slutenvårdsavdelningar.

- ASiH Stockholm Norr
- ASiH Stockholm Södra

Verksamhetsområdet innefattar också Palliativt kunskapscentrum och FOU.nu

- Palliativt kunskapscentrums syfte är att utgöra en kunskapsbank för palliativa frågor och är samfinansierat av Region Stockholm och 22 kommuner.
- FOU.nu är en forsknings- och utvecklingsverksamhet med fokus på vård och omsorg om äldre och vuxna med funktionsnedsättning i samverkan mellan Region Stockholm och 8 kommuner.

Verksamhetsområde Somatisk specialistvård

I verksamhetsområdet ingår:

- Akademiskt specialistcentrum

Akademiskt specialistcentrum är uppdelad på 4 vårdenheter: Centrum för reumatologi, Centrum för neurologi, Centrum för diabetes och Centrum för obesitas. Här bedrivs specialiserad öppenvård för patienter med kronisk sjukdom inom respektive specialitet. Till verksamheten hör också Studieenheten ASC som bedriver kliniska studier på uppdrag av akademi, hälso- och sjukvård och läkemedelsindustrin.

- Centrum för cancerrehabilitering

Här erbjuds specialiserad cancerrehabilitering i öppenvård för personer som är 18 eller äldre och har behandlats för cancer. Till verksamheten hör också Specialistmottagning för lymfödem som utreder och behandlar vuxna och barn med avancerade lymfödem.

Inom verksamhetsområde Somatisk specialistvård bedrivs också omfattande klinisk forskning samt utbildning i samarbete med Karolinska Institutet och andra lärosäten.

Verksamhetsområde Närakuter är en del i nätverkssjukvården för det akuta omhändertagandet. Verksamheten har ansvar för personer i alla åldrar med akuta vårdbehov som inte kan anstå men inte kräver akutsjukhusens resurser. Närakuter ingår i Region Stockholms kris- och katastrofmedicinska beredskap.

I verksamhetsområdet ingår

- Närakuter (Danderyd, Haga, Handen, Huddinge, Järva, Rosenlund)

Inom verksamhetsområde Närakuter bedrivs också forskning och utbildningsinsatser tillsammans med Karolinska Institutet och andra lärosäten.

Verksamhetsområde Hjälpmedel

Hjälpmedelsverksamheterna ansvarar för hjälpmedelsförsörjningen inom Region Stockholm (exkl. rörelsehjälpmedel för norra länet motsvarande Hjälpmedel Stockholms uppdrag) avseende de hjälpmedel som förskrivs för personligt bruk. Hjälpmedelsverksamheterna stödjer förskrivare i sortiment och policy/regelverksfrågor. Verksamheten ansvarar också för distribution samt service och reparation av förskrivna hjälpmedel.

I verksamhetsområdet ingår Hjälpmedelsverksamheterna:

- Förbrukningshjälpmedel i hemmet (FHH) tillhandahåller förbrukningshjälpmedel efter förskrivning.
- Hjälpmedel Stockholm tillhandahåller bland annat rullstolar, gånghjälpmedel, elrullstol, epilepsilarm och TENS-apparat.
- KommSyn Stockholm tillhandahåller kommunikations-, kognitions-, syn- eller hörselhjälpmedel.
- Medicinteknisk apparatur i hemmet. (MAH)

Centrala funktioner

Till stöd för både verksamhetsområden och närsjukvårdsdirektören finns centrala verksamhetsstöd (VS) vilka är: VS Kvalitet och FoUUI, VS HR, VS Ekonomi, VS Digitala tjänster, VS Kommunikation, VS Lokaler, säkerhet och fordon samt Kansli och hållbarhet.

Chefläkarna är direkt underställda närsjukvårdsdirektören och arbetar nära ledningsgrupperna. Chefläkarna arbetar övergripande strategiskt med patientsäkerhet, vårdkvalitet och kris- och katastrofmedicinsk beredskap.

Regionalt kunskapscentrum kris- och katastrofpsykologis (RKK) huvuduppgift är att främja hälsa och förebygga psykisk ohälsa såväl i vardagssjukvårdens krissituationer som vid katastrofer.

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

Övergripande aktivitet: Utbudspunkter

Genomgång av utbudspunkter i de 10 geografiska områdena är genomförd och förslag på geografiska ”nav” är framtaget. Materialet är redovisat för hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) samt översiktligt redovisat för ledningen på LOCUM. Fortsatt dialog kommer föras med HSF om hur vårdutbud kan planeras i de 10 geografiska områdena. Arbete har påbörjats med att ta fram en strategisk fastighetsplan som beräknas vara klar under 2026.

Övergripande aktivitet: Personcentrering

SLSO:s handlingsplan för patientsäkerhet 2025 pekar ut att när Socialstyrelsens nationella råd för patientsäkerhet tagit fram kvalitetsindikatorer för uppföljning av personcentrering ska SLSO integrera dessa i uppföljning av patientsäkerhetsarbetet. Ännu är dock dessa nationella indikatorer inte publicerade. Arbetet fortsätter och finns med i handlingsplanen för 2026.

På verksamhetsnivå finns välutvecklade och implementerade arbetsformer för delaktighet för patienter och närstående. På central nivå behöver arbetet med att ta fram någon form av operativt patient- och närståenderåd utvecklas vidare. Även detta finns med i handlingsplanen för 2026.

Övergripande aktivitet: Egenmonitorering

Som ett led i omställningen mot en mer personcentrerad och nära vård och för att samtidigt frigöra resurser till patientarbete har införandet av egenmonitorering intensifierats i SLSO. Egenmonitorering definieras av SKR som löpande registrering, övervakning och bedömning av värden avseende en persons hälsotillstånd, där personen själv utför registreringen. Införandet har under året skett i programform där ingående aktiviteter hålls samman i syfte att lära av varandra och dra nytta av erfarenheter över hela SLSO. Exempel på arbete som skett under året är ett samarbete mellan ASIH och primärvårdens hemsjukvård där KOL-patienter samt hjärtsviktspatienter monitoreras för att tidigt upptäcka och behandla försämringar. Ett annat exempel är uppföljning av adhd-behandling inom psykiatri. Arbetet i programform fortsätter under det kommande året.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	84 %	81 %			Öka från år 2024

Kommentar

Resultatet avser verksamhetsgren psykiatri, patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan exkluderad. I resultatet ingår både väntetider till utredning och väntetider till behandling. Väntetiden redovisas liksom tidigare med måttet ”faktisk väntetid” (genomförda), dvs det baseras på hur väntetiden blev för de utredningar och behandlingar som påbörjades under perioden. Detta mått används eftersom det bedöms vara det som bäst ger svar på i vilken utsträckning verksamheten lever upp till vårdgarantin.

På grund av kända brister i CVR har data hämtats direkt från källan (Intelligence/Pastill). Resultatet är hämtat från senast valida mätning, dvs delår 2025. Målnivån uppnås.

SLSO psykiatri har, efter dialog med HSF, under slutet av 2025 påbörjat förberedelser för att även kunna redovisa

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
väntetid med mättet ”väntande”, ytterligare arbete krävs innan mätning med detta mått håller tillfredsställande kvalitet					
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	68 %	63 %		>=70 %	>=70 %
Kommentar Andelen väntande till första besöket inom 30 dagar uppgick till 68 % vilket är en avsevärd förbättring jämfört med 2024 men målnivån uppnås inte. Lägst andel har Stockholms centrum för ätstörningar 35 % samt BUP 47 %.					
Andel patienter som får medicinsk bedömning inom tre dagar på husläkarmottagning *(Regionfullmäktige)*	97 %	95 %		>=92 %	>=92 %

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Öppna en mottagning inom primär hörselsrehabilitering 2026	2025	Pågående enligt plan		En utredning av öppnande av mottagning inom Hörselrehabilitering har gjorts. Utifrån vårdvalets ersättningsmodell förväntas uppdraget gå med negativt resultat de första fem åren då det tar tid att bygga upp en fast kapiteringsersättning. Ett negativt resultat förväntas bli 5,5-7,0 mkr beroende på lokalkostnad och anpassningskostnad. Trots att full kapitering uppnås år fem, beräknas ändå verksamheten visa ett negativt resultat. SLSO har hittills haft som utgångspunkt att enbart starta en ny verksamhet om verksamheten förväntas ha en ekonomi i balans. För att säkerställa ekonomin föreslås ett särskilt uppdrag och avtal från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Då kapiteringsersättningen

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
				baseras på CNI behöver man också ta hänsyn till detta i val av geografi.
Förbättra samt underlätta primärvårdens möjlighet till snabb konsultationshjälp från specialistläkare	2025	Pågående enligt plan	2025	Under året har en samverkansstruktur etablerats mellan akutsjukhusen och primärvården. En regional projektgrupp har bildats och runt varje sjukhus finns lokala samverkansgrupper bestående av representanter från sjukhusledning och primärvårdens geografiska samordnare. I den regionala projektgruppen ingår förutom akutsjukhusen i ASN även Karolinska Universitetssjukhuset, Capio S:t Göran och Norrtälje sjukhus. Vidare har varje lokal samverkansgrupp genomfört nulägesanalys och analyserat de GAP som finns för ett tillhandahålla specialistkonsultationer till primärvården och tagit fram lokala prioriterade aktiviteter. Den regional projektgruppen har tagit fram förslag på prioriterade aktiviteter att arbeta vidare med under 2026 och två möten är planerade under våren. Distanskonsultation till akutmottagningarna vid Södersjukhuset och Södertälje sjukhus är etablerat och arbetssättet har spridits till flera vårdcentraler i sjukhusens betjäningsområde.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
				Danderyds sjukhus startade i december månad ett pilotprojekt för distanskonsultation till akutmottagningen. Även Karolinska Huddinge har infört arbetssättet. S:t Eriks ögonsjukhus har under 2025 byggt upp distanskonsultation till akuten för Norrtälje sjukhus.

Vården är säker, effektiv och har god kvalitet



Kommentar

Övergripande aktivitet: Produktions- och kapacitetsstyrning

Mognadsgraden avseende produktions- och kapacitetsstyrning inom SLSO har under året ökat och flera insikter har kunnat dras. Bland annat har behovet av att säkra och tillgängliggöra data på ett strukturerat och likartat sätt identifierats och som ett steg i den riktningen har en SLSO-övergripande "ledningsvy" tagits fram. En SLSO-gemensam arbetsgrupp där nödvändiga stödfunktioner samlas för att stödja det fortsatta arbetet har etablerats. Arbetet fortsätter under det kommande året.

Under året har arbetet med SLSO:s handlingsplan för patientsäkerhet pågått. Handlingsplanen bygger på den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet och det har ingått aktiviteter inom alla fem fokusområden.

Fokusområde 1 Öka kunskap om inträffade vårdskador
Nyckelord för kategorisering av lex Maria-ärenden har införts vilket innebär förbättrad möjlighet till statistik. Återkoppling gällande inträffade vårdskador har skett till verksamhetsområdena via ledningsgrupper, nätverksträffar och utbildningstillfällen. Totalt har ca 200 medarbetare och chefer deltagit.

Fokusområde 2 Tillförlitliga och säkra system och processer
Stödmaterial och webbutbildning för att använda arbetssättet *Trygga Råd* för att öka patientdelaktighet och minska risken för vårdskador föranledda av diagnostiska förseningar har skapats.
Specifika termer som *Förväntat förlopp* och *Kontakta vården om* finns i många journalmallar vilket underlättar dokumentationen och möjliggör information som patienten kan ta del av via 1177 Journalen.

Webbinarier kring området *Säker ordination och läkemedelshantering inklusive delegering* har hållits. Målgruppen var chefer, läkemedelsansvariga sjuksköterskor och MLA. Ca 250 medarbete har deltagit med stort intresse.

Fokusområde 3 Säker vård här och nu
Inom alla verksamhetsområden har ett arbete genomförts för att identifiera lågvärdeinsatser och planera för hur dessa ska utmönstras. Genom att fasa ut dessa insatser frigörs resurser till vård som verkligen gör skillnad för patienternas hälsa.

För att öka delaktighet för patienter och närstående har den övergripande anvisningen *Vuxna som närstående* utarbetats och publicerats i början av året. Implementering pågår i olika sammanhang. Ett behov av att undersöka möjligheten att skapa ett

SLSO-övergripande patient- och närståenderåd har identifierats.

Fokusområde 4 Stärka analys, lärande och utveckling
Målet är att alla chefer ska gå *Socialstyrelsens utbildning Agera för säker vård*. Vid interna och externa revisioner av ledningssystemet framkommer det att det är svårt att säkerställa att alla chefer har gjort utbildningen. Det är också svårt att få fram statistik över hur många som gjort utbildningen.

Fokusområde 5 Öka riskmedvetenhet och beredskap
Ett pilotprojekt har pågått för att stärka förmågan hos de utvalda verksamheterna att hantera förändrade förutsättningar vid händelser som medför ökad belastning, ändrade prioriteringar och omfördelning av resurser samt större olyckor.
Syftet var att öka förståelsen för verksamheternas olika behov av beredskap, men också att hitta den gemensamma grund som alla behöver samt olika typer av dokumentmallar att använda som utgångspunkt till sin egen lokala beredskap och förslag på åtgärdskort.

Instruktion för hur metoden *Riskrond* kan användas finns framtagen och publicerad på intranätet. Användning av riskrond har uppmuntrats via utbildningar, nätverksträffar och i SLSO:s ledningsgrupp. Vid interna revisioner har riskrond som metod diskuterats.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle *(Regionfullmäktige)*	0,7	0,9		<=1,3	<=1,3

Kommentar
Från och med verksamhetsberättelse 2024 följs indikatorn upp via Lifecare och både psykiatri och geriatrik ingår i underlaget för indikatorn.

ÅR 2025	Antal utskrivningsklara dagar	Antal reg vtf i Lifecare	Medelvärde utskrivningsklara dagar
Geriatrik	1116	5087	0,2

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Psykiatri	5323	4106		1,3	
Tot SLSO	6439	9193		0,7	

Suicidriskbedömning av nya patienter inom psykiatrisk öppenvård *(Regionfullmäktige)*	85 %	85 %			82 %
Kontinuitet i vården - andel patienter som träffar samma läkare/behandlare *(Nämnd)*	75 %	75 %		Öka från år 2024	

Kommentar

Målvärdet för behandlarkontinuitet (andel patienter som träffar samma läkare/behandlare) är att andelen ska öka jämfört samma period föregående år, vilket den gjort. 2024 var utfallet 74,9 % och i år var utfallet 75,2 %.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner *(Regionfullmäktige)*	1,4 %	1,7 %			<=4 %
Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade) *(Nämnd)*	110	108		<=100	

Kommentar

Antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade uppgick till 110 vilket innebär att målnivån inte uppnås. Resultatet är i praktiken detsamma som föregående år.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Intensifiera arbetet för att fasa ut lågvärdevård och föra in kloka kliniska val	2025	Genomförd	2025	Under året har ett SLSO-övergripande projekt genomförts. Samtliga verksamhetsområden har identifierat personer som samordnar arbetet. Varje verksamhetsområde har inom sitt område identifierat och prioriterat vilka insatser som ska fasas ut. Dessa insatser rör framför allt minskning av olika utredningar och läkemedelsförskrivninga

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
				r som inte tillför nytta för patienten. Man har utformat, eller håller på att utforma, en strategi för utmönstring som omfattar konkreta åtgärder där även plan för patientdelaktighet, uppföljning och utvärdering ingår. Arbetet kommer under nästa år att fortsätta som en del av verksamhetens ordinarie processer för utvecklingsarbete.

2.2.2 Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant

Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning



Kommentar

SLSO är Region Stockholms näst största aktör inom FoUU (efter Karolinska universitetssjukhuset) och ungefär lika stor som Södersjukhuset och Danderyds sjukhus tillsammans. Särskilda satsningar pågår för att öka forskningsaktiviteten i primärvården, och för att koppla ihop FoUU-miljöer i SLSO med forskare på Region Stockholms universitets- och akutsjukhus. Under året har ökat fokus lagts på att långsiktigt öka deltagandet i kliniska prövningar i SLSO:s verksamheter och följa upp detta som en viktig indikator för FoUU. Under året har insatser gjorts för att öka antalet förenade anställningar. Förenade anställningar innebär att kliniskt aktiva forskare är anställda både av Region Stockholm och Karolinska institutet och utgör en viktig brygga mellan klinik och forskning/utbildning. Under 2026 kommer Socialstyrelsen genomföra en granskning av samtliga universitetsvårdsenheter (dvs SLSO:s forskande och utbildande centrumbildningar). Under hösten har Region Stockholm genomfört en intern granskning för att säkerställa att eventuella brister i förhållande till utvärderingskriterierna identifieras och kan åtgärdas innan Socialstyrelsens granskning. Den interna granskningen visade att samtliga USV-enheter kommer att uppnå utvärderingskriterierna. Arbete har pågått för att ta fram en forsknings- och utbildningsstrategi för SLSO och kommer att behandlas av nämnden under första kvartalet 2026.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
FoU-medel *(Nämnd)*	46 684	45 257		Öka från år 2024	
Antal disputationer senaste treårsperioden *(Nämnd)*	71	66		Öka från år 2024	

2.2.3 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Kommentar

Övergripande aktivitet: Översyn av intern ekonomisk styrmodell

En genomgång av interna transaktioner har gjorts och en anvisning som tydliggör hur man ska hantera dessa är framtagen och kommunicerad till ekonomerna. En genomgång av OH har gjorts och inga förändringar görs förutom att allt HR stöd ska ingå i SLSO HR fr.o.m 2026. IT som en del av OH kan komma att diskuteras längre fram i samband med att Vård-IT etableras.

Övergripande aktivitet: Tydliggöra SLSO:s ledningsmodell

Roller, funktioner, ansvar och mandat inom SLSO:s ledningsmodell är definierade och delegationsordningen är uppdaterad. SLSO:s organisation, inklusive verksamhetsstöd, är definierad och kommunicerad.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Administrativa kostnader ska minska *(Regionfullmäktige)*	192 mkr	216 mkr			Enligt budget 2025
Produktivitet produktion/arbetad timma *(Nämnd)*	-0,2 %	0,4 %		>1 %	

Kommentar

För SLSO som helhet har produktiviteten varit oförändrad. Målnivån, en ökning med minst 1% är därmed inte uppnådd. Produktionen har ökat med 1,8 % medan arbetad tid ökat med 2,0% jämfört perioden januari-december 2024. Nya och utökade verksamheter inom psykiatrin och ASiH medför en lägre produktivitet tills dess verksamheten har kommit upp i full produktion. Geriatriken hade mycket hög produktion första tertialet 2024, en nivå som inte kunnat upprätthållas. Störst produktivitetsökning finns inom Somatisk specialistvård, i synnerhet Närakuterna där produktionen ökat väsentligt.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott	2025	Pågående enligt plan	2026	Företrädare för förvaltningen har deltagit på samtliga utbildnings-/informationsaktiviteter genomförda i Regionen. En specifik riskanalys för oegentligheter och välfärdsbrott har genomförts, ansvar och åtgärder för områden med högt riskvärde har fastställts aningen inom ramen för pågående aktiviteter eller i SLSO:s interna kontrollplan. Arbete med att integrera förebyggande, förhindrande och uppföljning i det ordinarie riskarbetet pågår och kommer att fortsätta under 2026.
Ingå inkråmsöverlåtelseavtal avseende överlåtelse av Medhelp och Rådgivningen (för att överföra tillgångar och skulder till SLSO)	2025	Pågående enligt plan	2025	Beslut om inkråmsöverlåtelseavtal fattades av nämnden för SLSO 26 november. Verksamhetsövergången skedde vid årsskiftet enligt plan.

Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

Kommentar

Arbetet under året har fokuserat på att fortsätta implementeringen av aktivitetskorten och utveckla former för uppföljning av dem. En enkät är framtagen och utskickad till resultatenheterna inom SLSO för att undersöka nuvarande genomslag för aktivitetskorten och för framtida uppföljning och planering. En initial kartläggning visar att en övervägande majoritet av förvaltningens enheter använt sig av metodstödet under 2025. Verksamheterna har prioriterat aktivitetskort inom områdena textilier, kemikalier och avfall.

Inom ramen för konsumtionsbaserad klimatpåverkan har nämnden arbetat med kartläggning av utsläpp inom de prioriterade kategorierna, engångsartiklar/flergångsartiklar, drivmedel, patientkost och tjänsteresor (utanför Region Stockholm).

Inom textilområdet är en baslinje framtagen för beställningsfria leveranser och har använts som utgångspunkt för förvaltningens målsättning för 2026.

SLSO:s intressentanalys uppdaterades under året med ett klimatperspektiv, vilket påverkade bland annat ett utökat klimatfokus i arbetet med att bygga beredskapslager. Ett arbete har gjorts med att erbjuda verksamheterna engångsprodukter med mindre klimatpåverkan och medel har ansökts om för att täcka merkostnaden för skiftet.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019 *(Regionfullmäktige)*	-40 %	-48 %			-29 %
Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan *(Regionfullmäktige)*				0 %	-19 %

Kommentar

Kvalitativ kartläggning
1) Verksamheterna ska identifiera inom vilka relevanta scope 3-kategorier sina respektive utsläpp finns. Dessa kategorier omnämns nedan.

Relevanta kategorier där SLSO påverkar och kan mäta:

- 1a. Inköpta varor
- 1b. Inköpta tjänster
- 3. Energi- och bränslerelaterade utsläpp
- 5. Avfall
- 6. Tjänsteresor

2) Respektive verksamhet ska rapportera om det finns tillgängliga data under sina respektive scope 3-kategorier.
Data finns för:

- 1a. Inköpta varor - Delvis. SLSO har identifierat ett antal artiklar som prioriteras.
- 1b. Inköpta tjänster - Data finns för patientkost.
- 3. Energi- och bränslerelaterade utsläpp - Data finns för bränsle.
- 5. Avfall - saknas
- 6. Tjänsteresor. Finns från ramavtalsleverantör

3) Respektive verksamhet ska rapportera vilka potentiella gap i data som finns.

- 1a. Inköpta varor - Saknas delvis
- 1b. Inköpta tjänster -Saknas delvis.
- 3. Energi- och bränslerelaterade utsläpp - Data finns för bränsle.
- 5. Avfall - saknas
- 6. Tjänsteresor. Finns

4) Respektive verksamhet ska rapportera vilka steg som ska vidtas för att stänga de potentiella gapen i data.

- 1a. Inköpta varor - uppstartat projekt för datainsamling över de artiklar som har störst utsläpp. Det finns en substiutionslista där artiklar kan bytas ut mot artiklar med lägre klimatutsläpp.
- 1b. Inköpta tjänster -Nämnden behöver arbeta med att kartlägga vilka tjänster som har störst klimatutsläpp där minskning kan ske. I dagsläget samlar nämnden in klimatutsläppsdata för patientkost.
- 3. Energi- och bränslerelaterade utsläpp - Nämnden arbetar med att byta ut befintlig fordonsflotta till

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
nollutsläppfordon där det är tillämpligt. I dagsläget har nämnden bytt ut fordon där det finns förutsättningar för laddning. • 5. Avfall - saknas. Nämnden behöver arbeta med att kartlägga utsläpp hos avfallsleverantörer. • 6. Tjänsteresor. Nämnden följer och mäter utsläpp från tjänsteresor. Riktlinje för tjänsteresor prioriterar digitala möten samt resa med tåg framför flyg. Sammanställning saknas men nämnden arbetar med att ta fram en modell.					
Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav *(Regionfullmäktige)*	100 %	100 %			100 %
Nämnden/bolaget har genomfört åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden *(Regionfullmäktige)*	Ja	Ja			Ja

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

Medicinteknisk utrustning

Hjälpmedelsverksamheterna arbetar kontinuerligt med att rekonditionera och reparera olika typer av hjälpmedel.

Textilier

SLSO ser över hela beställningsrutinen gällande textilier för bättre rotation av textilier och korrekt hantering.

Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling

Kommentar

SLSO arbetar med den modell för kartläggning av systematiskt arbete med social hållbarhet som regionledningskontorets hållbarhetsavdelning tagit fram och har vidtagit implementeringsåtgärder under 2025. Riskanalysen har legat till grund för planeringen för 2026. För att förbättra stödet till verksamheterna och motverka diskriminering i enlighet med de sju diskrimineringsgrunderna har ytterligare ett aktivitetskort tagits fram, samt även ett för den utbildning (Bemötandestöd) som regionledningskontorets hållbarhetsavdelning producerat. Implementeringen av utbildningen kommer att följas upp under året.

Hälso- och sjukvården ska enligt lag beakta barns behov av information, råd och stöd vid förälders svårigheter. Nätverk för barnsamordnare startades 2010 inom SLSO, de träffas 4 ggr/år för erfarenhetsutbyte och implementering av barnperspektiv i vuxenpsykiatri/habilitering. Arbetet inom barnrättsområdet uppnådde under året en milstolpe, då samtliga mottagningar inom verksamhetsområde Psykiatri nu har ett barnombud och samtliga ombud har en barnsamordnare. Barnsamordnaren stärker föräldrar-/barnperspektivet via information, utbildning, samverkan och handledning – fokus på patienter med barn, ökar medvetenhet om barns behov och stödjer barnombud i verksamheterna.

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

Kommentar

Övergripande aktivitet: Arbetsgivarerbjudande

Under 2025 har Region Stockholm arbetat fram ett övergripande koncept och strategi för arbetsgivarvarumärket. Ett arbete har påbörjats inom SLSO under 2025 att konkretisera detta koncept för SLSO, arbetet kommer att intensifieras under 2026. Andra aktiviteter som har genomförts med syfte att stärka arbetsgivarerbjudandet är att lyfta medarbetarberättelser från olika verksamheter, exempel på verksamhetsutveckling, kompetensutvecklingsmöjligheter samt forskningsmöjligheter.

För nämndens arbete med målet, se vidare under avsnitt 4.1

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 %	98,2 %		99 %	99 %
Kvarstannandegrad *(Nämnd)*	91 %	90 %		>=85 %	

Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Kommentar

Övergripande aktivitet: Tydliggöra kompetensförsörjning som process i ledningsansvaret

Utifrån den nya regionövergripande tillämpningsanvisningen för kompetensplanering har SLSO under 2025 arbetat med att tydliggöra kompetensförsörjning som en del i ledningsansvaret. Förvaltningen har arbetat med att tydliggöra delar som analys, strategi, genomförande av aktiviteter och uppföljning i kompetensförsörjningsarbetet. Till exempel har verksamhetsområdena Primärvård samt Psykiatri och Habilitering

haft workshops med verksamhetschefer och sektionschefer med fokus på kompetensförsörjning. Dessa workshops har lett till ett ökat fokus på prioriterade gemensamma aktiviteter inom verksamhetsområdena men också för hela SLSO.

För nämndens arbete för måluppfyllelse se avsnitt 4.2.

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

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Totalindex HME *(Regionfullmäktige)*	80	81			>=80
Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete *(Regionfullmäktige)*	12 %	8 %			<=8 %

Kommentar

Arbetet fortsätter genom att enheten för säkerhets- och arbetsmiljöfrågor tar fram konkreta anvisningar och gör dem tillgängliga till samtliga medarbetare via Insidan. En särskild sida med information om hot- och våld finns sedan sommaren 2025 publicerad på Insidan.

Långtidssjukskrivna som har återgått till arbeta deltid *(Nämnd)*					

Kommentar

Indikatorn har inte gått att operationalisera under 2025 varför inget värde kan redovisas. Indikatorn kommer att utgå.

2.3 Uppdrag

SLSO:s uppdrag redovisa under respektive mål.

2.4 Intern kontroll

2.4.1 Arbetet med intern kontroll

SLSO:s arbete med intern kontroll sker i enlighet med regionledningskontorets anvisningar och gällande riktlinje för intern kontroll.

SLSO har sett ett antal risker inom ekonomi och styrning under 2025. SLSO har dessutom identifierat ett högt riskvärde kopplat till övervältring av administration på vårdpersonal under 2025. Under året har förvaltningen haft fokus på uppföljning av ekonomi, personal och verksamhet.

De risker som SLSO identifierat i planen för intern kontroll kopplas samman med Region Stockholms övergripande mål för SLSO. Utifrån dessa mål och risker tar SLSO

fram indikatorer och aktiviteter. Dessa sammanställs sedan i styrkort för respektive vårdgren. På detta sätt kan den interna styrningen och kontrollen följas upp och måluppfyllelse mätas regelbundet under året. Dessa kontroller har kunnat genomföras enligt plan under 2025. Förvaltningen följer upp indikatorer i styrkorten i samband med T1, delår och årsuppföljning. Dessutom följs verksamhetens resultat och ekonomi upp regelbundet under året vid månadsvisa uppföljningar.

Nämndens interna struktur och organisation för intern kontroll bygger på modellen om de fyra ansvarslinjerna i enlighet med Region Stockholms riktlinje för intern styrning och kontroll (RS 2024-0510, RS 2022-0326).

I nämndens instruktion och delegationsordning för närsjukvårdsdirektören i SLSO säkerställs en tydlig roll- och ansvarsfördelning till gagn för en effektiv hantering av verksamhetens risker. Utifrån denna ansvarar närsjukvårdsdirektören för det system för intern kontroll som krävs för att hantera väsentliga risker i den löpande verksamheten, bestående av ett antal grundläggande övergripande anvisningar samt tydliga och dokumenterade instruktioner och rutiner.

Närsjukvårdsdirektören rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner.

2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller

Internkontrollplan för 2025 fastställdes av nämnden i samband med verksamhetsplan 2025. Denna internkontrollplan och riskbedömning kvarstår vid årsuppföljningen 2025.

I planen för intern kontroll 2025 identifierade SLSO ett antal risker för verksamheten. Det risker med högst riskvärde finns inom ekonomi och styrning samt inom tillgänglig hälso- och sjukvård. Riskerna finns inom hantering av icke bärkraftiga verksamheter, övervältring av administration på vårdpersonal samt bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse.

SLSO har under året arbetat aktivt med att stärka ekonomiska-, personal- och verksamhetsanalyser för att säkerställa god ekonomisk hushållning och en ekonomi i balans. Kostnadsmedvetandet har bibehållits inom SLSO och vidtagna åtgärder har gett resultat. SLSO har även arbetat aktivt med att minimera risken för övervältring av administration på vårdpersonal bland annat genom att säkerställa att riktlinjer, övergripande anvisningar och rutiner hanteras på rätt organisatorisk nivå. Verksamheten har följts upp i samband med tertial, delårsuppföljning och årsuppföljning.

För att kunna upprätthålla SLSO:s verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinära händelser har förvaltningen genomfört utbildning inom krishantering både för medarbetare och nya chefer inom SLSO. Ett robusthetsprojekt har pågått under året. Verktyget för storskalig smittspårningsverksamhet som SLSO tagit fram har lanserats och verktyget används av alla egenägd vård. Det

regionövergripande arbetet med sortimentsoptimering har fortgått under året och den första delen är nu avslutad.

SLSO fortsätter arbetet med att minska inhyrning av personal. Ett fokusområde för 2025 har varit kompetensförsörjning och SLSO som attraktiv arbetsgivare. Under året har SLSO arbetat med att skapa en gemensam struktur för att underlätta för chefer inom SLSO där syftet är att förvaltningen ska fungera som en arbetsgivare.

För att säkerställa en god och säker vård har återkoppling gällande inträffade vårdskador skett till verksamhetsområdena via ledningsgrupper, nätverksträffar och utbildningstillfällen. Utbildningar kring patientsäkerhet och vårdskadeutredningar har hållits under året. Material för att stödja användning av *Trygga råd* finns nu på intranätet.

Ett arbete har påbörjats under året för att göra personcentrerad vård mer systematisk och en projektplan har tagits fram. Detta planeringsarbete kommer fortgå under kommande år. Resultat av handlingsplanen för patientsäkerhet 2025 har presenterats för SLSO:s ledningsgrupp (SLG) och handlingsplan för patientsäkerhet 2026 har godkänts av SLG. Övergripande anvisning för synpunkter och klagomål är reviderad och kommunicerad. Instruktioner för hur riskronder kan utformas och användas finns på Insidan och användning av riskrond som metod har uppmuntrats via utbildningar, nätverksträffar och i SLSO:s ledningsgrupp.

Inom alla verksamhetsområden har ett arbete genomförts för att identifiera lågvärdeinsatser och planera för hur dessa ska utmönstras. Patientsäkerhetsberättelsen för 2024 har presenterats för nämnden under våren 2025. Arbetet med att ta fram Patientsäkerhetsberättelse för 2025 pågår. Intern revison och extern revision för förvaltningens ISO-certifieringar har genomförts enligt plan under året.

Beslut om tilldelning av leverantör för nytt huvudjournalsystem har fattats av regionstyrelsen och avtal är tecknat. Planeringsarbete för införande pågår inom förvaltningen och Region Stockholm.

När det gäller de två obligatoriska riskerna finns en etablerad struktur med månatliga möten med serviceförvaltningen för att säkerställa korrekt finansiell rapportering samt en etablerad rutin för stickprover av fakturor. Inom ramen för uppdraget om välfärdsbrott har SLSO identifierat risker och etablerat kontroller för att minimera dessa. Dessa kontroller finns nu etablerade i verksamheten. Informationsinsatser har genomförts för att minimera risken för felaktiga bidragsbetalningar.

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

Stockholms läns sjukvårdsområde arbetar strukturerat med att kommunicera den röda tråden från de av regionfullmäktige beslutade styrande dokumenten samt vid behov komplettera med stödjande dokument via övergripande anvisningar för att ge stöd till verksamheterna hur dessa ska appliceras.

SLSO:s ledningssystem säkerställer att styrande och stödjande dokument är kända och tillgängliga för samtliga medarbetare som stöd till det dagliga arbetet. Ledningssystemet säkerställs dessutom årligen via både interna och externa revisioner och förvaltningen är certifierade i följande; ISO 9001 (Kvalitet), ISO 14001 (Miljö) samt ISO 45001 (Arbetsmiljö).

På SLSO:s intranät finns dessutom samtliga styrande dokument listade tillsammans med de stödjande som är övergripande anvisningar för att visa på styrningen från regionfullmäktige till SLSO:s verksamheter.

SLSO följer uppförandekod för Region Stockholm LS 2017-1198, riktlinjer för antikorruption och representation RS 2020-0266 samt riktlinjer för säkerhet RS 2020-0782. Inom ramen för uppdraget om välfärdsbrott har SLSO identifierat risker och etablerat kontroller för att minimera dessa. Dessa kontroller finns nu etablerade i verksamheten.

Upphandling och avtal

SLSO har bedrivit inköpsarbete i enlighet med RS 2023-0758Policy och riktlinjer Inköp (som ersatte Policy för inköp, RS 2019–0667,Riktlinjer för inköp, RS 2019–1148 den 28 januari 2025) samt Uppförandekod för Region Stockholm, LS 2017–1198. Riktlinjer för antikorruption och representation, RS 2020–0266 är en integrerad del i SLSO:s arbete och är inarbetad i förvaltningens lokala rutiner. Ett exempel är att SLSO enligt sina rutiner i det första mötet med expertgruppen i samband med upphandling går igenom vad jäv innebär och påminner alla deltagare om det egna ansvaret att meddela om jäv föreligger.

Inom ramen för regionledningskontorets arbete med kategoristyrning har SLSO ansvar för kategorierna Personbilar och Fleet management, hjälpmedel samt förbrukningshjälpmedel, dessa kategoristrategier är godkända av regiondirektören.

I samtliga upphandlingar som Upphandling och inköpssupport annonserat under 2025 har krav ställts att leverantörerna ska följa Uppförandekod för leverantörer, LS 1303–0353. Ingen av de upphandlingar som gjort under året har bedömts vara av den art att specifika krav kopplat till uppförandekoden ska ställas.

Under 2025 har SLSO klarat av att genomföra samtliga planerade upphandlingar i linje med fastställda tidplaner, tack vare väl inarbetade processer och högt tempo i arbete hos personalgruppen. De upphandlingar som gjordes under 2025 resulterade i 21 nya

avtal som började gälla under 2025 värdet av dessa var ca 900 mkr. SLSO avropar från lokala avtal för ca 1 miljard per år, fördelat på ca 90 avtalsområden.

3 Verksamhet

3.1 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Geriatrisk vård				
Öppenvård	8 470	7 690	780	8,5 %
Slutenvård, vtf	7 103	7 609	-506	-3,7 %
ASiH				
Vårddygn ASiH	258 145	255 500	2 645	2,5 %
Vårddygn palliativ vård	7 812	9 308	-1 496	-4,5 %
Psykiatrisk vård				
Öppenvård	1 515 943	1 571 837	-55 894	5 %
Slutenvård, vtf	31 775	32 729	-954	5,1 %
Primärvård				
Öppenvård	3 699 453	3 684 200	15 253	0,2 %
Habilitering				
Antal besök	226 199	207 400	18 799	4,1 %
Somatisk specialistvård				
Öppenvård	383 472	376 592	6 880	7,3 %
Övrig specialistvård*				
Öppenvård	9 824	13 205	-3 381	-17,4 %
Antal disponibla vårdplatser psykiatri	**1 031**	**1 021**	**10**	**3,9 %**
Antal disponibla vårdplatser geriatrik	**157**	**165**	**-8**	**1,9 %**

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Geriatrik

Produktionen inom geriatrisk öppenvård överstiger budget med 10 %. Detta beror delvis på nya arbetssätt, men främst på ett högt inflöde av remisser till både kognitiv- och osteoporosmottagningen, inklusive osteoporosskolan. Det ökade patienttrycket har under året hanterats genom förstärkt bemanning – dels som förberedelse inför DEXA, dels genom utökning av läkarbemanningen i syfte att minska väntetiderna.

Produktionen inom slutenvården utfaller däremot 7 % under budget. Årets inledning präglades av ovanligt högt infektionsläge, med såväl calicivirus, influensa och covid-19,

vilket drabbade både patienter och personal. Detta ledde till minskad produktionskapacitet i form av färre tillgängliga vårdplatser. Under våren förbättrades situationen något med ett högre remissinflöde och fler öppna vårdplatser. Under sommaren påverkades dock produktionen negativt av planerad renovering av lokaler.

Sammantaget förklarar dessa faktorer även skillnaderna i produktion jämfört med föregående år, där öppenvårdens produktion är högre medan slutenvårdens är lägre under 2025.

ASiH

Produktionen av vårddygn inom ASiH utfaller 1 % över budget. Produktionen inom sluten palliativ specialistvård (SPSV) utfaller däremot 16 % lägre än budget, vilket förklaras av att årets beläggningsgrad uppgår till cirka 80 %, jämfört med en förväntad nivå om 92 %. Den lägre beläggningsgraden beror dels på ett lägre remissinflöde, dels på att SPSV Solberga inte har nått upp till förväntad produktion.

Produktionen inom SPSV ökade successivt från låga nivåer under årets första hälft, och en utökning av antalet vårdplatser på Solberga planerades efter sommaren. Verksamheten drabbades dock av en omfattande vattenläcka i början av hösten, vilket medförde att antalet öppna platser var väsentligt reducerat under resterande del av året.

Jämfört med föregående år har produktionen inom ASiH ökat med 2 %, medan produktionen inom SPSV har minskat och utfaller 4 % lägre. Förändringen i SPSV förklaras främst av ett lägre remissinflöde samt färre disponibla vårdplatser under året.

Psykiatri

Antalet öppenvårdsbesök och antalet slutenvårdstillfällen har ökat med 5 % jämfört föregående år. Psykiatrin har från och med 2025 utökad beställning inom öppenvården och all heldygnsvård inom psykiatrin bedrivs inom SLSO (Vuxenpsykiatrisk-, ätstörnings-, beroende-, barn- och ungdomsvård samt rättspsykiatri). Vid jämförelse med budget är öppenvårdsbesök 3,6 % lägre och antalet vårdtillfällen 2,9 % lägre. Det har varit en viss försening vid start av nya enheter och det har pågått flytt och uppstart av enheter. Under hösten är nya enheter på plats och besöken har under hösten ökat. Inom beroendevården har den medicinska utvecklingen för läkemedels- utdelning medfört något färre besök. Rättpsykiatrin har under året haft ett högt tryck med många besök inom öppenvården och överbeläggningar inom heldygnsvården.

Primärvård

Jämfört med budget har besöken inom primärvården ökat med 0,4 %, motsvarande cirka 15 000 besök. Jämfört med föregående år har besöken ökat med 0,2 %, motsvarande cirka 7 000 besök. I de redovisade besöken ingår videobesök, medan telefonkontakter och vaccinationer inte ingår.

På vårdcentralerna minskade det totala antalet besök med 1 % jämfört med både budget och föregående år. Läkarbesöken ökade, medan antalet sjuksköterske- och

psykosociala besök minskade. Under året har de listade vid vårdcentralerna inom SLSO minskat med 7 300 patienter, vilket motsvarar en minskning med 1 %. SLSO hade vid årsskiftet 32 % av de listade vid vårdcentralerna i Region Stockholm.

Inom hemsjukvården fortsatte antalet besök att öka under 2025. Jämfört med budget ökade besöken med 4 %, och jämfört med föregående år var ökningen 3 %. Denna ökning beror sannolikt på att fler patienter har omfattande vårdbehov, att äldre kan bo kvar i hemmet under längre tid samt att antalet inskrivna patienter ökat. Tillsammans bidrar dessa faktorer till en högre volym av hembesök.

Inom primärvårdsrehabilitering var antalet besök i nivå med både budget och föregående år.

På barnmorskemottagningarna och barnavårdscentralerna minskade antalet besök jämfört med föregående år, vilket beror på färre födda barn under de senaste åren. Besöken på barnmorskemottagningarna blev lägre än budget, bland annat på grund av konkurrens från privata mottagningar, medan barnavårdscentralernas besök motsvarade budget.

På ungdomsmottagningar, mansmottagningar samt mottagningen för sexuell hälsa var besöken i nivå med både budget och föregående år.

Habilitering

Från och med första mars 2025 ingår Stockholms Syncentral som ny verksamhet inom Habilitering och Hälsa. Syncentralens besök ingår med 13 139 i utfallet, dock inte i budget. Verksamheten har under uppstarten haft en lägre produktion än planerat. Habiliteringens besök exkl. Syncentralen överstiger budget med 2,7 % men är 2 % lägre jämfört med föregående år.

Somatisk specialistvård

Produktionen inom somatisk specialistvård överstiger budget med 1,8 %. Ökningen förklaras helt av högre produktion inom SLSO:s närakuter, där besöken utfaller 4,8 % (12 800 besök) över budget. Det höga infektionsläget i samhället har i stor utsträckning bidragit till ökade besöksvolymer inom akutsjukvården under årets inledande månader.

Produktionen vid Centrum för cancerrehabilitering (CCR) och Akademiskt specialistcentrum (ASC) understiger budget med 13 respektive 3 %. Detta beror främst på lägre bemanning till följd av studieledighet, sjukfrånvaro och vakanser. För CCR har även ett periodvis lägre remissinflöde påverkat produktionen.

Jämfört med föregående år har den totala produktionen inom somatisk specialistvård ökat med 26 055 besök, motsvarande 7 %. Av ökningen kan 20 000 besök hänföras till närakutsverksamheten, där produktionen har ökat med 8 %. Ökningen vid närakuterna förklaras huvudsakligen av det höga infektionsläget i samhället samt av ökad produktion vid Närakut Haga till följd av stängningen av Närakut Hötorget hösten 2024. Även CCR och ASC uppvisar tydliga produktionsökningar jämfört med föregående år, med 6 respektive 8 %.

Övrig specialistvård

Besöken blev färre än både budget och föregående år, vilket beror på lägre läkarbemanning än planerat vid Liljeholmens gynmottagning samt färre remisser till Centrum för arbets- och miljömedicin.

Disponibla vårdplatser

Psykiatri: Antalet disponibla vårdplatser är 3,9 % fler jämfört föregående år. Från och med 2025 bedrivs alla heldygnsvård inom SLSO.

*Geriatrik***:** Antalet disponibla vårdplatser inom geriatriken har varit lägre än budget, men något högre än föregående år. Det höga infektionsläget har påverkat både patienter och medarbetare, vilket har begränsat möjligheten att hålla vårdplatser öppna.

3.2 Produktivitet

SLSO beräknar produktivitet som

- produktion/arbetade timma

Produktionen mäts genom att olika vårdkontakter i öppen- och slutenvård viktats ihop till poäng.

För perioden januari - december har produktiviteten sammanvägt för SLSO minskat med 0,2 % mellan åren 2024 och 2025. Målet, en ökning med mer än 1 % är inte uppnått. Produktionen har ökat med 1,8 % medan arbetad tid har ökat med 2,0 %. Hänsyn är inte taget till att antalet arbetsdagar var drygt 0,8 % fler första tertialet föregående år.

Det skiljer sig mellan de olika vårduppdragen. Primärvården, Geriatriken, ASiH, Somatisk specialistvård och Habiliteringen hade en produktivitetsökning på 2 - 8 % under år 2024. De har inte fortsatt att öka produktionen i samma takt eller av olika skäl inte kunnat upprätthålla förra årets produktionsnivå.

Nya och utökade verksamheter inom psykiatrin och ASiH medför en lägre produktivitet tills dess verksamheten har kommit upp i full produktion.

Somatisk specialistvård, där i synnerhet närakuterna ökat sin produktion väsentligt, är den vårdgren som uppnått målet.

4 Personal

Flera viktiga förberedelser har präglat år 2025 kopplat till SLSO och medarbetarna. Arbetet med att starta upp en ny verksamhet för en sammanhållen psykosvård har pågått under 2025 och verksamheten planerar att starta upp i början av 2026. I den nya verksamheten kommer ca 750 medarbetare att arbeta. Vidare har ett förberedelsearbete pågått för att ta emot Sjukvårdsrådgivning på telefon som i samband med en verksamhetsövergång från och med den 1 januari 2026 är del av SLSO. Sjukvårdsrådgivning på telefon omfattar ca 125 medarbetare och arbetet fortgår under 2026 för att skapa en bra introduktion för alla medarbetare och chefer.

Det långsiktiga arbetet med minskad inhyrning har gett positiva resultat. I jämförelse med föregående år har SLSO fortsatt att minska andelen inhyrd personal och når nu målnivån 99 % egen personal i verksamheterna. Detta är en tydlig och viktig stegförflyttning och flera verksamheter upplever även en förbättrad situation både vad gäller att kunna behålla och rekrytera medarbetare. I detta sammanhang är det också värt att nämna att kvarstannadegraden har legat högt över målvärdet under hela 2025 (91 %), vilket är en tydlig ökning från tidigare års resultat på 86 – 87 %.

4.1 Attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Utveckla och behålla medarbetare utifrån kompetensbehov

SLSO står fortsatt inför utmaningar med kompetensförsörjningen, särskilt när det gäller rekrytering och bibehållande av specialistutbildade sjuksköterskor och specialistläkare. Även behovet av andra yrkeskategorier är betydande, framför allt inom heldygnsvården och primärvården.

Under 2025 har verksamheterna inom SLSO fortsatt haft möjlighet att ansöka om medel för deltagande i projektet Validering, mot bakgrund av att undersköterska numera är en skyddad yrkestitel. Projektet avslutades under året och har utgjort ett positivt bidrag till den långsiktiga satsningen på undersköterskekompetens. Satsningen på specialistutbildning för sjuksköterskor och barnmorskor med bibehållen lön har fortsatt under 2025 i syfte att stärka den långsiktiga kompetensförsörjningen.

Arbetet med att införa och vidareutveckla kompetensstegar har varit ett prioriterat område under året och en övergripande plan för förvaltningen har tagits fram med syfte att tydliggöra både det fortsatta arbetet framåt och hur uppföljnings ska ske. Trots att SLSO fortsatt har en lägre andel medarbetare placerade i kompetensstegar jämfört med övriga Region Stockholm har en ökning skett inom vissa yrkesgrupper.

Som en del av implementeringsarbetet av det nya IT-stödet Kompetenstorget har ett flertal medarbetare utbildats i Kompetenstorget under 2025. Ett arbete har påbörjats med att ta fram en plan för fortsatt implementering av IT-stödet samt för vidare utveckling av kompetensplanering, inklusive hantering av gemensamma utbildningar, roller och kompetenser inom SLSO.

Resultat av årlig kartläggning av organisatorisk och social arbetsmiljö (medarbetarundersökning)

Den årliga kartläggningen av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön (OSA-kartläggning) genomfördes under oktober 2025 med hjälp av en ny leverantör, Goozo. Totalindex för hållbart medarbetarengagemang (HME) visar en mindre nedgång på 1 % jämfört med föregående år. I nedanstående tabell ses att minskningen gäller styrningsindex, medan index för motivation och ledarskap är oförändrat.

HME	2024	2025
HME totalindex	81	80
Index Motivation	80	80
Index Styrning	80	78
Index Ledarskap	82	82

Förvaltningens övergripande resultat på årets OSA-kartläggning visar en svarsfrekvens om 73 %, motsvarande 8 613 medarbetare, vilket ger ett statistiskt stabilt och tillförlitligt resultat. Svarsfrekvensen har ökat med cirka 3 % jämfört med 2024 trots att införandet av det nya enkätverktyget präglades av vissa utmaningar, bland annat avseende upplevd användarvänlighet i systemet.

Sammantaget visar kartläggningen att förvaltningen har en stabil och i huvudsak god arbetsmiljö särskilt avseende ledarskap, kollegialt stöd och motivation. Det fortsatta utvecklingsarbetet bör dock prioritera frågor kopplade till arbetsbelastning, återhämtning, organisatoriskt stöd och långsiktig kompetensutveckling.

En viktig åtgärd kopplat till resultatet är att alla chefer inom SLSO skapar åtgärder och arbetar aktivt med dessa under 2026 för att uppnå en bättre arbetsmiljö.

Förstärka och vidareutveckla ledarskapet samt stöd till linjecheferna gällande chef- och ledarskap.

SLSO har under 2025 gjort ett kartläggningsarbete kopplat till ledarutvecklingsinsatser för att under 2026 kunna utveckla ledarskapet inom förvaltningen ytterligare. SLSO har under 2025 erbjudit chef- och ledarutveckling inom förvaltningen men också genom regionövergripande insatser och aktiviteter.

Nedan följer några exempel på aktiviteter som pågått under 2025:

- utvecklande ledarskap (UL)
- fördjupning UL; Grupphandledning “Hur arbeta praktiskt som utvecklande chef/ledare?”
- indirekt ledarskap (IL nytt för 2024) Målgrupp; Chefer som leder andra chefer och Ledningsgrupper
- BAS (chefsintroduktion inom SLSO)
- FRAM, utvecklingsprogram för framtida chefer inom SLSO

- ledarskapsprogram för ST-läkare
- MLA utbildning, “Chef och ledarskap”
- högre chefs- och ledarprogram - Ledning och strategisk tänkande
- individuell chef- och ledarutveckling i form av coachning
- ledningsgruppsutveckling

4.2 Hållbar arbetsgivare

Systematisk och långsiktig kompetensförsörjning

Med utgångspunkt i Region Stockholms kompetensförsörjningsstrategi fortsätter arbetet med att ta fram förvaltningsövergripande verktyg och rutiner kopplat till kompetensförsörjning. Detta arbete har även inkluderat förberedelser kopplat till införandet av Region Stockholms nya IT-system Kompetenstorget som ska stötta chefer och medarbetare med kompetensplanering och kompetensutveckling. Det nya systemstödet förväntas starta i januari 2026. SLSO har under 2025 arbetat med att tydliggöra kompetensförsörjning som en del i ledningsansvaret. Förvaltningen har arbetat med att tydliggöra delar som analys, strategi, genomförande av aktiviteter och uppföljning i kompetensförsörjningsarbetet. Samtliga verksamhetsområden har aktivt arbetat med långsiktig kompetensförsörjning och inom exempelvis verksamhetsområdena Primärvård samt Psykiatri och Habilitering har workshops med chefer genomförts med fokus på analys, strategi och gemensamma prioriteringar framåt. Dessa workshops har lett till ett ökat gemensamt fokus för hela SLSO och viktiga fokusområden framåt handlar t.ex. om chefers förutsättningar och ledarskap, bibehålla och stärka teambaserat arbete, tydliggöra möjligheter till vidareutveckling för olika yrkeskategorier samt stärka arbetsmiljön.

Utveckla och förbättra arbetssätt, tillvarata olika kompetenser och utveckla teamet

Nedan följer några exempel hur verksamheter inom SLSO tillvaratagit olika kompetenser och utvecklat teamet:

- inom Habiliteringen har man på flera enheter använt sig av C IPLS Center för kliniskt interprofessionellt lärande och samarbete – C-IPLS – Södersjukhuset. Detta som en del i att stärka teambaserat arbete genom interprofessionellt lärande och samarbete.
- mentorskapsprogram för nya sjuksköterskor (VO-geriatrik/ASiH)
- under 2025 har arbetet inom Primärvården kopplat till en god och nära vård inneburit ett ökat samarbete mellan GSA och sjukhusen samt arbetet med kloka kliniska val fortsätter. Vidare har samarbetet med KI att öka antalet förenade anställningar fortsatt även det under 2025.

4.2.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete och hälsa

Resultatet av årlig uppföljning av systematiskt arbetsmiljöarbete samt

aktuellt förebyggande arbete och riskområden

Uppföljningen av det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) genomfördes under oktober – november och överlappade delvis OSA-kartläggningen. Svarsfrekvensen uppgick till 74 procent, motsvarande 557 av 750 verksamheter. Förklaringen till att svarsfrekvensen inte var högre är delvis att implementeringen av IT-stödet ”Stödet/Stratsys” fortfarande pågår samt att användarna ännu inte är fullt vana vid att använda detta systemstöd för arbetsmiljöarbetet. För att öka tryggheten i systemanvändningen och andelen svarande enheter bedöms regelbundna chefsutbildningar vara en viktig åtgärd.

Sammanställningen av de viktigaste resultaten från SAM-uppföljningen ringar in följande styrkor:

- generellt sett god kännedom om systematiskt arbetsmiljöarbete med genomförda riskbedömningar och aktivt SAM-arbete i verksamheterna
- tämligen hög svarsfrekvens
- vidarefördelningen av arbetsmiljöuppgifter fungerar väl och är hög
- APT genomförs med regelbundenhet där SAM-frågor kan diskuteras

Samtidigt har ett antal riskområden identifierats. Dessa rör bland annat tydlighet i ledning, ansvar och mandat, möjligheten att returnera arbetsmiljöuppgifter samt behovet av tillräcklig kompetens hos chefer med arbetsmiljöansvar.

Resultat av årlig uppföljning av organisatorisk och social arbetsmiljö

Se avsnitt 4.1.

Utveckla inkluderande arbetsplatser som är fria från kränkningar, trakasserier och diskriminering

Under året har partsgemensamma grundutbildningar i arbetsmiljö genomförts i samarbete med Sunt arbetsliv. Utbildningarna har riktat sig till både chefer och skyddsombud och haft som mål att stärka förmågan att gemensamt integrera det systematiska arbetsmiljöarbetet i det dagliga arbetet. Detta skapar förutsättningar för god samverkan, hälsosamma arbetsplatser och en hållbar arbetsmiljö. Som komplement har chefer erbjudits en fördjupningsutbildning i arbetsmiljö med fokus på riskbruk och skadligt bruk, utredning och förebyggande av kränkande särbehandling samt förebyggande hälsa och rehabilitering.

Vidare har en regionövergripande utbildning om kränkande särbehandling genomförts för HR i samarbete med Falck företagshälsovård. Syftet med utbildningen var att stärka kompetensen i arbetet med att utveckla inkluderande arbetsplatser fria från kränkningar, trakasserier och diskriminering.

Öka säkerhet och trygghet samt kompetens hos medarbetarna gällande hot

och våld

SLSO har under året arbetat med säkerhet och trygghet genom att samla all information om ämnet "Hot och Våld i arbetet" i en ny portal på förvaltningens intranät. Informationen är skapad utifrån ett processtänk för områdena arbetsmiljö och säkerhet där rubrikerna omfattas av:

- förebyggande
- säkerhet
- pågående händelse
- uppföljning
- utbildning (separat process)

Relaterad information finns också länkad i portalen, kopplat till området hot och våld inom patientsäkerhetsperspektivet. Vidare har SLSO genomfört föreläsningar och längre utbildningar om hot och våld i samband med planeringsdagar. Till exempel har BUP och verksamhetsområde Geriatrik/ASiH genomfört olika utbildningsinsatser inom området hot och våld. SLSO erbjuder också stöd och råd i enskilda fall och vid behov har särskilda åtgärder satts in såsom larm eller personskydd.

Ett verksamhetsnära exempel är de geriatriska verksamheterna som bedrivit ett strukturerat arbete för att öka den praktiska kunskapen om hot- och våldsrelaterade situationer på arbetsplatsen samt om våld i nära relationer, med ett tydligt fokus på arbetsmiljö och arbetsgivaransvar. Inom ramen för arbetet har kompetenshöjande insatser genomförts för både chefer och medarbetare. Tydliga rutiner och stödstrukturer har utvecklats för att säkerställa att chefer har förutsättningar att agera tidigt, erbjuda adekvat stöd och vid behov anpassa arbetssituationen. Arbetet har bidragit till ökad medvetenhet om sambandet mellan våldsutsatthet, arbetsrelaterad ohälsa och arbetsförmåga, vilket stärker det systematiska arbetsmiljöarbetet

4.3 Uppföljning avsatta medel

4.3.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö

Utifrån förvaltningens prioriterade områden och genom att nyttja de regionövergripande medel som SLSO har erhållit, har en mängd olika insatser för att främja en hållbar arbetsmiljö genomförts under 2025. Nedan följer några exempel:

- chefer och skyddsombud inom SLSO har deltagit i en obligatorisk partsgemensam grundutbildning i systematiskt arbetsmiljöarbete. Chefer har även gått en fördjupningsutbildning inom ämnesområden som att utreda och förebygga kränkande särbehandling, förebyggande hälsoarbete samt rehabilitering.
- tillsammans med företagshälsovården har en samlad insats genomförts för att kunna fördjupa arbetet med långtidssjukskrivna och arbeta mer aktivt med förebyggande insatser och rehabilitering för denna målgrupp. Denna insats planeras fortgå även under 2026.

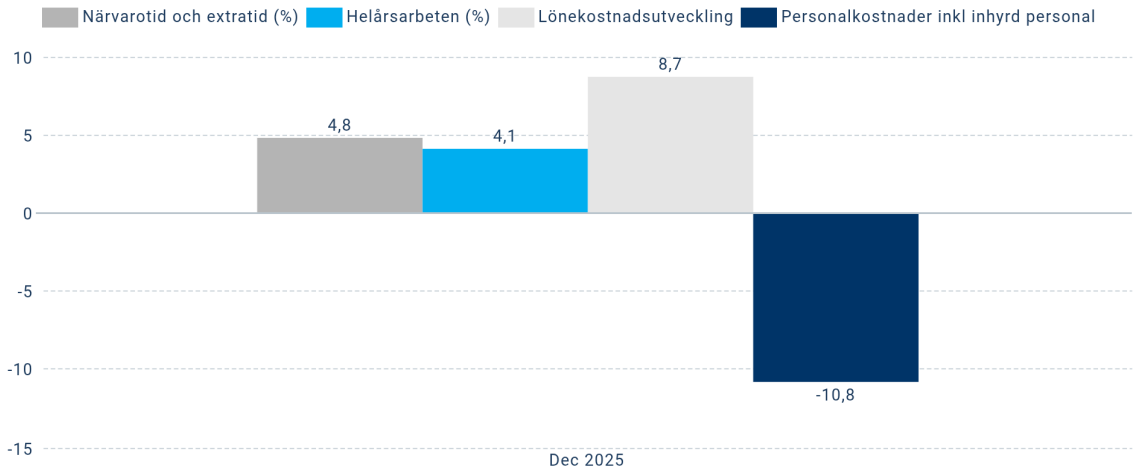
- inom verksamhetsområde Primärvård har verksamheter på olika sätt arbetat förebyggande genom att till exempel öka den psykologiska tryggheten i gruppen, öka kunskapen om stress samt arbetat med olika verktyg för att bättre kunna hantera olika reaktioner, etisk stress och anpassad kommunikation.
- inom verksamhetsområde Psykiatri och Habilitering har Stockholms centrum för ätstörningar haft återhämtning som fokusområde och gjort olika insatser och kunskapshöjningar inom området med syfte att skapa en hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö. BUP har genomfört en utbildning inom området hot och våld och bemötande.
- verksamhetsområde Somatisk Specialistvård har använt arbetsmiljömedel för handledningssamtal samt för en föreläsningsinsats med psykolog via företagshälsovården. Handledningsinsatserna har syftat till att ge medarbetarna konkreta verktyg för att bättre kunna hantera komplexa patientärenden, minska arbetsrelaterad stress och stärka arbetsmiljön.

4.3.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning

SLSO har under året arbetat inom flera områden kopplat till en hållbar kompetensförsörjning. Arbetet tar sin utgångspunkt i regionövergripande ledning och styrning inom området samt förvaltningens övergripande plan för gemensamma prioriteringar och områden. Nedan följer några exempel:

- förvaltningsövergripande förberedelser och planering kopplat till nya IT-stödet Kompetenstorget.
- förvaltningsövergripande analys och planering kopplat till införande av nytt schemaläggningssystem.
- arbete med produktions- och kapacitetsstyrning och ökad förståelse för nya hur nya arbetssätt, schemaläggning och data kan möjliggöra stegförflyttning inom området.
- vidareutveckling av förvaltningsövergripande och verksamhetsnära introduktioner.
- i verksamheterna har olika kunskapshöjande utbildningar och insatser genomförts som exempelvis fördjupningsutbildning i FBT (metod), kompetensbaserad rekrytering för chefer, AI utbildning, språkstöd, olika handledarutbildningar samt utbildning i neurosjukvård.

4.4 Helårsarbeten



Personal - Förändring från fg år (%)

	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. % utfall fg år
Personal - Helårsarbeten	12 629	12 510	119	4,1 %
Extratid	*987*			*1,6 %*
Totalt	**13 616**			**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

Antalet helårsarbetare ackumulerat per december 2025 är 119 fler än budgeterat (1 %). Medräknat i budgeten var den förväntade ökningen till följd av två verksamhetsövergångar under våren 2025 samt minskad inhyrning. Andra verksamhetsförändringar, exempelvis ny beställarplan från HSF vad gäller verksamhetsområde Psykiatri, innebar för många osäkra faktorer för att kunna fastställa när dessa förändringar skulle ske och/eller i vilken omfattning det skulle påverka antalet helårsarbetare inom SLSO.

Antalet ackumulerade helårsarbetare för år 2025 har ökat med 502 (4,1 %) helårsarbetare jämfört 2024. Bakgrunden är främst faktorer som ger en varaktig ökning av antalet helårsarbetare så som utökade uppdrag, verksamhetsövergångar samt utökade möjligheter att tillsätta vakanser, delvis parallellt med minskad inhyrning.

Vad gäller de stora yrkesgrupperna så har läkare ökat med 119 (5,7 %) och sjuksköterskor med 124 (4,4 %) ackumulerade helårsarbetare. Det ackumulerade antalet sjuksköterskor har fortsatt att öka stadigt varje månad sedan januari 2023. Även undersköterskor/skötare och övriga har ökat med 101 (4,7 %) respektive 159 (3,1 %) ackumulerade helårsarbetare jämfört med 2024.

Den ackumulerade frånvarotiden är något högre jämfört med förgående år (1,7 %). Det går dock i linje med att antalet ackumulerade helårsarbetare generellt har ökat och andelen frånvarotid i relation till avtalad tid fortsätter att ligga på samma eller något lägre nivå jämfört med samma period förgående år. Även närvarotiden fortsätter att vara högre än förra året med 441 ackumulerade helårsarbetare (5,1 %). Sedan sommaren 2025 har extratiden ökat jämfört med samma period förgående år, per helår 2025 är antalet helårsarbetare 16 fler (1,6 %) jämfört med 2024. I extratid ingår arbetad tid på övertid, fyllnadstid samt timavlönade.

En fördjupning inom respektive verksamhetsområde kan ge vidare förklaring till SLSO:s totala resultat.

VO Psykiatri och Habilitering (+350/6 %)

Verksamhetsområdet står för ca 70 % av SLSO:s totala ökning av antalet ackumulerade helårsarbetare mellan år 2024 och 2025. Den primära orsaken är två större verksamhetsövergångar under våren 2025. Stockholms Syncentral, tidigare en del av Sodexo, övergick till SLSO i mars och i april tog Psykiatri Södra över delar av WeMinds verksamhet. Även Beroendecentrum har inom ramen för HSF:s nya beställarplan tagit över delar av Prima Marias verksamhet. Den nya beställarplanen har även medfört utökad verksamhet inom Stockholms centrum för ätstörningar, Norra Stockholms Psykiatri samt Beroendecentrum. Centrum för psykiatriforskning har sett en ökning i antalet forskningsprojekt. Flera verksamheter vittnar även om utökad möjlighet att tillsätta tidigare vakanser, delvis som en direkt följd av minskad inhyrning. Det är främst de stora vårdnära yrkesgrupperna som står för ökningen av antalet ackumulerade helårsarbetare inom verksamhetsområdet, så som sjuksköterska (103/8 %), psykolog (85/12 %), specialistläkare (50/13 %) samt undersköterska/skötare (48/3 %).

VO Primärvård (+49/1 %)

Även om utfallet på övergripande nivå inom primärvården är i princip oförändrat jämfört med 2024 så finns vissa differenser när man ser till enskilda yrkesgrupper. Den största skillnaden gäller gruppen specialistläkare (+38/10 %) där ökningen främst beror på den utlagda strategin att öka antalet distriktsläkare för att kunna möta kravet om 1 100 listade patienter/läkare. Vissa enheter har också haft vakanser som nu är tillsatta. Antalet undersköterskor ökar (+18/4 %) parallellt med att hemsjukvårdens uppdrag utökats samt att delegering inom hemsjukvård till kommun inom område Stockholm har upphört. En viss ökning av antalet psykologer (+11/10 %) syns även inom primärvården vilket främst beror på den förändrade ersättningen av det psykosociala uppdraget för husläkarmottagningarna samt primärvårdens uppdrag som

första linjen gällande psykisk ohälsa.

VO Geriatrik/ASiH (+57/7 %)

Inom verksamhetsområde Geriatrik/ASiH har Region Stockholms strategi med inhyrningsrestriktioner varit framgångsrik för yrkesgruppen sjuksköterskor (+31/10 %). Inom alla berörda verksamheter har man helt eller delvis lyckats rekrytera tidigare vakanta tjänster som bemannats med hyrpersonal. Undersköterskorna ökar också något (+16/8 %), främst till följd av utökade uppdrag inom geriatrisk öppenvård och till viss del förstärkt bemanning inom geriatrisk heldygnsvård.

VO Somatisk Specialistvård, VO Närakuter och VO Hjälpmedel (+26/4 %)

Ökningen inom verksamhetsområde Somatisk Specialistvård beror främst på att Centrum för cancerrehab (+6/20 %) fått utökat uppdrag avseende lymfödembehandling. Inom verksamhetsområde Hjälpmedel har flera förändringar under året bidragit till ett utökat uppdrag för verksamheten (+17/6 %). Från 1 januari 2025 avvecklades fritt val för hörselhjälpmedel i Stockholm och under året återtogs ett uppdrag som tidigare varit upphandlat. Vidare har uppdraget utökats till följd av större volymer. Inom verksamhetsområdet är det primärt administratörer/orderhandläggare (+8/11 %) samt förrådsmän (+6/37 %) som ökar. Verksamhetsområde Närakuter är oförändrat jämfört med förgående år.

4.5 Sjukfrånvaro

Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**5,88 %**	**6,40 %**
- varav kvinnor	*6,34 %*	*6,89 %*
- varav män	*4,46 %*	*4,90 %*
Fördelat på period		
1 - 14 dagar	*2,57 %*	*2,55 %*
15 - 90 dagar	*0,84 %*	*0,87 %*
91 - dagar	*2,47 %*	*2,99 %*

Den totala sjukfrånvaron under 2025 minskar jämfört med 2024 till 5,88 % och förvaltningens övergripande målsättning på en sjukfrånvaro under 6 % uppnås därmed. Sett till de olika sjukfrånvarointervallen är det tydligt att minskningen beror på en väsentligt lägre långtidsjukfrånvaro (90 dagar). Förändringen inom de övriga sjukfrånvarointervallen (1–14 dagar och 15–90 dagar) är marginell.

Kvinnornas sjukfrånvaro är fortsättningsvis högre än männens, sett till alla sjukfrånvarointervall. Långtidsjukfrånvaron förbättras hos båda könen men minskningen jämfört med 2024 är något större hos kvinnorna.

Den totala sjukfrånvaron ökar med stigande ålder, bortsett från de allra äldsta medarbetarna (70–79 år) som har den lägsta sjukfrånvaron. Sett till korttidssjukfrånvaron (1–14 dagar) är situationen i princip den omvända med de

högsta sjukfrånvarotalen bland de yngsta medarbetarna (20–29 år), något som bör ges särskild uppmärksamhet. I linje med det övergripande resultatet så minskar den totala sjukfrånvaron i alla åldersgrupper.

Sett till SLSO:s olika verksamhetsområden har VO Närakut den högsta totala sjukfrånvaron vilket tydligt påverkas av den förhållandevis höga långtidssjukfrånvaron inom verksamhetsområdet. Jämfört med förgående år syns dock en tydlig minskning. Även VO Hjälpmedel och VO Psykiatri och Habilitering ligger något högre i den totala sjukfrånvaron och även där är orsaken en högre långtidssjukfrånvaro. Generellt gäller att den totala sjukfrånvaron minskar eller är oförändrad inom samtliga verksamhetsområden, förutom VO Somatisk Specialistvård vars ökning dock sker från en redan låg nivå.

Under 2025 har ett projekt gällande hälsofrämjande insatser genomförts tillsammans med Falck företagshälsa som inneburit att chefer har arbetat fokuserat med längre sjukfrånvaroärenden. Under året har verksamheterna även erbjudits särskilda konsultationssamtal för att komma vidare i längre eller mer komplexa rehabiliteringsärenden. Givet minskningen av långtidssjukfrånvaron bedöms insatserna ha haft en god effekt.

För att den totala sjukfrånvaron ska fortsätta att understiga förvaltningens målsättning och för att bibehålla den positiva nedåtgående trenden gällande långtidssjukfrånvaron bedöms följande som rekommenderat arbete för 2026:

- bibehålla arbetssätt kring långtidssjukskrivna vad gäller konsultationssamtal och arbete tillsammans med företagshälsovården
- förebyggande arbetsmiljöarbete för att minska korttidsfrånvaro
- satsningar på friskfaktorer som en del i arbetet med att arbeta förebyggande med sjukskrivningar

5 Ekonomi

SLSO redovisar för 2025 ett positivt resultat på 646,9 mkr, vilket är 433,9 mkr bättre än budget och 576,6 mkr högre än föregående års resultat. Den positiva avvikelsen mot budget förklaras delvis av lägre bemanningskostnader, som utfaller 132,9 mkr under budget. Av detta kan 141 mkr hänföras till effekten av att 2024 års löneskulder och upplupna löner bokfördes med 2024 års po-påläggssats i årsbokslutet för 2024. Sammantaget uppgår SLSO:s totala kostnader för 2025 till 26,5 mkr (0,2 %) lägre än budget och 904,8 mkr (5,3 %) lägre än föregående år.

Resultatet har även stärkts av högre intäkter än budget. SLSO:s totala intäkter överstiger budget med 407,4 mkr (2,5 %). Intäktsökningen förklaras bland annat av utökade vårdavtal, större uppräkningar av vårdersättningar än budget samt utfallet av obudgeterade statsbidrag. Dessa statsbidrag har inte medfört motsvarande kostnadsökningar i verksamheten.

5.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Patientavgifter	350	334	16	4,3 %
Sålda primärtjänster	12 281	12 063	218	8,1 %
Försäljning övriga tjänster	2 192	2 226	-34	10,1 %
Erhållna bidrag	1 477	1 337	140	-50 %
Övriga intäkter	429	361	68	4,6 %
Verksamhetens intäkter	**16 728**	**16 320**	**408**	**-1,9 %**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-10 614	-10 781	167	-10,8 %
- varav inhyrd personal	*-107*	*-2*	*-105*	*-45,8 %*
Köpta primära sjukvårdstjänster	-34	-33	-1	1,2 %
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-405	-396	-9	3,2 %
Läkemedel	-381	-365	-16	5,2 %
Materialkostnader	-1 625	-1 563	-62	13,3 %
Lokal- och fastighetskostnader	-1 426	-1 398	-28	6,9 %
Övriga kostnader	-1 422	-1 389	-33	4 %
Verksamhetens kostnader	**-15 906**	**-15 924**	**18**	**-5,4 %**
Avskrivningar	-188	-183	-5	6,9 %
Finansnetto	14	0	14	8,8 %

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Justering pension mm.	0	0	0	
Resultat**	**646,9**	**213**	**433,9**	

* mkr
** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

Intäkter

Patientavgifter

Positiv avvikelse på 4,6 % beror på ökad produktion inom samtliga verksamhetsområden.

Sålda primärtjänster

Sålda primärtjänster överstiger budget med 1,8 %, vilket främst förklaras av högre vårdersättningar inom samtliga verksamhetsområden. Inom psykiatrin har ersättningarna för heldygnsvård budgeterats utifrån 2024 års nivåer, eftersom vårdavtalen för 2025 ännu inte var beslutade vid budgetarbetet. Därutöver utfaller ersättningarna för utomläns- och asylvård inom psykiatrin väsentligt över budget.

De högre ersättningarna inom primärvården förklaras huvudsakligen av större uppräkningar än budget samt av obudgeterade statsbidrag till barnmorskemottagningar och barnavårdscentraler. Samtidigt når primärvårdens rehabiliteringsverksamhet inte produktionsmålen för 2025 och utfaller 51 mkr under budget. Därtill har besöksintäkterna för asylsökande minskat och tillgänglighetsersättningarna varit lägre än budgeterat.

Även verksamheterna inom somatisk specialistvård uppvisar ökade produktionsintäkter, främst till följd av ökad produktion. Inom verksamhetsområde geriatrik utfaller vårdersättningarna för de geriatriska klinikerna väsentligt högre än förväntat, vilket förklaras av att budget 2025 baserades på det tidigare vårdavtalet, då det nya ännu inte var beslutat vid budgetarbetet. Produktionsintäkter avseende Habilitering och Hälsa är i linje med budget.

Försäljning övriga tjänster

Den negativa avvikelsen på 1,5 % förklaras delvis av ett lägre utfall av uthyrning av lokaler i andrahand. Resterande avvikelse förklaras av att budgeterade övriga tjänster inom Centrum för psykiatriforskning har bokförts som erhållna bidrag.

Erhållna bidrag

Den positiva avvikelsen på 10,4 % förklaras främst av ökade externa projektmedel samt högre FOU-ersättningar än budgeterat. Det senare beror på att SLSO har tilldelats fler ST-tjänster än förväntat samt att ersättningsnivåerna för AT- och ST-läkare har räknats upp mer än vad som antogs i budget. Inom primärvården har dessutom ersättningen för AT-läkare ökat i syfte att kompensera för en större andel av vårdcentralernas kostnader.

Därutöver har obudgeterade ersättningar och bidrag erhållits avseende utökade uppdrag inom primärvården, arbetsmiljö- och kompetensförsörjningsmedel samt statsbidrag kopplade till bland annat försörjningsberedskap.

Övriga intäkter

Positiv avvikelse på 18,8 % förklaras i huvudsak av på högre externa projektmedel.

Kostnader

Personalkostnader, inkl. inhyrning

SLSO:s totala bemanningskostnader är 132,9 mkr (1,2 %) lägre än budget. Kostnaderna för anställd personal utfaller 238,5 mkr (2,3 %) lägre än budget, vilket delvis motverkas av obudgeterade inhyrningskostnader på 105,6 mkr. Lägre po-påläggssats under 2025 har i samband med vändning av 2024 års löneskuld och upplupna löner bidragit med 117 mkr respektive 24 mkr till budgetavvikelsen.

Följande väsentliga budgetavvikelser (exklusive po-pålägg) finns:

- vakanser och (sjuk)frånvaro gör att lönekostnader för anställd personal utfaller 226,4 mkr lägre än budget.
- vakanser och frånvaro har täckts upp med inhyrd personal, timvikarier och övertid, till en total kostnad som överskrider budget med 288,9 mkr.

Materialkostnader

3,9 % högre kostnader avseende material förklaras av ökade inköp inom Hjälpmedelsverksamheten, vilket i sin tur hänger ihop med ökade försäljningsvolymer i Hjälpmedelsverksamheten.

Lokal- och fastighetskostnader

Negativ budgetavvikelse förklaras till stor del av att hyreskostnader kopplade till utökade uppdrag under 2025 inte fullt ut har beaktats i budget.

5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Summa personalkostnader	**-10 506,2**	**-10 779,1**	**272,9**	**-10,2 %**
Förändring sem- och löneskuld	-22,2	-7,3	-14,9	
Lönekostnad	-7 138,3	-7 196,1	57,8	8,7 %
- varav övertid	*-104,4*	*-27,4*	*-77*	*18,1 %*
- varav sjuklönekostnad	*-117,7*	*-139*	*21,3*	*4,7 %*
PO-pålägg	-3 163,8	-3 437,4	273,6	-36,7 %
Övriga personalkostnader	-182	-138	-44	31,2 %
Inhyrd personal	**-107,5**	**-1,8**	**-105,7**	**-45,8 %**
- varav läkare	*-76,3*	*-0,1*	*-76,2*	*-42,4 %*
- varav sjuksköterskor	*-29,4*	*-1,5*	*-27,9*	*-55 %*

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
- varav övrig personal	*-1,8*	*-0,2*	*-1,6*	
Personalkostnad inkl inhyrd personal	**-10 613,6**	**-10 780,9**	**167,3**	**-10,8 %**

* mkr

SLSO redovisar bemanningskostnader för 2025 som totalt är 1,2 % (132,9 mkr) lägre än budget. Kostnaderna för anställd personal är 2,3 % (238,5 mkr) lägre än budget, men balanseras delvis av obudgeterade kostnader för inhyrd personal på 105,6 mkr. De lägre personalkostnaderna kan till viss del förklaras av den ändrade bokföringsprincipen för löneskulder och upplupna löner i årsbokslutet 2024, vilket har gett en positiv effekt på 141 mkr under 2025.

Avvikelser jämfört med budget

Förändringen i semester- och löneskulder innebär en negativ budgetavvikelse på 14,9 mkr. Vakanser och frånvaro har i huvudsak täckts upp med timvikarier och inhyrd personal, men även med övertid, vilket medför att dessa kostnader överstiger budget. Den väsentliga positiva avvikelsen inom po-påläggskostnader kan till största delen förklaras av den tidigare nämnda ändrade bokföringsprincipen för hantering av löneskulder och upplupna löner under 2024.

Avvikelser jämfört med föregående år

SLSO:s totala bemanningskostnader utfaller 10,8 % (1 283,6 mkr) lägre än föregående år. Kostnaderna för anställd personal har minskat med 10,2 % (1 192,8 mkr), medan kostnaderna för inhyrd personal har utfallit 45,8 % (90,9 mkr) lägre. De lägre personalkostnader förklaras främst av en lägre po-påläggssats under 2025, vilken sammantaget gett en kostnadseffekt om cirka 2 200 mkr. Av denna effekt hänförs 141 mkr till den positiva påverkan från uppbokade löneskulder och upplupna löner i bokslutet för 2024.

Inhyrd personal

Kostnaderna för inhyrd personal uppgår 2025 till totalt 107,4 mkr, vilket innebär en minskning med 90,8 mkr (45,8 %) jämfört med föregående år. Minskningen återfinns inom samtliga verksamhetsområden. Störst minskning i absoluta tal sker inom psykiatrin, där kostnaderna minskat med 56,0 mkr (55 %). Geriatrik/ASiH uppvisar den största procentuella minskningen med 60 %, motsvarande 10,6 mkr. Även inom primärvården minskar kostnaderna betydligt, med 23,9 mkr (34 %).

Fördelat på personalkategorier står läkare för den största delen av inhyrningen under 2025 med 76,3 mkr, motsvarande 71 %. Kostnaderna för inhyrda läkare har samtidigt minskat med 56,0 mkr (42 %) jämfört med 2024. Inhyrda sjuksköterskor uppgår till 30,4 mkr och har minskat med 35,3 mkr (54 %). Övriga personalkategorier uppvisar en mindre ökning, men på fortsatt låga nivåer.

Utfallet för år 2025 redovisas i tabellerna nedan.

Kategori	Helår 2025	Andel av SLSO:s inhyrning	förändr frg år	
Läkare	76,3	0,7	-56,0	-42%
Sjuksköterskor	30,4	0,3	-35,3	-54%
Övriga	0,7	0,0	0,5	164%
Totalt	**107,4**	**100%**	**-90,8**	**-45,8%**

* mkr

Vårdgren	Helår 2025	Andel av SLSO:s inhyrning	förändr frg år	
Psykiatri	45,3	42%	-56,0	-55%
Primärvård	46,1	43%	-23,9	-34%
Somatisk specialistvård	8,0	7%	-0,5	-6%
Geriatrik/ASiH	7,2	7%	-10,6	-60%
Övrigt	0,8	1%	0,2	20%
Totalt	**107,4**	**100%**	**-90,8**	**-45,8%**

* mkr

5.1.2 Konsultkostnader

Externa Konsultkostnader (Mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. %
Juridik	-0	-1	1	-43,3 %
PR	-0	0	-0	-99,2 %
Management	-0	0	-0	0 %
IT	-14	-16	2	-4,7 %
Övriga	-1	-5	4	-43,9 %
Summa externa konsultkostnader	**-15**	**-22**	**7**	**-13,2 %**

SLSO:s regionexterna konsultkostnader utfaller 7 mkr lägre än budget och 2 mkr lägre jämfört med föregående år. Kostnaderna avser till största del IT-konsulttjänster kopplade till förvaltning och utveckling av vårdstödjande applikationer och system, exempelvis Pastill (BUP:s patientadministrativa system och vårdregister).

SLSO:s konsultkostnader är fortsatt relativt låga. Konsulter används huvudsakligen inom IT-området, där det antingen bedöms vara mer kostnadseffektivt än egen regi eller där efterfrågad kompetens inte kan rekryteras.

5.1.3 Administrativa kostnader

Administrativa kostnader (mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Administrativa kostnader	-192	-192	0	-11,1 %

Verksamhetsgren 9910 Administration, har en kostnadsbudget för 2025 på 192 mkr, en minskning med 2,44 % (4,8 mkr) jämfört med budget 2024.

I verksamhetsgrenen ingår SLSO:s ledning och de centrala verksamhetsstöden; Ekonomi, HR, Kvalitet och FoUUi, Kommunikation samt Lokaler, säkerhet och fordon.

Löpande under året har arbetet med att se över de administrativa processerna fortgått, för att uppnå kostnadseffektiv och optimal administration utan att övervältra administrativa uppgifter på vårdpersonal.

Verksamhetsgrenens summerade kostnader för 2025 blev 192 mkr.

5.1.4 Utredning av det fullmäktige beslutade resultatkravet

Ej relevant för SLSO.

5.1.5 Återrapportering medel för åtgärder god ekonomisk hushållning

SLSO erhöll 2023 medel från RLK för två projekt.

Digital specialistkonsultation samarbete Södertälje sjukhus 0,8 miljoner kronor

Syftet med projektet är att genom samarbete mellan primärvården inom SLSO och Södertälje sjukhus erbjuda alla patienter som primärvården avser remittera till akutmottagningen en direkt digital specialistkonsultation med specialistkompetent läkare på akutmottagningen för att om möjligt förhindra remittering, underlätta handläggningen på akutmottagningen och eventuellt undvika inläggning i slutenvården. Aktiviteten innebär möjlighet ett trepartsmöte med läkare och patient i samma rum på vårdcentral eller i hemmet som via videomöte eller telefon kontaktar ledningsansvarig läkare inom Södertälje sjukhus för att diskutera handläggningen av patienten. Arbetet i projektet fortsatte under 2024 och under året genomfördes 289 konsultationer från primärvård till akutmottagningen (målnivå 300/helår). Vid 20 % av konsultationerna innebar samtalet att patienten inte behövde uppsöka akuten.

Under 2025 har 27% av telefonkonsultationerna resulterat i att patientens vårdbehov tillgodosetts på annat sätt än att patienten behöv åka akut till sjukhus. I och med att gemensamt budgetuppdrag för både SLSO, Akutsjukhusnämnden samt Karolinska sjukhuset gällande specialistkonsultationer så har det skett en uppstart av modellen på samtliga av Region Stockholms egenägda sjukhus.

De ekonomiska effekterna i form av minskning av icke värdeskapande besök på akutmottagningen samt minskade inläggningar uppstår på sjukhusen.

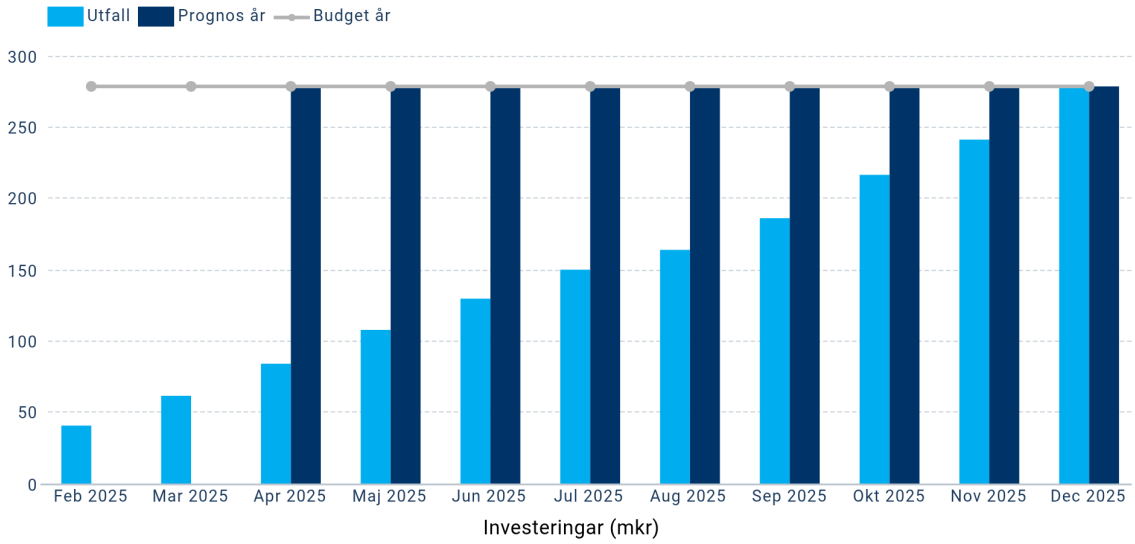
Automatisering av administrativa processer, 0,5 miljoner kronor

Målsättningen är att minska den administrativa bördan på chefer och ledare, spara tid med administrativa sysslor samt möjliggöra att tid läggs på mer värdeskapande aktiviteter. Under 2023 slutförde SLSO en förstudie för identifiera för vilka administrativa processer som kan automatiseras. Förstudien pekar tydligt ut ett antal områden som lämpar sig för fortsatt arbete inom området. SLSO:s förberedande arbete med digitalisering av anställningsprocessen har resulterat i ett regionövergripande arbete som pågår.

5.2 Åtgärder för ett resultat i balans

SLSO har under året haft en ekonomi i balans med prognoser som överstigit budget. Inga åtgärdsplaner har således behövt upprättas. För 2025 redovisas ett positivt resultat på 646,9 mkr, vilket är 433,9 mkr högre än årets fastställda resultatkrav på 213 mkr.

5.3 Investeringar



5.3.1 Status investeringsplanens genomförbarhet och risk

SLSO:s investeringsbudget består till största del av olika ersättningsinvesteringar i medicinteknisk utrustning, övriga inventarier, larm/säkerhetsinstallationer, informations- och kommunikationsteknik samt tekniska hjälpmedel.

5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget

I budget 2025 är den av regionfullmäktige beslutade investeringsram 278,4 mkr.

SLSO:s ackumulerade investeringsutfall för perioden uppgår till 279,2 mkr, vilket motsvarar en upparbetningsgrad mot budget på 100,3 %.

SLSO kan inte påverka utfallet av den del av investeringsramen som avser hjälpmedel då detta styrs av hur stor förskrivningen är under året. Hjälpmedelsverksamheten har under året haft ett högre ersättnings- och investeringsbehov än beviljad ram till följd av nya uppdrag inom syncentralen- och hörselrehabilitering, men även större förskrivnings flöden inom befintliga uppdrag.

Detta kommer fortsatt att vara en utmaning då investeringsbudgeten läggs på 10 år och SLSO:s nämnd inte kan påverka förskrivningsmönstret av hjälpmedel.

5.3.3 Ny- och ersättningsinvesteringar

Investeringar (mkr)	Utgift 2025	Budget 2025	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Nyinvesteringar	55	55	0	100
Ersättningsinvesteringar	224,2	223,4	-0,8	100
Totalt investeringar	**279,2**	**278,4**	**-0,8**	**200**

5.3.4 Status enskilda investeringsobjekt > 100 mkr

Helix har en total investeringsram på 120 mkr. Tidplanen för Helix justerades under 2024, den planerade prognosen för att ta Helix i drift är år 2029. För 2025 är investeringsramen 5 mkr.

5.3.5 Driftsatta investeringsobjekt

5.3.6 Kommande investeringsbeslut för investeringsobjekt > 100 mkr

Ej relevant för SLSO.

5.4 Balansräkning

Balansräkning*	Utfall	Bokslut fg år	Förändr.
Anläggningstillgångar	**658**	**577**	**81**
-varav pågående nyanläggningar	*10*	*5*	*5*
Omsättningstillgångar	**2 836**	**2 514**	**322**
- varav kassa och bank	*578*	*440*	*138*
SUMMA TILLGÅNGAR	**3 495**	**3 091**	**403**
Eget kapital	**1 441**	**864**	**577**
Avsättningar	**0**	**0**	**0**
Skulder	**2 054**	**2 227**	**-173**
- varav långfristiga skulder	*0*	*0*	*0*
- varav kortfristiga skulder	*2 054*	*2 227*	*-173*
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	**3 495**	**3 091**	**403**

* mkr

Omsättningstillgångarna har ökat netto med 178 mkr från föregående år. Detta hänförs till ökade investeringar inom hjälpmedelsverksamheten i form av ökat lager av hörselhjälpmedel. Vidare har kundfordringarna ökat med 105 mkr. Detta kan förklaras med att vårdersättningen i 2025 års decembersmånadsfaktura från HSF har ökat. Därutöver påverkar SLSO:s resultat kassa- och bank positivt med 322 mkr

Förändringen av det egna kapitalet beror på återbetalning av avkastningskravet och det ekonomiska resultatet.

De kortfristiga skulderna har minskat med 173 mkr från föregående år. Förändringen av skulderna kan bl.a. hänföras till vändningen den högre po-påläggsatsen avseende upplupna löner från 2024 samt 2025 års lägre po-pålägg med 246 mkr. Vidare har förutbetalda intäkter minskat med 16 mkr beroende på förändrad redovisning av ST-läkarnas utbildningsersättning. Leverantörsskulderna har ökat med 55 mkr bl.a. på grund av ökade kostnader för hjälpmedel.

5.5 Kassaflödesanalys

Kassaflödesanalys	**2025-12-31**
Mkr	
Den löpande verksamheten	
Kassaflöde från den löpande verksamheten	477 600
Investeringsverksamheten	
Kassaflöde från investeringsverksamheten	-269 234
Finansieringsverksamheten	
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	-70 304
Årets kassaflöde	**138 062**
Likvida medel vid årets början	**440 136**
Likvida medel vid årets slut	**578 198**

Kassaflödet från den löpande verksamheten har ökat med 94 mkr från föregående år. Detta förklaras av SLSO:s förbättrade ekonomiska resultat, vilket medför ett positivt kassaflöde. Vidare har SLSO haft lägre bemanningskostnader och högre intäkter än budgeterat.

Kassaflöde från investeringsverksamheten har ökat med 52 mkr från föregående år. Detta beror främst på ökade investeringar i hjälpmedelsverksamheterna till följd av nytt uppdrag för hörselrehabilitering samt en kraftig ökning inom områdena andning och CPAP.

Kassaflödet från finansieringsverksamheten härrör sig till SLSO:s resultatkrav.

6 Pågående rättsprocesser (tvister)

SLSO har två pågående rättstvister.

7 Övrigt

Samma redovisningsprinciper har använts som i den senaste årsrapporten.

8 Förväntad utveckling kommande år

Verksamhetsåret 2026 och planåren 2027 - 2028 kommer att präglas av fortsatt osäkerhet i omvärlden. Även om inflationstakten minskat kräver det ekonomiska läget fortsatt fokus på ekonomisk restriktivitet.

Viktiga förutsättningar som kan komma att påverka nämnden under 2026 och kommande år är:

Lönerörelse 2026. Alla avtal förutom Läkarförbundet var klara innan årsskiftet 2025 vilket innebär bättre planeringsförutsättningar. För planåren 2027 - 2028 är läget mer svårbedömt.

Inhyrning. Nämnden har under 2025 uppnått målet om att minska inhyrningen till 1 %. Även om målet har uppnåtts fortsätter arbetet med bibehålla den låga nivån av inhyrning nere för att säkra vårdkvalitén och arbetsmiljö.

Nya IT-system. I och med beslutet om nytt huvudjournalsystem intensifieras arbetet med att förbereda, anpassa och implementera systemet i vården. Under 2026 och planåren kommer succesivt större krav på att SLSO avsätter resurser i form av främst personal för införandearbetet. Detta innebär också att annan verksamhetsutveckling kan behöva begränsas då resurserna behövs till införandeprojektet. Utöver nytt huvudjournalsystem pågår eller planeras ett antal systembyten och introduktion av nya IT-system som exempelvis avvikelserapporteringssystem och schemaläggningssystem.

I Region Stockholms budgetförslag för 2026 uppdras åt Karolinska Universitetssjukhuset att från och med 1 juli 2026 ta över ansvaret för Region Stockholms gemensamma, vårdnära IT-system inom den egenägda vården, inklusive det nya huvudjournalsystemet. Konsekvenserna av beslutet för SLSO är i dagsläget inte kända.

Avtal till uppdrag. Arbetet med uppdragen fortgår bland annat med fokus på att ensa ersättningsmodeller. Arbetet med att anpassa den interna styrningen inom SLSO kommer att, utifrån erfarenheter och förutsättningar, påbörjas under 2026.

Lokaler. Under perioden står SLSO inför stora omflyttningar och deltagande i projektering av nya lokaler, exempelvis utbyggnad/ombyggnad för rättspsykatrin, "Ungdomens Hus", ny byggnad på Danderyds sjukhusområde och närakut i Södertälje.

Omvärldsläget. Som en konsekvens av det rådande omvärldsläget måste Region Stockholm och SLSO rusta för en säker och robust verksamhet.

Nämnden har i sin verksamhetsplan för 2026 beslutat om följande områden som särskilt prioriterade för att uppnå regionfullmäktiges mål:

Systematiskt kvalitetsarbete med särskilt fokus på tillgänglighet. Stärkande av säkerhetskulturen med beaktande av resultaten från revisioner i det systematiska utvecklingsarbetet. Skapa bättre förutsättningar för forskning, utveckling och

utbildning i hela SLSO för att säkra kvalitet, kompetensutveckling och långsiktig utveckling av vården.

Omställning till god och nära vård med särskilt fokus på personcentrering och patienten som medskapare genom att involvera och göra patienter och närstående delaktiga i vård och behandling vilket är en grundläggande förutsättning för god och säker vård.

Kompetensförsörjning med särskilt fokus på arbetsmiljö samt systematisk kompetensplanering som ska omfatta tydliga karriärvägar och utvecklingsmöjligheter.

Ekonomi i balans med särskilt fokus på anpassning av SLSO:s styrmodell utifrån förändringen från avtal till uppdrag i syfte att stärka SLSO som helhet.

9 Nämndbehandling

Verksamhetsberättelsen 2025 behandlas i Stockholms läns sjukvårdsområdes nämnd den 26 februari 2026.

Diarienummer
RS 2024-0808
SLSO 2025-1190

Region Stockholm

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga F5-Inköp och upphandling

ÅR 2025

Innehållsförteckning

1 Antal 3
1.1 Antal slutförda annonserade upphandlingar över direktupphandlingsgränsen 3
1.2 Antal avgjorda överprövade upphandlingar inklusive vunna respektive förlorade mål 3

2 Styrande dokument 4

3 Policy och riktlinjer för inköp 5
3.1 Ekonomi i balans 5
3.2 Dialog 5
3.3 Förarbete 5
3.4 Kravställning och upphandling 5
3.5 Avtalsförvaltning 5
3.6 Robust försörjning 6
3.7 Hållbarhet 6
3.8 Sund konkurrens 6
3.9 Strategisk planering 8
3.10 Kategoristyrning 9
3.11 Samordnade upphandlingar 9

4 Övrigt 10
4.1 Ny metod, nytt affärsupplägg eller förbättringar i inköpsprocessen 10
4.2 Övrigt att lyfta fram 10

1 Antal

1.1 Antal slutförda annonserade upphandlingar över direktupphandlingsgränsen

Angivet nedan de avtal som trätt i kraft 2025, 23 upphandlingar annonserades 2025 till ett värde av 824 miljoner.

Annonserade upphandlingar över direktupphandlingsgränsen 2025		
Upphandling	Antal upphandlingar	Upphandlingsvärde (Mkr)
Lokal upphandling	21	900
Lokalt samordnad upphandling	0	0
Centralt samordnad upphandling	0	0
Lokal upphandling LOV, revidering	0	Inget värde anges
Lokal upphandling LOV, ny	0	0

1.2 Antal avgjorda överprövade upphandlingar inklusive vunna respektive förlorade mål

Tre överprövningar under 2025, ingen förlust (en avskrivning, en vinst) och en som pågår

Antal avgjorda överprövade upphandlingar 2025	Antal vunna 2025	Antal förlorade 2025
1	1	0

2 Styrande dokument

Inköpschef samt medarbetare på upphandling och inköpssupport gick igenom ”Policy och riktlinjer för Inköp” i början av året

I dokumentet markerades vad vi redan gör, vad som behöver ändras i våra processer, rutiner och mallar för att vi ska följa ”Policy och riktlinjer för Inköp”.

De delar som saknades har under året implementerats i våra arbetssätt

Den största förändringen som gjorts är uppdatering av vår mall för upphandlingsstrategi. Där vi fört i fler frågeställningar som behöver undersökas och dokumenteras när en upphandling inleds. Denna började användas efter vår planeringsdag i maj.

Gällande utökade krav inom hållbarhetsområdet samt avseende arbetsrättsliga villkor har dialog har förts med kanslienheten (hållbarhet) och HR (arbetsrättsliga villkor). Detta för att säkerställa att resurser inom dessa verksamheter kan delta i arbetet med att utforma upphandlingsdokumenten samt följa upp avtalen. Det är fortsatt en utmaning att utöka kravställing och uppföljning inom dessa områden med befintliga resurser. Vi har tagit de första stegen och kommer att införa detta stegvis utifrån resurstillgång.

När det gäller utökade leverantörskontroller har vi fört en dialog med RLK inköp om hur vi kan göra detta gemensamt i region Stockholm. Vi deltar även i en arbetsgrupp i denna fråga, vi anser att dessa aktiviteter bör genomföras samordnat då det är ett mer effektivt utnyttjande av resurser.

3 Policy och riktlinjer för inköp

3.1 Ekonomi i balans

Hjälpmedel är vårt största område, utvärderingen i dessa upphandlingar tar hänsyn till de tillbehör och reservdelar som behövs under hjälpmedlets hela livslängd. Detta syftar till att utvärdera totalkostnaden under hela livslängden och att gynna utrustning som kan vara en del av det cirkulära flödet under en lång tid.

3.2 Dialog

Vi har RFI och/eller Hearing i samtliga upphandlingar för att säkerställa att vi har god kännedom om marknaden innan vi börjar arbeta med kravställningen. I princip alla upphandlingar skickas även på externremiss för att stämma av kravställningen med marknaden innan annonsering.

Under avtalstiden har vi dialog med den avtalade leverantören utifrån hur detta beskrivs i respektive avtal. Det är svårt att beskriva dialogen i generella termer då avtalen avser så olika områden. Städtjänster, patientkost, teknisk bevakning, manuell bevakning, receptionisttjänster, hjälpmedel osv är alla områden där vi här nära dialoger med leverantörerna. Vi berättar gärna mer om något/några specifika områden om så önskas

3.3 Förarbete

Detta gör vi i framtagande av upphandlingsstrategin, vilket är det första vi gör när en upphandling inleds. Vi kan, om så önskas, dela vår mall för detta.

3.4 Kravställning och upphandling

I avtalet hörapparater har vi gett leverantörerna möjlighet att två gånger per år ansöka om att få byta ut en hörapparat till en uppdaterad modell av apparaten eller till en helt annan modell. Den hörapparater som ska bytas in behöver uppfylla ställda krav för att bytet ska godkännas. Detta gör att vi kan ha apparater med den senaste tekniken på avtalet vilket uppskattas av leverantörer, audionomer och patienter.

Genom att använda dynamiska inköpssystem för handledning och utbildningar ger vi möjlighet till leverantörer ansluta sig eller lämna under avtalstiden. Detta ger flexibilitet för leverantörerna vilket vi anser gynnar de små företagen som erbjuder dessa tjänster. Det ger även verksamheterna som behöver tjänsterna tillgång till en större bredd av leverantörer och därmed större chans att någon kan erbjud det de efterfrågar.

3.5 Avtalsförvaltning

Vi gör en prioritering i upphandlingsstrategin för samtliga upphandlingar enligt matrisen nedan

Det är svårt att beskriva utmaningarna i generella termer då avtalen avser så olika områden. Städtjänster, patientkost, teknisk bevakning, manuell bevakning,

receptionisttjänster, hjälpmedel osv är alla områden där vi följer upp avtalen på olika sätt. Vi berättar gärna mer om något/några specifika områden om så önskas



3.6 Robust försörjning

Detta är en del av upphandlingsstrategin, där vi ställer och besvarar följande frågor:

- Hur sårbara är leveranskedjorna med hänsyn till kapacitet och tillgänglighet? Hur kan eventuella sårbarheter förebyggas/hanteras?
- Finns det anledning att utföra i egen regi (istället för att upphandla)? Skulle det skapa värden för beställaren, t ex bättre beredskap

Utifrån svaren på frågorna anpassas upphandlingsdokumenten

3.7 Hållbarhet

Den bedömning som gjorts är att vi börjar med de tjänsteupphandlingar som omfattar hela SLSO initialt. Detta då de resurser som kan kravställa och följa upp är begränsade. Det har under 2025 varit tre upphandlingar som inletts som vi ställt eller kommer att ställa krav på arbetsrättsliga villkor i. Två av dessa är ännu inte annonserade och de tredje som varit annonserad är överprövad (överprövningen är inte kopplad till arbetsrättsliga villkor).

3.8 Sund konkurrens

Ange på vilket sätt har nämnden/bolaget säkerställt effektiva metoder och arbetssätt i syfte att stävja fusk och utestänga oseriösa aktörer, samt uppföljning av dessa?

De kontroller vi gör av leverantörer i dag inom SLSO. Upphandling (Upphandling och inköpssupport)

- I samband med kvalificeringen kontrolleras de kvalificeringskrav som ställts i upphandlingen (därmed kan det variera vad som kontrolleras)
- Det som alltid kontrolleras är kreditupplysning via Creditsafe och kontroll mot skatteverket som görs via TendSign, för anbudsgivare och i det fall det de åberopar annans kapacitet så kontrolleras även de företagen
- Detta göras av upphandlaren i samband med upphandling

Direktupphandlingar över 10 000 kr (Upphandling och inköpssupport)

- Vald leverantör kontrolleras via Betalkontroll så att inga anmärkningar finns, om något hittas tas en kreditupplysning via Creditsafe. Vi godkänner endast inköpsansökningar om vald leverantör är ok enligt Betalkontroll eller om de vid anmärkningar kan inkomma med en bra förklaring. Direktavtalen följs inte upp i de kontroller vi gör varje vecka enligt nedan utan enbart när inköpsansökan godkänns

Avtalsförvaltning (Upphandling och inköpssupport)

- En gång i veckan (varje måndag) kontrollerar vi om de leverantörer vi har avtal med finns med på den lista som vi får via Betalkontroll på varningar på leverantörer i vårt leverantörsregister.
- Vid överlåtelse av avtal görs samma kontroller som vid kvalificering av det företag som vill överta avtalet
- Övrig uppföljning att leverantörerna uppfyller de krav som ställdes i upphandlingen under hela avtalsperioden är specifik för varje upphandling

Betalning (redovisning)
När det gäller betalningar är Ekonomiservice på Serviceförvaltningen en viktig spelare eftersom de sköter detta för fler bolag/förvaltningar

- När en ny leverantör läggs upp kontrolleras denna via Betalkontroll. Ekonomiservice på SF ansvarar för detta.
- Leverantörer kan passiv sättas i Raindance, då kan inte betalning gå vidare, Ekonomiservice på SF behöver sedan agera för att fakturan ska betalas. Detta kan vi göra om vi upptäcker företag som vi misstänkte inte är ok att göra affärer med, används för att stoppa bluff-företag som vi känner till eller om vi hittar något annat vi behöver kontrollera.
- Vid betalning kontrolleras alltid leverantören via Betalkontroll och där har vi ny även en ny funktion ”samröre bluff”
- Vår redovisningsenhet prenumererar på listan från Betalkontroll och får varningar för samtliga leverantörer oavsett om de finns på avtal eller inte
- Eftersom vi alltid betalar i efterskott så behöver vi betala korrekta fakturor även om företaget får någon anmärkning.

Bisysslor kopplat till inköp (redovisning, HR)

Det görs kontroller av anställdas bisyssla. Detta bl a för att kontrollera att anställda inte

handlar med egna bolag.

Sanktionslistor och organiserad brottslighet gör vi inga kontroller av, leverantörerna får intyga när de lämnar anbud . Här tycker vi det vore bra att göra kontroller av samtliga leverantörer gemensamt inom Region Stockholm för att spara resurser.

Har nämnden/bolaget inrättat förebyggande åtgärder för att motverka situationer där jäv och korruption kan uppstå vid inköp och upphandling?

Vi har inga kontroller av medarbetarna men vi har en kontinuerlig dialog om att man behöver meddela om man är jävig. Dels bland de som arbetar på upphandling- och inköpssupport och dels med alla som är med i expertgrupper när en upphandling inleds (vad jäv innebär och att det är deras skyldigt att informera).

Alla medarbetare inom upphandling och inköpssupport är skyldiga att redovisa bisyssla (som alla andra)

Vi anser att de processer vi har minskar risken att en enskild upphandlare kan påverka resultatet av en upphandling

- Utvärderingen görs av verksamhetsrepresentanter utifrån de ställda kraven.

Vi arbetar med två upphandlare i varje upphandling en ansvarig och en biträdande. Bakgrunden är att vi vill skapa kontinuitet vid frånvaro, öka kvalitén och skapa ett lärande i gruppen men detta gör också att ytterligare en person har insyn i processen. Alla annonseringar och tilldelningar granskas också av inköpschef.

3.9 Strategisk planering

Upphandlingsplanen är en del av verksamhetsplanen.

Alla upphandlingar görs på uppdrag av verksamheten som ska avropa från avtalet. Verksamheten behöver säkerställa att allt de behöver köpa inför att kunna bedriva verksamhet finns på avtal (alternativt kan direktupphandlas om beloppet är lågt).I det fall SLSO får utökade uppdrag kontaktar ansvarig verksamhetschef upphandling och inköpssupport och vi ser tillsammans över vad som kan behöva upphandlas för att det nya uppdraget.

Inom hjälpmedelsverksamheten är inköpsarbetet en tydligt integrerad del av verksamhetsplaneringen. Ett exempel på detta är att inom varje subkategori (ADL/Rullstolar, MAH, KommSyn) har ansvarig upphandlare strategimöte med kategoriteamet en gång per termin. Kategoriteamet består av ansvariga chefer inom hjälpmedelsverksamheten. På dessa möten går man igenom upphandlingar (kommande och pågående), befintliga avtal, nya behov som tillkommit samt omvärldsförändringar som kan komma att påverka området. Protokollet från mötet gås sedan igenom på nästa kategoriråd där beslut kan fattas om så behövs. Exempel på beslut som fattas utifrån detta är nya områden som ska upphandlas (beror ofta på nya uppdrag vad som ska förskrivas från HSF), befintliga avtal som inte ska upphandlas igen (behovet finns inte längre eller uppdraget ska skötas i egen regi), ändrade

tidplaner för upphandlingar.

3.10 Kategoristyrning

I samtliga upphandlingar som inleds stämmer vi av att vi följer eventuell kategoristrategi, detta är en del av upphandlingsstrategin. I de upphandlingar vi gör inom våra egna kategorier är kopplingen till kategoriaktiviteter i upphandlingsstrategin tydlig. När vi gör upphandlingar inom kategorier där det finns en kategoristrategi framtagen av annan nämnd är det inte alltid det finns kategoriaktiviteter som går att koppla till vår upphandling på ett lika tydligt sätt.

De frågor vi har med och besvarar i upphandlingsstrategin:

Finns det en kategoristrategi framtagen för området?

- Om ja, vilken, och är någon av kategoriaktiviteterna relevant för upphandlingen?

Om ja, viken/vilka och hur ska kategoriaktiviteterna beaktas i upphandlingsarbetet?

3.11 Samordnade upphandlingar

När ett nytt behov uppkommer undersöker SLSO om det finns någon upphandling som ska göras inom området av någon annan i Region Stockholm och om så är fallet undersöker vi om vårt behov kan ingå där och den upphandlingen kan samordnas. I det fall vi har ansvar för ett lokalt samordnat avtal där ny upphandling ska inledas frågar vi de som är avropsberättigade i dag om de vill vara det även i kommande upphandling. Om vi anser att det kan finas fler som har samma behov frågar vi även dem. Detta har vi gjort i våra upphandlingar av städtjänster och journalskrivning på distans.

SLSO har under 2025 inlett två nya upphandlingar där vi haft anledning att anta att behov fanns hos andra verksamheter inom Region Stockholm. Frågan har då ställts om de vill vara avropsberättigade. I upphandlingen av 24 timmars blodtryck deltar Södertälje sjukhus, Södersjukhuset och Tiohundra (det var de av vårdgivarna som hade behov av denna utrustning). I upphandling av däckhantering deltar Serviceförvaltningen, Karolinska Universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, Södertälje sjukhus, Förvaltningen för utbyggd tunnelbana samt Trafiknämnden

4 Övrigt

4.1 Ny metod, nytt affärsupplägg eller förbättringar i inköpsprocessen

Arbete med sortimentsoptimering

Vid slutet av 2025 ska alla vårdgivare i Region Stockholm ha en lagerhållning av minst 2 veckors normalförbrukning avseende medicintekniska förbrukningsvaror. Detta är beslutat i budget 2025 och det samordnas inom Region Stockholm av Programkontor försörjningsberedskap. Innan SLSO ökade lagren började vi med att se över sortimentet och bestämma inom varje verksamhetsområde vilket sortiment man ska ha

Detta har flera fördelar:

- Vi sparar plats och får plats för 2 veckors lager av rätt produkter
- Det underlättar för de som beställer och minskar felbeställningar
- De gemensamma sortimentslistorna uppdateras av inköpssupport, då slipper varje beställare lägga tid på att uppdatera sina beställningslistor när det kommer nya avtal
- I framtiden kan vi garantera volymer i upphandlingar så att vi därigenom kan få lägre priser och öka robustheten då leverantören vågar ligga på större lager i god tid eftersom vi lovat att köpa
- Det ger ökade möjligheter att låna produkter mellan verksamheterna vid brist
- Medarbetare som arbetar på olika ställen känner igen produkterna

Arbetet har gjorts genom att varje verksamhetsområde (Psykiatri och habilitering, Primärvård, Närakuter, Geriatrik och ASIH) har utsett representanter som arbetat med att ta fram en sortimentslista för det egna verksamhetsområdet. Sortimentslistorna innehåller allt som beställs från MediCarrier i en lista, som är indelad i rubriker utifrån de olika avtalen. Sortimentslistorna har medvetet begränsats så att de ska innehålla det som flertalet verksamheter beställer ofta.

Under hösten har vi haft 5 informationstillfällen på 30 minuter, via Teams, riktade till Clockwork användare hur man använder sortimentslistorna. Dessa tillfällen var populära är de blev snabbt fullbokade.

En process för att hålla sortimnetslistorna uppdaterade finns och de första uppföljningsmöten är bokade Q1 2026.

En Qlick sens app för uppföljning är under utveckling och kommer att vara klar i sin första version i början av 2026. Denna kommer att användas i uppföljningen av sortimentslistorna

4.2 Övrigt att lyfta fram

Som ett nästa steg i kategoriarbetet ser SLSO gärna att ansvaret för upphandlingar och avtalsförvalting ligger hos den nämnd som har kategoriansvar. SLSO vill i linje med detta ta ansvaret även för de upphandlingar som ingår i kategori

förbrukningshjälpmedel. Inom kategori hjälpmedel samt personbilar och fleet managament har SLSO redan i princip det ansvaret, vilket fungerar bra.

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2025-1190
RS 2025-0984

Stockholms läns sjukvårdsområde

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....4
1.2 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv....4
1.2.1 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet....4

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
Öppna en mottagning inom primär hörselsrehabilitering 2026 **Beskrivning** Stockholm läns sjukvårdsområde uppdras att påbörja arbetet och vidta nödvändiga åtgärder för att ge SLSO möjlighet att öppna en mottagning inom primär hörselsrehabilitering under 2026. **Diarienr** RS 2024-0217 **Beslutat av** Regionfullmäktige 2025 **Uppdragstyp** Beslut budget	Pågående enligt plan	**ÅR 2025** En utredning av öppnande av mottagning inom Hörselrehabilitering har gjorts. Utifrån vårdvalets ersättningsmodell förväntas uppdraget gå med negativt resultat de första fem åren då det tar tid att bygga upp en fast kapiteringsersättning. Ett negativt resultat förväntas bli 5,5-7,0 mkr beroende på lokalkostnad och anpassningskostnad. Trots att full kapitering uppnås år fem, beräknas ändå verksamheten visa ett negativt resultat. SLSO har hittills haft som utgångspunkt att enbart starta en ny verksamhet om verksamheten förväntas ha en ekonomi i balans. För att säkerställa ekonomin föreslås ett särskilt uppdrag och avtal från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF). Då kapiteringsersättningen baseras på CNI behöver man också ta hänsyn till detta i val av geografi.
Förbättra samt underlätta primärvårdens möjlighet till snabb konsultationshjälp från specialistläkare **Beskrivning** För att vårdcentralerna ska kunna ta ett större ansvar i att vara navet i vården uppdras Stockholms läns sjukvårdsområde 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	Pågående enligt plan	**ÅR 2025** Under året har en samverkansstruktur etablerats mellan akutsjukhusen och primärvården. En regional projektgrupp har bildats och runt varje sjukhus finns lokala samverkansgrupper bestående av representanter från sjukhusledning och primärvårdens geografiska samordnare. I den regionala projektgruppen ingår förutom akutsjukhusen i ASN även Karolinska Universitetssjukhuset, Capio S:t Göran och Norrtälje sjukhus. Vidare har varje lokal samverkansgrupp genomfört nulägesanalys och analyserat de GAP som finns för ett tillhandahålla specialistkonsultationer till primärvården och tagit fram lokala prioriterade aktiviteter. Den regional projektgruppen har tagit fram förslag på prioriterade aktiviteter att arbeta vidare med under 2026 och två möten är planerade under våren. Distanskonsultation till akutmottagningarna vid Södersjukhuset och Södertälje sjukhus är etablerat och arbetssättet har spridits till flera vårdcentraler i sjukhusens betjäningsområde. Danderyds sjukhus startade i december månad ett pilotprojekt för distanskonsultation till akutmottagningen. Även Karolinska Huddinge har infört arbetssättet. S:t Eriks ögonsjukhus har under 2025 byggt upp

Uppdrag	Status	Kommentar
Uppdraget beräknas avslutas 2025		distanskonsultation till akuten för Norrtälje sjukhus.

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** Stockholms läns sjukvårdsområde 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** Under året har ett SLSO-övergripande projekt genomförts. Samtliga verksamhetsområden har identifierat personer som samordnar arbetet. Varje verksamhetsområde har inom sitt område identifierat och prioriterat vilka insatser som ska fasas ut. Dessa insatser rör framför allt minskning av olika utredningar och läkemedelsförskrivningar som inte tillför nytta för patienten. Man har utformat, eller håller på att utforma, en strategi för utmönstring som omfattar konkreta åtgärder där även plan för patientdelaktighet, uppföljning och utvärdering ingår. Arbetet kommer under nästa år att fortsätta som en del av verksamhetens ordinarie processer för utvecklingsarbete.

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 att det finns effektiva metoder och arbetssätt för att stävja fusk och utestänga oseriösa aktörer får Stockholms läns sjukvårdsområde 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	Pågående enligt plan	**ÅR 2025** Företrädare för förvaltningen har deltagit på samtliga utbildnings-/informationsaktiviteter genomförda i Regionen. En specifik riskanalys för oegentligheter och välfärdsbrott har genomförts, ansvar och åtgärder för områden med högt riskvärde har fastställts aningen inom ramen för pågående aktiviteter eller i SLSO:s interna kontrollplan. Arbete med att integrera förebyggande, förhindrande och uppföljning i det ordinarie riskarbetet pågår och kommer att fortsätta under 2026.

Uppdrag	Status	Kommentar
Uppdraget beräknas avslutas 2026		
Ingå inkråmsöverlåtelseavtal avseende överlåtelse av Medhelp och Rådgivningen (för att överföra tillgångar och skulder till SLSO) **Beskrivning** Medhelp Sjukvårdsrådgivning AB och Rådgivningen i Uppsala AB uppdras att tillsammans med Stockholms Läns Sjukvårdsområde före den 31 december 2025 ingå inkråmsöverlåtelseavtal avseende överlåtelse av verksamheterna i aktiebolagen som närmare anger vilka tillgångar och skulder som överförs till Stockholms Läns Sjukvårdsområde samt vidta övriga nödvändiga åtgärder med anledning av övergång och organisationsförändring. **Diarienr** RS 2025-0079 **Beslutat av** Regionfullmäktige 2025 **Uppdragstyp** Beslut löpande **Uppdraget beräknas avslutas** 2025	Pågående enligt plan	**ÅR 2025** Beslut om inkråmsöverlåtelseavtal fattades av nämnden för SLSO 26 november. Verksamhetsövergången skedde vid årsskiftet enligt plan.

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2025-1190
RS 2025-0984

Stockholms läns sjukvårdsområde

Plan för intern kontroll, år 2025

År 2025

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Intern kontroll 4
2.1 Styr- och kontrollmiljö 4
2.2 Riskbedömning 5
2.3 Kontrollaktiviteter 6
2.4 Information och kommunikation 7
2.5 Övervakning och uppföljning 7
2.5.1 Uppföljning 8
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll 8
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser 8

3 Sammanställning av risker 10

1 Bakgrund

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

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

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

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

2 Intern kontroll

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

2.1 Styr- och kontrollmiljö

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

Nämndens interna struktur och organisation för intern kontroll bygger på modellen om de fyra ansvarslinjerna i enlighet med Region Stockholms riktlinje för intern styrning och kontroll (RS 2024-0510, RS 2022-0326). Grunden är att den interna kontrollen är baserad på ansvar och tillsyn i flera nivåer, det vill säga att en och samma person eller funktion inte ska ansvara för såväl genomförande som för tillsyn och kontroll. Den första ansvarslinjen utgörs av den operativa verksamheten inom SLSO som äger och ansvarar för den interna styrningen och kontrollen inom sin respektive verksamhet, inklusive riskhantering och regelefterlevnad. Alla medarbetare ansvarar för att bidra till en god riskhantering och intern kontroll genom att följa fastställda rutiner och aktivt bidra till att genomföra åtgärder och kontroller.

Den andra ansvarslinjen består av styrnings- och kontrollfunktioner för riskhantering och intern kontroll samt specialistfunktioner inom SLSO som säkerhet, kvalitet och controlling. Dessa funktion stödjer, följer upp och kontrollerar verksamheten som bedrivs i första ansvarslinjen.

Den tredje ansvarslinjen är internrevision som genomför oberoende granskningar av hela verksamheten, inklusive andra ansvarslinjens arbete. SLSO är ISO certifierade inom arbetsmiljö, kvalitet och miljö och genomför systematiska interna revisioner årligen. SLSO blir även granskade genom externa ISO revisioner årligen.

Den fjärde ansvarslinjen är regionrevisorerna och de externa auktoriserade revisorerna som genomför oberoende extern granskning av första och andra linjen. Nämndens styr- och kontrollmiljö ska säkerställa en god intern kontroll. Det görs genom att strukturer och ansvar tydliggörs för den interna kontrollen i styrande dokument, policys och riktlinjer som finns samlat och tillgängligt för medarbetare på SLSO:s intranät och dokument- och ärendehanteringssystem.

Även organisationskulturen och ledningens agerande lägger grunden för den interna kontrollen genom att visa vikten av etiska normer och regelefterlevnad. Intern styrning och kontroll är en del i SLSO:s utbildning för chefer. I nämndens instruktion och delegationsordning för närsjukvårdsdirektören i SLSO säkerställs en tydlig roll- och ansvarsfördelning till gagn för en effektiv hantering av verksamhetens risker. Närsjukvårdsdirektören rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda

rutiner.

Inga förändringar har genomförts under 2025 och inga förändringar planeras inför nästa år gällande roller och ansvar, styrande dokument eller utbildning.

2.2 Riskbedömning

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

- Strategiska risker
- Ekonomiska risker
- Operativa risker
- Regelefterlevnadsrisker

Nämnden gör en riskbedömning årligen vid verksamhetsplaneringen där risker identifieras och analyseras på ledningsgruppsnivå. Denna riskbedömning kvarstår vid verksamhetsberättelsen 2025. Riskerna värderas enligt en koncerngemensam riskmatris för Region Stockholm. Förvaltningschefen har det yttersta ansvaret för fördelningen av risker inom sin verksamhet och beslutar vilka identifierade risker som bedöms ha störst verksamhetsövergripande påverkan och som därmed återrapporteras i planen för intern kontroll. Detta görs som en integrerad del i processen för budget och verksamhetsplanering. Inför rapportering av tertial 1, delår samt verksamhetsberättelsen uppdateras riskerna av respektive riskägare.

De risker som är högst värderade utifrån riskmatrisen vid verksamhetsberättelsen 2025 är följande:

Hantering av icke bärkraftiga verksamheter
- Fokus på ekonomisk bärkraftighet samt ekonomisk-, personal- och verksamhetsanalys vid månatliga uppföljningar. Åtgärder som vidtagits under året har gett resultat.

Övervältring av administration på vårdpersonal
- SLSO har arbetat aktivt under året med att minimera risken för övervältring av administration på vårdpersonal bland annat genom att säkerställa att riktlinjer, övergripande anvisningar och rutiner hanteras på rätt organisatorisk nivå. Krav om minskad eller bibehållen administration kan innebära risk för övervältring om nya administrativa uppdrag eller krav tillkommer.

Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse
- Förvaltningen har under året genomfört utbildning inom krishantering både för medarbetare och nya chefer inom SLSO. Ett rubusthetsprojekt har pågått under året där krishanteringsmaterialet har testats. En utvärdering kommer ske under våren 2026. Verktyget för storskalig smittspårningsverksamhet som SLSO tagit fram har lanserats och beslut är fattat om att all egenägd vård ska använda verktyget. Det regionövergripande arbetet med sortimentsoptimering har fortgått under året. Den första målbilden är avklarad. Förmågekraven har under året ökat på sortiment och

lagerhållning.

Utöver identifierade risker i nämnden finns två obligatoriska regiongemensam risker för 2025 som har bedömts utifrån SLSO:s verksamhet:

Obligatorisk risk - Risk för felaktiga bidragsutbetalningar
- Informationsinsatser för att minimera risken för felaktiga bidragsbetalningar har genomförts under året. SLSO delar inte ut bidrag.

Obligatorisk risk -Risk för fel i finansiell rapportering
- Det finns en etablerad struktur med månatliga möten med Serviceförvaltningen för att säkerställa korrekt finansiell rapportering samt en etablerad rutin för stickprover av fakturor. Inom ramen för uppdraget om välfärdsbrott har SLSO identifierat risker och etablerat kontroller för att minimera dessa. Dessa kontroller finns nu etablerade i verksamheten.

Övriga identifierade risker i verksamhetsberättelsen 2025 är bristande förmåga att ändra arbetssätt, bristande ledarskap, ökad svårighet att rekrytera personal, förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven, en kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar, bristande kostnadsmedvetande i organisationen samt bristande patientsäkerhet (avvikelser kopplat till vårdskada).

2.3 Kontrollaktiviteter

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

Kontroller och åtgärder identifieras och implementeras utifrån riskanalysen vid verksamhetsplaneringen och de följs sedan upp vid rapportering av tertial 1, delår samt verksamhetsberättelsen. Kontroller och åtgärder finns för de risker som är värderade till medelhög (M), hög (H) och mycket hög (MH) och till dessa utses kontrollansvariga och åtgärdsansvariga.

I internkontrollplanen för 2025 fastställdes ett antal kontroller för att minimera identifierade risker. Dessa kontrollaktiviteter kvarstå vid verksamhetsberättelsen. Planerade kontrollaktiviteter har genomförts enligt plan under året.

Nedan beskrivs framtagna kontroller och åtgärder för att hantera de högst värderade riskerna för SLSO under 2025 samt de obligatoriska riskerna.

Hantering av icke bärkraftiga verksamheter
- Verksamhetsuppföljningar har genomförts enligt plan. Marknadsanalyser har genomförts vid behov. Fokus på verksamhets- och ekonomisk analyser.

Övervältring av administration på vårdpersonal
- Uppföljning av indikatorn administrativ personal av total kostnad. Tydliggöra informationsförvaltning och informationshantering och utveckla stödsystem för att minska administration. Tydlig struktur uppifrån och ner.

Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse
- Styrkorten har följs upp i samband med de stora boksluten. Ekonomiska-, personal- och verksamhetsanalyser har genomförts kontinuerligt vid behov under året. SLSO har förtydligat aktiveringsplaner och arbetat för att säkerställa långsiktig uthållighet. SLSO har arbetat för att tillvarata erfarenheter för att förbättra kris-och katastrofhantering genom kontinuerliga utbildningar under året samt att en ny epedemi- och pandemiplan är framtagen.

Obligatorisk risk - Risk för felaktiga bidragsutbetalningar
- Stickprover av fakturor har genomförts enligt plan under året. SLSO har genomfört utbildningsinsatser för att informera om att bidrag hanteras centralt och att SLSO inte hanterar bidrag.

Obligatorisk risk - Risk för fel i finansiell rapportering
- SLSO följer gällande lagar och regler. Kontroll av den finansiella rapporteringen ingår som en del i revisorernas granskning. SLSO har genomfört kontinuerliga kontroller under året. SLSO har gjort likvidprognoser månatligen med utgångspunkt från årsprognosen. SLSO har följt upp och arbetat för att åtgärda av revisorerna påtalade brister.

2.4 Information och kommunikation

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

SLSO har tagit fram ett flertal dokument, som utgår från Region Stockholms övergripande styrande dokument, för att understödja information och kommunikation om intern styrning och kontroll i verksamheterna. Dessa dokument finns tillgängliga för medarbetare och chefer via förvaltningens intranät och i förvaltningens ärende- och dokumenthanteringssystem.

Intern kontroll och riskhantering kommuniceras löpande på ledningsmöten. Intern styrning och kontroll ingår dessutom som en del i introduktionsutbildningen för chefer inom förvaltningen.

2.5 Övervakning och uppföljning

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

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

2.5.1 Uppföljning

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

Rapportering av den interna kontrollen sker till SLSO:s ledningsgrupp i samband med tertial, delårs- och årsuppföljning. Närsjukvårdsdirektören är ansvarig för den interna kontrollen inom SLSO och rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner. Nämnden beslutar dessutom om planen för intern kontroll 2025 i samband med beslut om verksamhetsplan 2025. Uppföljningen sker i det regiongemensamma systemet Stödet. Nämnden fattar även beslut om uppföljning av den interna kontrollen i samband med beslut om boksluten för tertial, delårs- och årsuppföljningen. Resultatet sammanställs, kommuniceras och rapporteras även till regionledningskontoret.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

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

Den interna styrningen utgår ifrån regionfullmäktiges beslut om mål och budget och reglemente. Därtill kommer särskilda policyer, program och planer inom olika områden såsom miljö/hållbarhet, IT, socialt ansvarstagande m.m. Dessa regionövergripande styrdokument omsätts i SLSO:s interna styrning i form av bl.a. övergripande anvisningar, handlingsplaner och lokala rutiner.

SLSO följer Region Stockholms riktlinje för intern kontroll, RS 2024-0510, RS 2022-0326. Intern kontroll inom Region Stockholm är en tillämpning av COSO-modellen vilken SLSO har använt sig av för att ta fram internkontrollplan 2025. Inom ramen för den interna revisionen säkerställer förvaltningen dessutom en god intern styrning och kontroll och följsamhet till styrande dokument.

Inga avsteg från riktlinjen har noterats.

2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

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

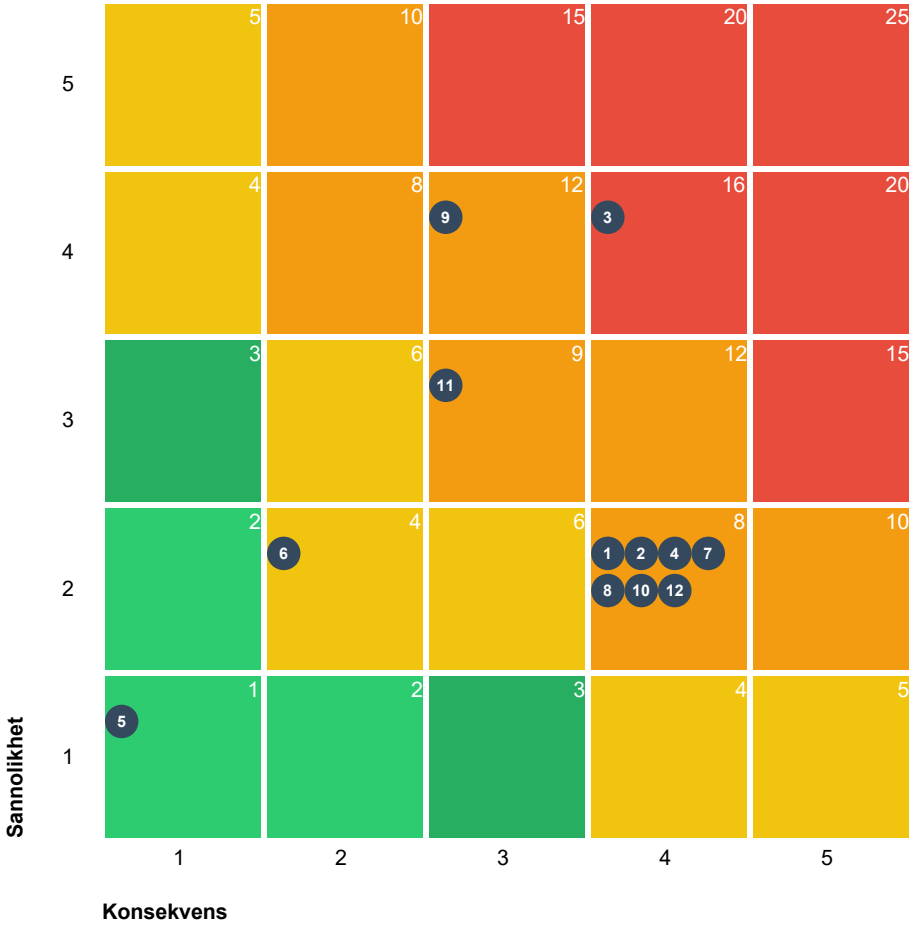
Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde har tagit fram en plan för intern kontroll för 2025. I planen för intern kontroll har de mest väsentliga riskerna identifierats. Bland de väsentligaste riskerna i internkontrollplanen för 2025 finns ett antal inom ekonomi och styrning och förvaltningen har haft ett särskilt på verksamhets- och ekonomiska analyser under 2025.

Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde utvärderar kontinuerligt den information förvaltningsledningen lämnar. Det innefattar bland annat att säkerställa att åtgärder vidtas rörande de brister och förslag till åtgärder som framkommit i intern

och extern uppföljning, granskning och revision.

Regionrevisorernas samlade bedömning av den interna kontrollen är att den är tillräcklig. Revisionsrekommendationer följs upp kontinuerligt i Stödet i dialog mellan SLSO och revisionen.

3 Sammanställning av risker



1 Mycket hög risk 9 Hög risk 1 Medelhög risk 1 Mycket låg risk Totalt: 12

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

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

	hjälptexterna, klicka på frågetecknet.

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning		1		48301	Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven	**Riskägare** Carina Lamroth
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet		2		10913	Bristande kostnadsmedvetande i organisationen	**Riskägare** Eva Tegelberg
		3		11919	Hantering av icke bärkraftiga verksamheter	**Riskägare** Eva Tegelberg
		4		27876	En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar	**Riskägare** Eva Tegelberg
		5		134467	Risk för felaktiga bidragsutbetalningar	**Riskägare** Jannike Kristoffer son
		6		134468	Risk för fel i finansiell rapportering	**Riskägare** Jannike Kristoffer son
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare		7		11922	Ökad svårighet att rekrytera personal	**Riskägare** Maria Thunberg
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov		8		10908	Bristande förmåga att ändra arbetssätt	**Riskägare** Ola Broström
		9		27877	Övervältring av administration på vårdpersonal	**Riskägare** Eva Tegelberg
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		10		11924	Bristande patientsäkerhet (avvikelser kopplat till vårdskada)	**Riskägare** Ola Broström
		11		37471	Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse	**Riskägare** Mikael Lindgren Ebenholtz
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		12		11923	Bristande ledarskap	**Riskägare** Maria Thunberg

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2025-1190
RS 2025-0980

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga 1: Sammanställning mål, risker, kontroller och åtgärder

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning 3

2 Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning 4

3 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet 5

4 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare 7

5 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov 8

6 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet 9

7 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare 10

1 Läsanvisning

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

Risknivå

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

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

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

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

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

Kontroller

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

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

2 Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven 	**Namn** Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser **Frekvens** Årligen				
			Namn Säkerställa kritiska funktioner i nuvarande system och delta i upphandlingen av nytt system. **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2025-12-31		

3 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Risk	Kontroll	Komm entar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande kostnadsmedvetande i organisationen 	**Namn** Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar **Frekvens** Månadsuppföljning				
			Namn Uppföljning av ekonomi **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2025-12-31		
Namn Hantering av icke bärkraftiga verksamheter 	**Namn** Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna **Frekvens** Månadsuppföljning				
			Namn Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2025-12-31		
Namn En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar 	**Namn** Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna **Frekvens** Månadsuppföljning				
			Namn Regelbunden uppföljning **Startdatum** 2025-01-01		

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
			Slutdatum 2025-12-31		
Namn Risk för felaktiga bidragsutbetalningar 	**Namn** Fakturakontroll **Frekvens** Kontinuerligt				
			Namn Informera verksamheter om att bidrag hanteras centralt i regionen **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2025-12-31		
Namn Risk för fel i finansiell rapportering 	**Namn** Uppföljning av verksamheten **Frekvens** Kontinuerligt samt i samband med T1, delår och årsbokslut				
			Namn Följa upp och åtgärda påtalade brister **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2025-12-31		

4 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Ökad svårighet att rekrytera personal 	**Namn** Uppföljning av indikatorer **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning.				
			Namn Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2025-12-31		

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

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande förmåga att ändra arbetssätt 	**Namn** Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning.				
			Namn Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2025-12-31		
Namn Övervältring av administration på vårdpersonal 	**Namn** Uppföljning av indikator **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning.				
			Namn Införande av digitala system **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2025-12-31		

6 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande patientsäkerhet (avvikelser kopplat till vårdskada) 	**Namn** Patientsäkerhetsberättelse och systematiska granskningar **Frekvens** Årlig patientsäkerhetsberättelse och intern revision samt kontinuerliga analyser.				
			Namn Lärande organisation **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2025-12-31		
Namn Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse 	**Namn** Uppföljning av verksamheten **Frekvens** Kontinuerligt samt uppföljning av styrkorten i samband med T1, delår och årsuppföljning.				
			Namn Tillvarata erfarenheter **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2025-12-31		

7 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande ledarskap 	**Namn** Följ upp vårdgrenarnas verksamhet **Frekvens** Medarbetarenkät årligen. Chefsdialoger kontinuerligt.				
			Namn Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer **Startdatum** 2025-01-01 **Slutdatum** 2025-12-31		

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2025-1190
RS 2025-0980

Stockholms läns sjukvårdsområde

Fördjupad sammanställning, mål, risker och åtgärder, år 2025

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning 3

2 Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning 4

2.1 Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven 4

3 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet 6

3.1 Bristande kostnadsmedvetande i organisationen 6

3.2 Hantering av icke bärkraftiga verksamheter 7

3.3 En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar 8

3.4 Risk för felaktiga bidragsutbetalningar 9

3.5 Risk för fel i finansiell rapportering 10

4 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare 12

4.1 Ökad svårighet att rekrytera personal 12

5 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov 14

5.1 Bristande förmåga att ändra arbetssätt 14

5.2 Övervältring av administration på vårdpersonal 15

6 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet 17

6.1 Bristande patientsäkerhet (avvikelser kopplat till vårdskada) 17

6.2 Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse 18

7 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare 20

7.1 Bristande ledarskap 20

1 Läsanvisning

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

Risknivå

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

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

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

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

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

Kontroller

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

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

2 Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning

2.1 Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven

	Riskvärde	Riskbeskrivning
48301	8	Nuvarande journalsystemet kommer inte vidareutvecklas. Förnyad upphandling av journalsystem pågår.
	Sannolikhet	**Konsekvens**
	2	Ökade kostnader, uteblivna effektiviseringsmöjligheter
	**Konsekvens**	
	4	

Kommentar

Beslut om tilldelning av leverantör för nytt huvudjournalsystem har fattats av regionstyrelsen. Avtal är tecknat.

Kontroll	Status
Namn Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser	

Frekvens
Årligen

Beskrivning
Genomföra verksamhetsanalyser och ekonomiska analyser. SLSO deltar i arbetet för att tillgodose SLSO:s behov.

Kommentar

Verksamhetsanalyser och ekonomiska analyser har genomförts löpande under året.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Säkerställa kritiska funktioner i nuvarande system och delta i upphandlingen av nytt system.	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Genomföra ett antal projekt för att säkerställa och åtgärda kritiska funktioner. Delta i upphandling av nytt system.

Åtgärd

Kommentar

Beslut om tilldelning av leverantör för nytt huvudjournalsystem har fattats av regionstyrelsen. Planeringsarbete för implementering pågår inom förvaltningen och regionen.

3 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

3.1 Bristande kostnadsmedvetande i organisationen

	Riskvärde	Riskbeskrivning
10913	8	Oförmåga att förstå ekonomiska konsekvenser av fattade beslut i stort och smått.
	Sannolikhet	**Konsekvens**
	2	Fokus på felaktiga ekonomiska åtgärder. Onödiga kostnader.
→	**Konsekvens**	
	4	

Kommentar

Under året har kostnadsmedvetandet ökat inom SLSO. Fullmäktiges resultatkrav för SLSO har uppnåtts.

Kontroll	Status
Namn Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar	

Frekvens
Månadsuppföljning

Beskrivning
Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser.

Kommentar

Verksamhetsuppföljningar har skett enligt plan under året.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Uppföljning av ekonomi	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Utveckla och utöka användning av uppföljningssystem för att ge cheferna en god överblick över ekonomin.

Åtgärd
Kommentar
Ledningsvyn i qliksense har klarställts under året vilket ger chefer möjlighet att se samma sak i systemet.

3.2 Hantering av icke bärkraftiga verksamheter

11919	**Riskvärde**	**Riskbeskrivning**
	16	Svårigheter att identifiera rätt åtgärder. Svårigheter att få avveckla verksamheter, om åtgärder inte bedöms möjliga eller tillräckliga.
	Sannolikhet	**Konsekvens**
	4	Påverkar det ekonomiska resultatet och tar kraft från verksamheten.
→	**Konsekvens**	
	4	

Kommentar

Fokus på ekonomisk bärkraftighet samt ekonomisk-, personal- och verksamhetsanalys vid månatliga uppföljningar. Åtgärder som vidtagits under året har gett resultat.

Kontroll	Status
Namn	
Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna	
Frekvens	
Månadsuppföljning	
Beskrivning	
Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser.	
Kommentar	
Verksamhetsuppföljningar har genomförts enligt plan under året.	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Regelbunden uppföljning av verksamheternas ekonomiska bärkraftighet och upprättande av åtgärdsplaner vid behov. Genomföra översyn av vårdutbud och konkurrenssituation.

Kommentar

Verksamhetsuppföljningar har genomförts enligt plan. Marknadsanalyser har genomförts vid behov.

3.3 En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar

27876

Riskvärde	Riskbeskrivning
8	Kortsiktig ekonomisk planering/framförhållning. Bristande förmåga att anpassa kostnader till ändrad ersättning/förutsättningar.

Sannolikhet	Konsekvens
2	Underskott som inte hanteras. Resultatkravet för SLSO uppnås inte. Kortsiktiga beslut som långsiktigt inte är hållbara. Ökad uppmärksamhet (reaktivt) på ekonomi och åtgärder, tar kraft och resurser från verksamhet och utveckling.

Konsekvens
4

Kommentar

Uppföljning av ekonomin har skett vid verksamhetsuppföljningar. I årsbokslutet redovisar SLSO ett resultat på +646 915 tkr vilket är 433 915 tkr bättre än budget.

Kontroll — **Status**

Namn
Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna

Frekvens
Månadsuppföljning

Beskrivning
Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser. Upprätta business case vid verksamhetsförändringar.

Kommentar

Kontroll	Status

Planerade aktiviteter för 2025 har genomförts. Uppföljning av ekonomin har skett vid verksamhetsuppföljningar. Business case upprättas vid verksamhetsförändringar.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Regelbunden uppföljning	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Utveckla stödet av ekonomisk analys för verksamheterna. Regelbunden uppföljning av verksamheternas ekonomi för att säkerställa ekonomisk långsiktighet. Riskbaserat arbetssätt.

Kommentar

Verksamhetsuppföljningar har skett enligt plan.

3.4 Risk för felaktiga bidragsutbetalningar

134467

Riskvärde	**Riskbeskrivning**
1	Region Stockholm delar varje år ut ett stort antal bidrag till externa aktörer och det finns risk för att dessa bidrag utbetalas felaktigt. Exempel på felaktigheter kan vara att bedömning inte görs rättvist, att ansökningar inte behandlas lika, att det förkommer jäv osv.
Sannolikhet	**Konsekvens**
1	Om tillräckliga kontroller och åtgärder inte vidtas kan felaktiga utbetalningar förekomma. Detta kan leda till såväl ekonomisk skada som förtroendeskada för verksamheten.
Konsekvens	
1	

Kommentar

Informationsinsatser för att minimera risken för felaktiga bidragsbetalningar har genomförts under året. SLSO delar inte ut bidrag.

Kontroll	Status
Namn Fakturakontroll	

Frekvens
Kontinuerligt

Beskrivning
Stickprov av fakturor

Kommentar

Stickprover av fakturor har genomförts enligt plan under året.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Informera verksamheter om att bidrag hanteras centralt i regionen	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Information om att bidrag hanteras centralt i regionen. SLSO hanterar inte bidrag.

Kommentar

SLSO har genomfört utbildningsinsatser för att informera om att bidrag hanteras centralt och att SLSO inte hanterar bidrag.

3.5 Risk för fel i finansiell rapportering

	Riskvärde	Riskbeskrivning
134468	4	Risk att den finansiella rapporteringen inte är väsentligt korrekt.
	Sannolikhet	**Konsekvens**
	2	Felaktig finansiell rapportering gör att intressenter får felaktig information om verksamheten. Det kan också medföra att beslut
→	**Konsekvens**	fattas på felaktiga grunder.
	2	

Kommentar

Det finns en etablerad struktur med månatliga möten med Serviceförvaltningen för att säkerställa korrekt finansiell rapportering samt en etablerad rutin för stickprover av fakturor. Inom ramen för uppdraget om välfärdsbrott har SLSO identifierat risker och etablerat kontroller för att minimera dessa. Dessa kontroller finns nu etablerade i verksamheten.

Kontroll	Status

Namn
Uppföljning av verksamheten

Frekvens
Kontinuerligt samt i samband med T1, delår och årsbokslut

Beskrivning
SLSO följer gällande lagar och regler. Kontroll av den finansiella rapporteringen ingår som en del i revisorernas granskning. SLSO genomför kontinuerliga kontroller under året. SLSO gör likvidprognoser månatligen med utgångspunkt från årsprognosen.

Kommentar

Etablerade kontroller har genomförts enligt plan och en kontinuerlig dialog har förts med serviceförvaltningen under året.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Följa upp och åtgärda påtalade brister	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Följa upp och åtgärda av revisorerna påtalade brister.

Kommentar

Revisorernas påtalade brister har följts upp kontinuerligt under året i dialog mellan revisorerna och SLSO.

4 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

4.1 Ökad svårighet att rekrytera personal

	Riskvärde	Riskbeskrivning
11922	8	Svårt att upprätthålla produktion och kontinuitet på grund av rekryteringsproblem av både chefer och medarbetare.
	Sannolikhet	**Konsekvens**
	2	Kan ge brister i patientsäkerhet och försämrad ekonomi. Ökad inhyrning av personal.
	**Konsekvens**	
	4	

Kommentar

SLSO har fortsatt arbetet med att minska inhyrning av personal. Vidtagna åtgärder har gett resultat. Under 2025 har kompetensförsörjning och SLSO som attraktiv arbetsgivare varit ett fokusområde. SLSO har arbetat för att skapa en enhetlig struktur och agera som en arbetsgivare inom ett flertal områden exempelvis inom lön och lönebildning.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av indikatorer	

Frekvens
T1, delår och årsuppföljning.

Beskrivning
Uppföljning av indikatorer.

Kommentar

Uppföljning av indikatorer sker i samband med uppföljning av T1, delåret och årsredovisningen.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärd

Åtgärdsbeskrivning

Upprätta kompetensförsörjningsplaner inom respektive verksamhet. Genomföra åtgärder i syfte att vidareutveckla och bibehålla medarbetare. Verka för att öka attraktiviteten för SLSO som arbetsgivare genom kommunikativa chefer/ledare som engagerar medarbetare.

Kommentar

Utfallet i rekryteringsarbetet för både chefer och medarbetare har förbättrats under året. Kompetensförsörjning har varit en av nämndens prioriterade frågor under 2025. Nya anvisningar för rekrytering har tagits fram. Under året har kvarstannandegraden ökat inom SLSO.

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

5.1 Bristande förmåga att ändra arbetssätt

	Riskvärde	Riskbeskrivning
10908	8	Oförmåga att analysera optimala arbetssätt och dra lärdomar av erfarenheter. Bristande kvalitet för patienten och kan leda till vårdskada. Bristande måluppfyllelse.
	Sannolikhet	
	2	**Konsekvens**
→	**Konsekvens**	Bristande kvalitet för patienten och kan leda till vårdskada. Onödig väntan för patienten, kan leda till ökad oro och senare insatt behandling. Förtroendeskada.
	4	

Kommentar

- Återkoppling gällande inträffade vårdskador har skett till verksamhetsområdena via ledningsgrupper, nätverksträffar och utbildningstillfällen.
- Utbildningar kring patientsäkerhet och vårdskadeutredningar har hållits under året (ca 200 medarbetare från olika verksamheter har deltagit).
- Material för att stödja användning av *Trygga råd* (för ökad patientdelaktighet och minskade risken för vårdskador föranledda av diagnostiska förseningar) finns på intranätet Insidan à Verktyg och metoder – patientsäkerhet. Webbutbildningen på Lärtorget har använts, framför allt av medarbetare på närakuterna.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort	
Frekvens T1, delår och årsuppföljning.	
Beskrivning Uppföljning av tillgänglighetsindikatorer. Följa digitaliseringsgraden.	
Kommentar Tillgängligheten utifrån styrkorten samt digitaliseringsgraden följs upp i samband med T1, delåret och årsredovisningen.	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen i styrkorten. Fortsatt utveckling av digital vård. Ändrade arbetssätt. Säkerställa aktiviteter som stödjer ökad tillgänglighet i respektive verksamhets verksamhetsplan.

Kommentar

Arbetet med patientsäkerhetsberättelse för 2025 har pågått under hösten och kommer presenteras i nämnden under våren 2026. Arbetet med digitalisering inom vården pågår kontinuerligt.

5.2 Övervältring av administration på vårdpersonal

27877

Riskvärde
12

Riskbeskrivning
Ökade administrativa krav samt krav på effektivisering av administrationen.

Sannolikhet
4

Konsekvens
Minskade resurser för kärnverksamheten.

Konsekvens
3

Kommentar

SLSO har arbetat aktivt under året med att minimera risken för övervältring av administration på vårdpersonal bland annat genom att säkerställa att riktlinjer, övergripande anvisningar och rutiner hanteras på rätt organisatorisk nivå. Krav om minskad eller bibehållen administration kan innebära risk för övervältring om nya administrativa uppdrag eller krav tillkommer.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av indikator	

Frekvens
T1, delår och årsuppföljning.

Kontroll	Status

Beskrivning
Uppföljning av indikatorn andel administrativ personal av totala kostnader.

Kommentar

Indikatorn andel administrativ personal följs upp i samband med resultatet för T1, delåret och årsuppföljningen.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Införande av digitala system	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Tydliggöra informationsförvaltning och informationshantering och utveckla stödsystem för att minska administration. Tydlig styrning uppifrån och ner.

Kommentar

SLSO arbetar kontinuerligt med att se över de administrativa processerna för att skapa en så enkel och effektiv hantering som möjligt. Samtidigt behöver ett antal verktyg och arbetssätt fortsatt utvecklas vidare för att säkerställa SLSO:s krav på sig som myndighet gentemot beställare och andra uppdragsgivare. Ett arbete har pågått under året med att kartlägga och implementera var och hur styrande och stödjande dokument och information ska hanteras och på ett enkelt sätt tillgängliggöras till samtliga medarbetare inom förvaltningen.

6 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

6.1 Bristande patientsäkerhet (avvikelser kopplat till vårdskada)

	Riskvärde	Riskbeskrivning
11924	8	Bristfälliga rutiner för att analysera, följa upp och åtgärda avvikelser kopplat till vårdskada. Brist i rutiner för ett strukturerat
	Sannolikhet	aggregerande uppåt i organisation till ledningsnivå. Samma risk avseende klagomål.
	2	**Konsekvens**
→	**Konsekvens**	Bristande förebyggande arbete kan leda till vårdskada. Oförmåga att
	4	rapportera, analysera och dra lärdom av avvikelser och klagomål kan leda till att de upprepas. Förtroendeskada.

Kommentar

- Ett arbete har påbörjats för att göra personcentrerad vård mer systematisk och en projektplan har tagits fram. Detta planeringsarbete kommer fortgå under kommande år.
- Resultat av handlingsplanen för patientsäkerhet 2025 har presenterats för SLG samt handlingsplan för patientsäkerhet 2026 har godkänts av SLG.
- Återkoppling gällande inträffade vårdskador har skett till verksamhetsområdena via ledningsgrupper, nätverksträffar och utbildningstillfällen.
- Utbildningar kring patientsäkerhet och vårdskadeutredningar har hållits under året (ca 200 medarbetare från olika verksamheter har deltagit).
- Övergripande anvisning för synpunkter och klagomål är reviderad och kommunicerad.
- Instruktioner för hur riskronder kan utformas och användas finns på Insidan på den nya ämnessidan *Verktyg och metoder - patientsäkerhet*. Användning av riskrond som metod har uppmuntrats via utbildningar, nätverksträffar och i SLSO:s ledningsgrupp.
- Inom alla verksamhetsområden har ett arbete genomförts för att identifiera lågvärdeinsatser och planera för hur dessa ska utmönstras.

Kontroll	Status
Namn Patientsäkerhetsberättelse och systematiska granskningar	

Frekvens
Årlig patientsäkerhetsberättelse och intern revision samt kontinuerliga analyser.

Beskrivning
Patientsäkerhetsberättelse, analys av avvikelser i händelsevis.
Intern revision.

Kommentar

Patientsäkerhetsberättelsen för 2024 presenterades för nämnden under våren. Ett arbete med att ta fram patientsäkerhetsberättelse för 2025 har påbörjats under hösten. Resultaten från handlingsplanen för patientsäkerhet har rapporterats till ledningsgruppen. SLSO:s ledningsgrupp har deltagit i arbetet med att ta fram handlingsplanen för patientsäkerhet 2026. Under hösten har det pågått förberedelser för att gå in i ett nytt system för avvikelsehantering under 2026. Intern

Kontroll	Status
revision och extern revision för ISO-certifieringar har genomförts under året.	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Lärande organisation	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Minska brister i patientsäkerheten genom att lära av goda exempel. Händelseanalys och egenkontroller.

Kommentar

Ett arbete har pågått under året för att förenkla och systematisera instruktioner och anvisningar för att förenkla för verksamheterna. Utbildningar har genomförts för patientsäkerhetsfunktioner och ledningar för verksamheterna inom SLSO.

6.2 Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse

	Riskvärde	Riskbeskrivning
37471	9	Svårigheter att upprätthålla SLSO:s verksamhet och åtaganden vid extraordinära händelser.
	Sannolikhet	**Konsekvens**
	3	Bristande måluppfyllelse (ekonomi, kvalitet, arbetsmiljö).
→	**Konsekvens**	
	3	

Kommentar

Förvaltningen har under året genomfört utbildning inom krishantering både för medarbetare och nya chefer inom SLSO. Ett rubusthetsprojekt har pågått under året där krishanteringsmaterialet har testats. En utvärdering kommer ske under våren 2026. Verktyget för storskalig smittspårningsverksamhet som SLSO tagit fram har lanserats och beslut är fattat om att all egenägd vård ska använda verktyget. Det regionövergripande arbetet med sortimentsoptimering har fortgått under året. Den första målbilden är avklarad. Förmågekraven har under året ökat på sortiment och lagerhållning.

Kontroll **Status**

Namn
Uppföljning av verksamheten

Frekvens
Kontinuerligt samt uppföljning av styrkorten i samband med T1, delår och årsuppföljning.

Beskrivning
Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser. Uppföljning av styrkort.

Kommentar

Styrkorten följs upp i samband med uppföljning av T1, delåret och årsuppföljningen. Ekonomiska-, personal- och verksamhetsanalyser har genomförts kontinuerligt vid behov under våren.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Tillvarata erfarenheter	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Förtydliga aktiveringsplaner. Säkerställ långsiktig uthållighet. Tillvarata erfarenheter för att förbättra kris-och katastrofhantering.

Kommentar

Utbildningar har genomförts under året. En uppdaterad epidemi- och pandemiplan har antagits av nämnden.

7 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

7.1 Bristande ledarskap

	Riskvärde	Riskbeskrivning
11923	8	Verksamhetschefen är en nyckelroll i SLSO:s styr- och ledningsmodell. Ska ges stöd att ha förutsättningar att kunna ta sitt ansvar. Om chefer sviktar eller brister i sitt uppdrag, äventyras både kvalitet och ekonomi.
	Sannolikhet	**Konsekvens**
	2	Bristande måluppfyllelse (ekonomi, kvalitet, arbetsmiljö)
→	**Konsekvens**	
	4	

Kommentar

Under året har SLSO arbetat aktivt med kompetensförsörjning och stöd till chefer. Ett arbete har pågått för att skapa en gemensam struktur för att underlätta för chefer inom SLSO där syftet är att förvaltningen ska fungera som en enda arbetsgivare. Under hösten har medarbetarenkäten genomförts. Det pågår ett regionövergripande arbete kopplat till ledarskap.

Kontroll	Status
Namn Följ upp vårdgrenarnas verksamhet	

Frekvens
Medarbetarenkät årligen. Chefsdialoger kontinuerligt.

Beskrivning
Medarbetarenkät och chefsdialoger.

Kommentar

SLSO:s styrkort följs upp i samband med uppföljningen av T1, delåret och årsuppföljning. En medarbetarenkät har genomförts under hösten. Verksamheterna följs upp kontinuerligt av SLSO:s ledning.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer	2025-01-01	2025-12-31		

Åtgärd

Åtgärdsbeskrivning

Etablera tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer, genom att följa upp verksamheternas resultat/kvalitet och chefens kommunikativa förmåga. Utveckla stöd till chefer och ledningsgrupper.

Kommentar

Verksamheternas resultat och kvalitet följs upp i samband med uppföljningen av T1, delåret och årsrapporten. Ett arbete har pågått för att skapa en mer enhetlig struktur för chefer. En ny process för chefsrekrytering har tagits fram under året.

Region Stockholm

SLSO

Bilaga C1: Driftsatta objekt eller objekt som är redo att tas i bruk

Rapportera utfall och budget 2025 samt total prognos och beslutad total utgift.

Investeringsobjekt	Utfall 2025	Budget 2025	Avvikelse	Total prognos	Beslutad total utgift*	Avvikelse
x	**0**	0	0	**0**	0	0
x	**0**	0	0	**0**	0	0
x	**0**	0	0	**0**	0	0

*) Enligt senaste genomförandebeslut.

Region Stockholm

SLSO

Bilaga C2: Investeringsobjekt					Fleråriga investeringsobjekt					
Objektbenämning / ID	**Utfall 2025**	**Budget 2025**	**Avvikelse året**	**Årets upparbetningsgrad**	**Ack utfall totalt**	**Prognos totalt**	**Budget totalt (senaste beslut)**	**Avvikelse totalt**	**Upparbetningsgrad**	**Driftsättningsår**
Helix	4	5,0	0,6	88%			120,0	120,0	0%	
y			0,0	##########				0,0	#DIVISION/0!	
z			0,0	##########				0,0	#DIVISION/0!	
			0,0	##########				0,0	#DIVISION/0!	
			0,0	##########				0,0	#DIVISION/0!	
			0,0	##########				0,0	#DIVISION/0!	
			0,0	##########				0,0	#DIVISION/0!	
			0,0	##########				0,0	#DIVISION/0!	
			0,0	##########				0,0	#DIVISION/0!	
			0,0	##########				0,0	#DIVISION/0!	
			0,0	##########				0,0	#DIVISION/0!	
			0,0	##########				0,0	#DIVISION/0!	
			0,0	##########				0,0	#DIVISION/0!	
			0,0	##########				0,0	#DIVISION/0!	
SUMMA objekt	**4**	**5,0**	**0,6**	**88%**	**0,0**	**0,0**	**120,0**	**120,0**	0	

*) Ange i not om nytt genomförandebeslut tagits under året för något av investeringsobjekten.

Region Stockholm

Övriga avsättningar, ansvarsförbindelser och tvister

Bilaga E1

Nämnd/Bolag Stockholms läns sjukvårdsområde | Period 2025-12-31

Belopp anges i kronor.

Legala Avsättningar

Avsättning avser [1]	IB 2025	Ianspråktaget under året	Återföring	Årets avsättning	UB 2025	Tidpunkt då avsättning helt eller delvis skall återföras (ange år)	Upplysning om betydelsefulla antaganden som gjorts rörande framtida händelser som påverkat värderingen	Förväntad gottgörelse som har redovisats som tillgång [2]	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
Inga avsättningar					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
TOTALT	0	0	0	0	0			0	

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

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

Informella Avsättningar (endast bolagen)

Specificera typ av avsättning:	IB 2025	Ianspråktaget under året	Återföring	Årets avsättning	UB 2025	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
TOTALT	0	0	0	0	0	

Definitioner

Ansvarsförbindelser

Specificera typ av ansvarsförbindelse	Belopp	Kommentar om osäkerheter beträffande beloppet eller tidpunkten för utbetalningar	Möjlighet att eventuell gottgörelse erhålls (belopp)	Är ansvarsförbindelsen föremål för tvist (JA/NEJ)
Inga ansvarsförbindelser				
TOTALT	**0**		**0**	

Skuld för avslutade tvister

Specificera skuld	Belopp
Inga skulder	
TOTALT	**0**

Definitioner

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

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

Informella avsättningar finns inte i regioner och kommuner utan avser endast bolag. Redovisas som ansvarsförbindelse i regionen - se punk

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

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

Region Stockholm

Externa bidrag

Nämnd/Bolag **Stockholms läns sjukvårdsområde** Period 2025-12-31

Anvisning

Mottagare anges med organisationsnummer och fullständig benämning, förkortningar skrives ut.
Bidragstyper är fördefinerade och väljs genom drop-down-knappen på respektive rad.
Bidrag redovisas med totalbelopp för respektive mottagare. Vid förekomst av olika bidragstyper till samma mottagare redovisas respektive bidragstyp var för sig.
Information om vad bidraget avser ska anges under Beskrivning.
Ange under vilken kontokod i Cognos Controller som bidraget bokförts.
Om bidraget avser exempelvis projektstöd som betalas ut portionsvis under loppet av flera år, anges det totala beviljade beloppet under Beviljat belopp.
Upplupna eller återbetalda bidrag från tidigare år som har återförts under året redovisas på motsvarande sätt som framgår ovan.
Summa lämnade bidrag (kontokod 5899) ska överensstämma med det belopp som framgår av kontokod 5899 mot externa motparter i Cognos Controller.
Belopp anges i tusental kronor.

Bidrag lämnade under året

Diarienr	Orgnr	Namn	Belopp (Tkr) *Bokfört under perioden*	Kontokod	Beviljat belopp *Avser projektstöd*
		INGA EXTERNA BIDRAG LÄMNADE			
		Summa lämnade bidrag under året	**0**		
		Summa lämnade bidrag under året (kontokod 5899)	**0**		

Återförda bidrag från tidigare år

		INGA ÅTERFÖRDA BIDRAG		5899	
				5899	
				5899	
				5899	
				5899	
				5899	

Summa återförda bidrag under året	**0**	

Totalsumma	**0**
Totalsumma kontokod 5899	**0**

Redovisat belopp vid kontokod 5899 i Cognos Controller mot extern motpart	

Avvikelse mot Cognos Controller	**0**

Beskrivning	**Bidragstyp / Finansiering**
XXX	Bidrag som utlysts av Region Stockholm och finansieras av regionala medel
XXX	Delfinansiering av projekt mellan myndigheter
XXX	Bidrag/stöd som finansieras genom olika typer av EU-medel (ex. socialfond, regionalfond, Central Baltic)
XXX	Bidrag/stöd som finansieras av enbart statliga medel (ex. anslag 1:1)
XXX	Projekt som finansieras av statliga medel i kombination med regionala medel (ex. ALF-medel)
XXX	
XXX	
XXX	
XXX	
XXX	
XXX	
XXX	
XXX	
XXX	
XXX	

XXX	
XXX	
XXX	
XXX	
XXX	
XXX	

Övriga kommentarer

Resultatenhet/intern enhet

Bilaga H1

.....
motpart, namn

Uppgift om externa pensionspremier år 2025

Blanketten gäller inte för bolag, endast nämnder ska göra inrapporteringen.

Med externa pensionspremier avses utbetalningar som inte administreras av KPA Pension eller Skandikon.

I förekommande fall ska särskild lönskatt om 24,26 procent på summan av betalda premier bokas som skuld mot Koncernfinansiering.

Underlag för beräkning av särskild löneskatt från pensionsadministratör ska bifogas.

Nämnd	**Stokholms läns sjukvårdsområde**	Period 2025-12-31

[X] Inga direktutbetalningar av pensioner/premier för pensionsförsäkringar finns

[ ] Pensionspremier har betalats under året enligt följande:

Pensionsadminstratör	**Totala premier**

Summa pensionspremier	**0**
Särskild löneskatt	**0**

Uppgiftslämnare

Blanketten skickas med E-post till Ekonomi och finans, Koncernredovisning enligt tidplan
E-postadress: sllekonomirapport.rlk@regionstockholm.se

Blankett B3, Interna fordringar och skulder, avseende löneskatt skickas samtidigt till Koncernfinansiering, motpart 2930, enligt tidplan