Stockholms läns sjukvårdsområde
Sjukvårdsdirektören

BESLUTSUNDERLAG
2022-09-13

SLSO 2022-0997
RS 2021-0609

Delårsrapport 2022-08-31

Delårsrapport 2022 för Stockholms läns sjukvårdsområde har upprättats enligt regionstyrelsens beslut och enligt anvisningar från regionledningskontoret.

Förslag till beslut

Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att godkänna delårsrapport per 2022-08-31 med rapport och bilagor, samt

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Karin Persson
Tf. Sjukvårdsdirektör/ekonomidirektör

Rikard Lindqvist
Tf. Avdelningschef
Verksamhetsstöd Ekonomi

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2022-0997
RS 2021-0609

Stockholms läns sjukvårdsområde

Delårsrapport

Augusti 2022

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens kommentar 3
1.1 Väsentliga händelser 3
1.2 Bedömning av risker och möjligheter 4
1.3 Ledningens åtgärder 5

2 Styrning och ledning 6
2.1 Mål 6
2.1.1 Mål och indikatorer 6
2.2 Uppdrag 13
2.3 Intern kontroll 13
2.3.1 Arbetet med intern kontroll 13
2.3.2 Risker, åtgärder och kontroller 14
2.3.3 Försäkran 15

3 Verksamhet 16
3.1 Verksamhetsförändringar 16
3.2 Vårdproduktion 16

4 Personal 21
4.1 Helårsarbeten 23
4.2 Sjukfrånvaro 25

5 Ekonomi 26
5.1 Resultat 26
5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal 31
5.2 Åtgärdsprogram för ett resultat i balans 34
5.3 Investeringar 34

Bilagor

Bilaga 1: SLSO merkostnader 2022

Bilaga 2: Plan för intern kontroll 2022, Delårsuppföljning

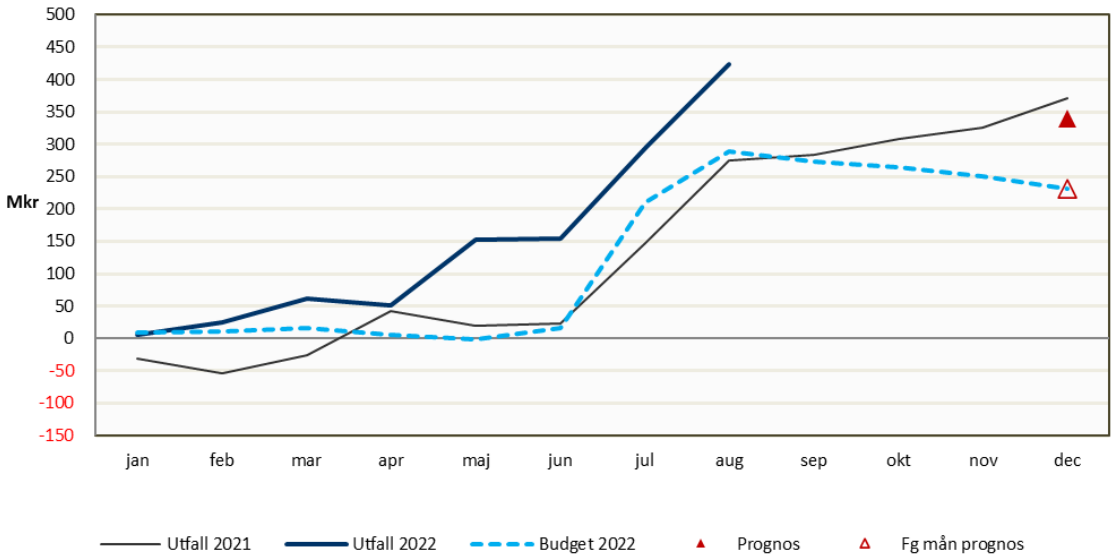
Bilaga 3: Sammanställning mål, risker, kontroller och åtgärder, Delår

Bilaga 4: Fördjupad sammanställning av mål, risker, kontroller och åtgärder, Delår

Bilaga 5: Bilaga G1 Uttalande från förvaltningsledning delårsrapport 2022

1 Förvaltningschefens kommentar

1.1 Väsentliga händelser



Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) redovisar för delåret 2022 ett positivt resultat på 423,2 mkr, 134 mkr bättre än budget och 149 mkr bättre än samma period föregående år. Geriatrik och somatisk specialistvård redovisar resultat som avviker negativt från budget, resterande vårdgrenar uppvisar positiva avvikelser.

Verksamhetens intäkter utfaller 449 mkr (5,1 %) högre än budget och 511 mkr (5,9 %) högre än samma period föregående år. Ökningen förklaras i huvudsak av obudgeterade ersättningar avseende kostnadstäckning för covid-19 samt utbetald bonus till medarbetare. Ökade försäljningsintäkter i hjälpmedelsverksamheten har också bidragit till den positiva avvikelsen.

Verksamhetens kostnader utfaller 315,8 mkr (3,8 %) högre än budget och 365,2 mkr (4,4 %) högre än samma period föregående år. De ökade kostnaderna kopplas även de i huvudsak till obudgeterade covid-relaterade poster och högre materialinköp i takt med ökade försäljningsvolymer i hjälpmedelsverksamheten.

Årsprognos

Mot bakgrund av att Region Stockholm har ersatt SLSO med totalt 108,2 mkr för dels täckning av merkostnader kopplade till covid-19 (januari-april), dels ”extra ersättning för att genomföra personalfrämjande åtgärder”, justeras SLSO:s helårsprognos upp till 340 mkr.

I övrigt har följande förutsättningar använts vid upprättande av årsprognosen:

- intäktsbortfall kopplat till covid-19 ökar i en väsentligt lägre takt än tidigare
- merkostnader kopplat till covid-19 förväntas täckas upp till 100 %

- ökade kostnader för vaccinering täcks av den ersättning som betalas av HSN för varje vaccinering
- för lönerörelsen 2022 har retroaktiv lön uppbokats med 2,3 % för ej klara yrkesgrupper
- primärvårdens ersättning för uppskjuten vård förutsätts under året generera kostnader i motsvarande grad

1.2 Bedömning av risker och möjligheter

I planen för intern kontroll 2022 identifierade SLSO ett antal risker kopplade till måluppfyllelse och en ekonomi i balans. I delårsrapporten kvarstår identifierade risker samt den riskvärdering som gjordes vid framtagandet av plan för intern kontroll 2022.

SLSO:s verksamhet påverkades under början av året av pandemin orsakad av covid-19 med en hög belastning på verksamheten inom SLSO. SLSO har därför arbetat under våren med att systematisk tillvarata erfarenheter under pandemin för att förbättra kris- och katastrofhanteringen samt förtydliga aktiveringsplaner och säkerställa långsiktig uthållighet. Ett arbete pågår med att revidera krisberedskapsplanen.

SLSO ser möjligheter under 2022 att tillvarata erfarenheterna från pandemin för att utveckla verksamheten och intensifiera arbete med digitala vårdkontakter för att på detta sätt öka tillgängligheten till vården, säkerställa patientsäkerheten samt utnyttja samordningsfördelar inom SLSO och Region Stockholm.

I planen för intern kontroll 2022 finns riskerna med högst riskvärde inom ekonomi och styrning. Riskerna finns inom hantering av icke bärkraftiga verksamheter, ökade målkonflikter relaterade till olika styrningslogiker, övervältring av administration på vårdpersonal, en kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar samt bristande kostnadsmedvetande i organisationen. SLSO identifierade dessutom ett ökat antal risker inom patientsäkerhet. I planen såg SLSO ett behov av fortsatt fokus under 2022 på uppföljning av ekonomi och verksamhet samt ett behov av utveckling av ekonomisk-personal- och verksamhetsanalyser. Detta har varit och kommer fortsatt vara en viktig del av förvaltningens arbete under 2022.

SLSO ser möjligheter att under 2022 utveckla stödet till verksamhetens chefer genom exempelvis MLA-utbildningar och chefsutbildningar för att säkerställa en god patientsäkerhet och en god ekonomisk hushållning inom resultatenheterna. SLSO ser även en möjlighet att genom ökad digitalisering minska administration.

Kontrollmoment kopplade till identifierade risker samt åtgärder för att minimera riskerna och därmed säkerställa SLSO:s förmåga att uppnå målen för verksamheten bedöms kunna genomföras enligt plan under året. Månadsvisa uppföljningar av verksamheterna och dess ekonomiska utfall har genomförts under våren 2022 och planeras fortsatt genomföras under året. Uppföljning av indikatorerna har följts upp i samband med uppföljning av tertialen och planeras följas upp i samband med delår- och årsuppföljning.

1.3 Ledningens åtgärder

Nämnden prognostiseras att uppnå sitt ekonomiska resultatkrav. För att säkerställa en långsiktig hållbar ekonomi vidtas åtgärder vid de resultatenheter som visar negativa utfall i förhållande till budget, se vidare nedan.

2 Styrning och ledning

2.1 Mål

2.1.1 Mål och indikatorer

Långsiktig ekonomisk uthållighet

Ett resultat i balans
Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) redovisar för delåret 2022 ett positivt resultat på 423,2 mkr, 134 mkr bättre än budget och 149 mkr bättre än samma period föregående år.

Mot bakgrund av att Region Stockholm har ersatt SLSO med totalt 108,2 mkr för dels täckning av merkostnader kopplade till covid-19 (januari-april), dels ”extra ersättning för att genomföra personalfrämjande åtgärder”, justeras SLSO:s helårsprognos upp till 340 mkr.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-upp-fyllelse	Mål-värde	RF Mål-värde
Produktivitet produktion/kostnad *(Nämnd)*	-0,3%	-1%		1%	
Kommentar					
Produktionen har ökat jämfört med förra året i stora delar av SLSO men pandemiläget i början av året medförde produktionsbortfall, främst inom psykiatrin och habiliteringen. Kostnaderna har minskat något men inte i motsvarande utsträckning. Uttag av "Covidledighet" har bidragit till en minskad bemanning utan medföljande kostnadsminskning.					
RE med positiv produktivitetsutveckling *(Nämnd)*	62%	36%		70%	
Kommentar					
Antal resultatenheter med positiv produktivitetsförändring når inte målet men har ökat väsentligt från förra året. Störst är förändringen inom primärvården.					

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-upp-fyllelse	Mål-värde	RF Mål-värde
Produktivitet produktion/arbetad timma *(Nämnd)*	1,8%	0,2%		>1%	

Hållbar investeringsutveckling
Periodens ackumulerade investeringsutfall uppgår till 96 mkr vilket motsvarar en upparbetningsgrad mot budget på 38 %, se vidare under avsnitt 5.3.

En hållbar regional utveckling

En hälso- och sjukvård av god kvalitet

SLSO uppnår målnivån för 3 av 7 indikatorer som rapporteras i delårsrapporten. Tillgängligheten är fortsatt hög inom primärvård och inom psykiatrin uppnås målet om första besök inom 90 dagar. Indikatorn andelen väntande till behandling inom 90 dagar uppnås inte viket sannolikt kan hänföras till höga andel sjukskriven personal under årets första månader. Andelen väntande till första besök inom 30 dagar uppnås inte och är i hög utsträckning en kvarvarande effekt av pandemin.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-upp-fyllelse	Mål-värde	RF Mål-värde
Vård i rätt tid: Andel patienter som får medicinsk bedömning inom tre dagar på husläkarmottagning *(Regionfullmäktige)*	95%	96%			>=90%
Vård i rätt tid: Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	59%				>=70%
Kommentar					
Andelen väntande till första besöket inom 30 dagar uppgick till 59 % vilket innebär att målnivån inte uppnås. Andelen väntande som uppnår målnivån varierar mellan resultatenheterna, 3 av 7 uppnår målet om 70 %.					
Vård i rätt tid: Andel väntande till första besök inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	93%	97%			>=89%
Vård i rätt tid: Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	74%	82%			>=77%
Kommentar					
Resultatet avser verksamhetsgren psykiatri, patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan exkluderad. 74 % av patienterna påbörjade behandling inom 90 dagar. Målnivån uppnås inte. Hög andel sjukskriven personal på grund av covid-19 under årets första månader har sannolikt påverkat utfallet.					
Säker vård: Suicidriskbedömning av nya patienter inom psykiatrisk öppenvård *(Regionfullmäktige)*	79%	74%			74%
Effektiv vård: Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle *(Regionfullmäktige)*	2,4	2,3			<=1,3
Kommentar					
Målnivån uppnås inte. Mäts enbart av psykiatrin och av de 9 psykiatriska verksamheterna når 5 inte målnivån.					
Kontinuitet i vården - andel patienter som träffar samma läkare/behandlare *(Nämnd)*	75%	77%		Öka från år 2 021	
Kommentar					
Målvärdet för behandlarkontinuitet (andel patienter som träffar samma läkare/behandlare) är att andelen skulle öka jämfört med motsvarande period föregående år, vilket den inte gjort. För vårdgren primärvård har värdet sjunkit med en procentenhet, medan värdet för vårdgren psykiatri har sjunkit från 82 % till 76 %. De höga sjukskrivningstalen i verksamheterna under senare delen av 2021 och början av 2022 kan ha bidragit till att målnivån inte uppnås då indikatorn beräknas på de senaste tolv månaderna.					

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-upp-fyllelse	Mål-värde	RF Mål-värde
Säker vård: Förekomsten av vårdrelaterade infektioner *(Regionfullmäktige)*		2,2%	▬		<=7,3%
Kommentar Region Stockholm genomförde inte punktprevalensmätningar för vårdrelaterade infektioner (VRI) våren 2022, dels p.g.a. belastningen av covid-19 och dels p.g.a. tekniska problem med behörigheter till SKR:s databas. Alternativet, att redovisa siffror från Infektionsverktyget, var inte möjligt för SLSO då verksamheten arbetade med att breddinföra verktyget.					
Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade) *(Nämnd)*	42,3	45	●	<=120	

Status	Uppdrag	Diarienr	Kommentar
▶ Pågående enligt plan Nämnd	Uppdrag till närsjukvårdsområden - Alltid öppet		100 % av RE inom Psykiatrin använder sig av videomöten. I snitt utgörs 6% (mål 1%) av alla vårdkontakter av videomöten. Alla har aktiverat chattfunktionen utom NSP och SCÄ. NSP planerar att komma igång med pilot i oktober 2022. Primärvården har uppnått sina mål med Alltid Öppet (videomöte och chattfunktion) Samtliga RE inom Somatisk specialistvård arbetar aktivt med Alltid öppet (Videomöten samt chattfunktionen där det är aktuellt). Geriatrik/ASiH: Inom ASiH ses en ökad användning av videomöten, chattfunktionen kommer att användas där det är relevant. Geriatriken arbetar med Alltid öppet i öppenvården samt kommer att använda videomöten i det nya uppdraget "förstärkt utskrivning".

Region Stockholm bidrar till att förbättra folkhälsan för alla
Beslut har tagits om vid vilka beslut sociala konsekvensanalyser ska göras. Arbete pågår med analys och framtagande av stödjande och styrande dokument som krävs. SLSO deltar i regionledningens arbete med att ta fram en förändrad indikator för konsekvensanalyser inom folkhälsa och/eller social hållbarhet inför 2023 och förbereder för implementering av dessa.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-upp-fyllelse	Mål-värde	RF Mål-värde
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete *(Regionfullmäktige)*	91%	88%			>=83%

Region Stockholm är tillgänglig för alla och bemötandet likvärdigt
SLSO har omfattande verksamhet specifikt inriktad på de målgrupper som identifieras i hållbarhetsstrategin och hållbarhetspolicyn, ett exempel från året är den kartläggning av förekomsten av och vård för barn och unga med autismspektrumtillstånd och/eller ADHD. Uppdraget var en del i ett större genomlysning av vårdkedjan för barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser som genomfördes i samarbete med KIND, Karolinska Institutet. Målet med samarbetet var att identifiera utmaningar i att uppnå en välfungerande vård ur ett patient-, anhörig- och vårdgivarperspektiv samt belysa områden med förbättringspotential.

Till år 2030 har Region Stockholms totala klimatpåverkan halverats jämfört med 2019

- *Klimatpåverkan från tjänsteresor, ton koldioxidekvivalenter*

SLSO följer årligen upp klimatpåverkan från tjänsteresor. De senaste åren av pandemi samt den snabba tekniska utveckling för digitala möten har skapat en digital mognad inom SLSO, vilket lett till att utsläppen kraftigt minskat. SLSO utgår från Region Stockholms Riktlinje för möten och resor (RS 2020-0784).

- *Andel förnybara drivmedel i Region Stockholms transporter.*

SLSO:s fokus för personbilsflottan är att byta ut äldre fordon till nya som i första hand är elektrifierade och i andra hand drivs på fordonsgas. Detta har medfört att den förnybara andelen succesivt ökat.

- *Andel nollutsläppsfordon av de ägda och leasade fordonen inom nämnden/bolaget*

Andelen elektrifierade fordon ökar succesivt. Under året har nio nya fordon köpts in och 40 stycken är beställda. Den rådande globala situationen medför dock att det är långa leveranstider.

Region Stockholms måltider främjar hälsa och är hållbara

- *Andel ekologiska livsmedel i patientmåltider*

SLSO har kravställt en hög ekologisk andel från de leverantörer som är upphandlade. Dock har den rådande globala situationen medfört att vissa ekologiska produkter varit svårare att tillhandahålla än normalt.

2035: Flöden i Region Stockholms verksamheter är cirkulära

- *Andelen kläder som är uteliggande i verksamheterna i mer än 30 dagar*

SLSO har arbetat mycket aktivt med att öka rotationen av uteliggande plagg och håller sig idag på en låg nivå i paritet med målbilden.

2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta
Nämnden för SLSO fattade i november 2020, utifrån ett uppdrag från hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF), att upprätta en operativ samordningsfunktion med uppdrag att stödja vårdgivare och samverka med kommuner under pandemin som initialt löpte till 31 januari 2021 och som därefter har förlängts till och med mars 2022. Detta uppdrag är nu förlängt fram till 31/12 2022 i och med kriget i Ukraina. För att rusta vårdverksamheter inom närsjukvården inom Region Stockholm att hantera ökade eller förändrade vårdbehov samt att förhindra smittspridning i vårdmiljöer finns nu återigen ett behov av att samordna och stödja vårdgivarna i detta arbete. Uppdraget innehåller fem delar:

1. upprätta en operativ samordningsfunktion
2. samordna och stödja vårdgivare inom närsjukvården
3. förse HSF med underlag till nödvändiga beslut
4. samverka kontinuerligt med Smittskydd Stockholm och Vårdhygien
5. samordna kontakter mellan Region Stockholm och kommunernas vård och omsorgsverksamheter

SLSO:s ledning och nämnden har under våren utbildats i civilt försvar.

Arbete pågår med ny risk- och sårbarhetsanalys för 2022, uppdaterad kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan samt framtagning av krigsorganisation och dess bemanning enligt instruktion från regionledningskontoret. Samtliga dessa planeras tas upp i nämnden i december för beslut.

Kärnverksamhet ska prioriteras
SLSO har budgeterat verksamhetsgren 9910 Administration i linje med regionfullmäktiges beslut om att resurser till kärnverksamheten ska prioriteras, med indikatorn de administrativa kostnaderna ska minska.

Periodens kostnadsutfall är 123 176 tkr, ett utfall i linje med budget för perioden på 123 211 tkr.

Arbetet med att centrala funktioner ska ha sin tyngdpunkt i det som knyts till styrning/controlling inkl. det som är myndighetskrav, administrativa expertfunktioner, chefsstöd, digitalisering och verksamhetsutveckling knutet till effektivisering av vård fortsätter. För 2022 har administrationens lokalkostnader minskat i och med samlokalisering med Framtidens utbyggnad av tunnelbanan/SL nya tunnelbanan.

Genom att i enlighet med fullmäktiges beslut, överföra bland annat redovisnings-, löne- och IT-funktioner förväntar sig nämnden en betydande besparing i administrativa kostnader de närmaste åren genom fastighets- och servicenämndens arbete med att effektivisera processerna.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-upp-fyllelse	Mål-värde	RF Mål-värde
Administrativa kostnader ska minska *(Regionfullmäktige)*	123mkr				Enligt budget 2 022

Hög innovations- och digitaliseringsgrad
Digitaliserade vårdprocesskartor för ökad följsamhet till vårdprogram har varit ett fokusområde under början av året och visualisering av patienter i vårdprocessflödet genom *Medarbetarens digitala stöd* är färdigutvecklat och driftsättning pågår. Tester planeras starta inom kort och pilot på fyra öppenvårdsenheter i vuxenpsykiatrin kommer att köras under hösten.

Under perioden jan – aug har Alltid öppet olika moduler används enligt följande:

- e-Kallelser från vården 80 000 kallelser har invånarna tagit emot i appen och i KIVRA
- det har genomförts 230 000 videomöten i vården
- invånarna har själva initierat Chatt med vården 143 000 startade Chattar
- antalet enheter som är aktiva i Alltid öppet är 600 stycken
- supporten har hanterat 35 000 ärenden
- dessa siffror avser alla som är aktiva i Alltid öppet i den egenägda vården (SLSO och Sjukhusen, TioHundra, Region Gotland och Södertälje Sjukhus.

En innovationsutbildning för 16 stycken medarbetare inom SLSO har startat för hösten i syfte att utveckla arbetssätt inom innovation och för att öka SLSO:s mognadsgrad inom innovation. Det pågår även en riktad satsning för chefer inom ramen för ESF Digital Kompetens för att bidra och underlätta ledarskap och innovationskultur, med dialogfrågor kring hur man som chef leder innovation och idéer som kommer på ens avdelning och vilket stöd som finns att få från Idé och innovationsslussen.

Under året har digitaliseringsträffarna med syfte att öka den digitala mognaden fortsatt. Hittills har cirka 8 000 medarbetare medverkat i seminarier med innehåll som fokuserat på Alltid öppets olika funktioner, Lifecare, Använda Teams, Handbok för Skyddade personuppgifter samt journalföring i öppenvård. Satsningen genomförs i

”train the trainer”-modell där det nu finns cirka 285 utsedda lokala seminarieledare i SLSO. Digitaliseringsträffar för chefer har också fortsatt under året och cirka 225 chefer har hittills deltagit i dessa. Satsningen sker med stöd från ESF och fortsätter under hösten.

En av Europas ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa
Förvaltningen har fortsatt arbetat med att skapa bra och förenklade beredningss- och beslutsprocesser för forskningsfrågor och ansökningar om datauttag, samt förtydligande av delegationsordningen vid kliniska läkemedelsprövningar. Arbetet med lagringsyta för forskningsdata och kvalitetsregister fortsätter och bygger på erfarenheter från Centrum för psykiatriforskning där en lagringsyta satts upp. En databas över kliniska forskningsstudier inom SLSO har tagits fram under året och uppdateras regelbundet. I samverkan med Läkemedelsindustriföreningen Lif har ett flertal möten genomförts i syfte är att skapa dialog kring samverkans-, innovations- och utvecklingsfrågor samt förstå varandras utmaningar. Dessa möten har lett till projektsamarbeten mellan läkemedelsbolagen och verksamheter inom SLSO.

En utredning av primärvårdens FoUU-organisation har genomförts med syfte att stärka kliniknära forskning och utveckling. Vidare har en strategisk satsning på primärvårdens FoUU-miljöer gjorts för att stärka forskningen kring de förändrade patientströmmar som skett under de senaste åren, med fokus på samverkan med forskningsmiljöer i andra delar av Region Stockholms hälso- och sjukvård. Medel har beviljats till två kliniska postdoktorer, tre högre kliniska forskare samt till två forskningsprojekt med tydlig koppling till primärvården.

Under våren har ett regiongemensamt docentprogram genomförts. Syftet är att ge stöd till medarbetare efter disputation med mål att få fram fler kliniska docenter. Behovet av medarbetare med förenad anställning har inventerats och arbetet med en långsiktig kompetensförsörjningsplan fortsätter.

SLSO utbildar för såväl vårdens som samhällets behov. För att ytterligare stärka möjligheten för SLSO:s verksamheter att kontinuerligt erbjuda klinisk utbildning har en central samordnare för VIL/VFU inom alla SLSO:s verksamheter rekryterats. En handlingsplan har tagits fram för att förbereda SLSO inför kommande förändringar i läkarutbildningen.

Hållbar arbetsgivare

Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare
Region Stockholm har meddelat att SLSO har möjlighet att ansöka om totalt 23 mkr för arbetsmiljöprojekt under året. Från verksamheterna har intresset varit stort och cirka 230 ansökningar har skickats in. Vid beredning har tonvikt lagts på aktiviteter som ska underlätta återhämtning och på olika utbildningsaktiviteter. Tilldelade medel upphör den 31 december 2022, vilket begränsar möjligheterna att initiera långsiktiga projekt.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-upp-fyllelse	Mål-värde	RF Mål-värde
Kvarstannandegrad *(Nämnd)*	87%	87%		>=85%	

Systematisk kompetensförsörjning
I takt med att pandemin klingat av så har bemanningssituationen förbättrats. SLSO har dock ett bemanningsläge med en hel del utmaningar. Detta avspeglas i ökningen av inhyrd personal i många verksamheter, främst slutenvården. Fortfarande är det sjuksköterskor – särskilt specialistsjuksköterskor – som är svårast att rekrytera och att behålla i verksamheterna.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-upp-fyllelse	Mål-värde	RF Mål-värde
Andel inhyrd personal (av all personal) *(Nämnd)*	3,7%	3,3%		<=2%	
Kommentar Andelen inhyrd vårdpersonal uppgick till 3,7 % vilket innebär att målnivån inte uppnås. Störst andel inhyrning har vårdgren primärvård (3,6 %) och somatisk specialistvård (11,6 %).					
Andel verksamheter som har mer än 2 % inhyrd personal *(Nämnd)*	45%	34		30	
Kommentar Andelen vårdverksamheter med en inhyrning över 2 % uppgår till 45 % vilket är en försämring jämfört med samma period föregående år. Verksamhetsområde Psykiatri har flest enheter med mer än 2 % inhyrd personal (55 %). Målnivån för indikatorn uppnås inte.					

2.2 Uppdrag

2.3 Intern kontroll

2.3.1 Arbetet med intern kontroll

SLSO:s arbete med intern kontroll sker i enlighet med regionledningskontorets anvisningar och gällande riktlinje för intern kontroll. Ett arbete pågår med att samordna arbete med intern kontroll, verksamhetsplanering och ledningssystem för att skapa en tydligare struktur samt styrning och ledning av verksamheten.

SLSO ser fortsatt ett antal risker inom ekonomi och styrning under 2022. SLSO har dessutom identifierat ett ökat antal risker kopplat till patientsäkerhet. Under våren 2022 har förvaltningen haft och kommer fortsatt under hösten ha fokus på uppföljning av ekonomi och verksamhet samt fokusera på att utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

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

verksamhet. På detta sätt kan den interna styrningen och kontrollen följas upp och måluppfyllelse mätas regelbundet under året. Dessa kontroller bedöms kunna genomföras enligt plan under 2022. Förvaltningen har följt upp indikatorer i styrkorten i samband med tertialen och planera följa upp dem i samband med delårs- och årsuppföljning. Dessutom har verksamhetens resultat och ekonomi följts upp regelbundet under våren vid månadsvisa uppföljningar.

I nämndens instruktion och delegationsordning för sjukvårdsdirektören i SLSO säkerställs en tydlig roll- och ansvarsfördelning till gagn för en effektiv hantering av verksamhetens risker. Utifrån denna ansvarar sjukvårdsdirektören 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. Sjukvårdsdirektören rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner.

2.3.2 Risker, åtgärder och kontroller

Internkontrollplan för 2022 fastställdes av nämnden i samband med verksamhetsplan 2022. Denna internkontrollplan och riskbedömning kvarstår vid delårsuppföljningen 2022.

I planen för intern kontroll 2022 identifierade SLSO ett antal risker för verksamheten. De risker med högst riskvärde finns inom ekonomi och styrning. Riskerna finns inom hantering av icke bärkraftiga verksamheter, ökade målkonflikter relaterade till olika styrningslogiker, övervältring av administration på vårdpersonal, en kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar samt bristande kostnadsmedvetande i organisationen.

För att minimera dessa risker och öka möjligheten till måluppfyllelse har SLSO under våren och kommer fortsatt under året att arbeta aktivt med att stärka ekonomiska-, personal- och verksamhetsanalyser för att säkerställa god ekonomisk hushållning och en ekonomi i balans. SLSO arbetar med att upprätta business case vid verksamhetsförändringar, genomföra översyn av vårdutbud och konkurrenssituation samt använder R12 för att vidta proaktiva åtgärder.

För att säkerställa en god och säker vård har SLSO påbörjat ett arbete med att integrera händelsevis och 1177. Detta arbete kommer att fortgå under hela 2022. En rutin för analys av avvikelser, hanteringsordning och rapporteringsstruktur är framtagen. Ett arbete pågår dessutom med att hantera och handlägga patientärenden i Platina där syftet är att öka den digitala hantering för att därmed skapa en tydligare hanteringsordning och styrning samt minska administrationen.

SLSO planerar att påbörja arbetet med att utveckla handlingsplaner under hösten inom bland annat kompetensförsörjning och arbetar aktivt med att säkerställa att riktlinjer, övergripande anvisningar och rutiner hanteras på rätt organisatorisk nivå. SLSO har under våren arbetat med att utveckla stödet till verksamhetens chefer för att säkerställa en god patientsäkerhet och ekonomisk utveckling inom resultatenheterna, genom exempelvis en satsning på ledarskapsmodellen utvecklande ledarskap och MLA-

utbildning.

SLSO medverkar aktivt i arbetet med förbereda upphandling av nytt huvudjournalsystem, samt anpassning av nuvarande system till nationella läkemedelslistan. Vad gäller upphandling och införande av nya system så leder SLSO arbetet med två sådana - digitalt stöd för förlossningsvård och digitalt stöd för tvångsvård. SLSO har dessutom infört en strategisk styrning för Alltid öppet – distansvård.

För att kunna upprätthålla SLSO:s verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinära händelser så har förvaltningen förtydligat aktiveringsplaner samt arbetar för att säkerställa långsiktig uthållighet både på förvaltningsövergripande nivå samt RE-nivå. Ett arbete pågår med att revidera krisberedskapsplanen för att samordna den med Region Stockholms övergripande riktlinje. SLSO har dessutom under våren förstärkt organisationen med beredskapssamordnare och civilförsvarssamordnare.

2.3.3 Försäkran

Nämnden har försäkrat sig om att man genom förvaltningschefen vidtagit nödvändiga åtgärder för att uppnå en tillräcklig internkontroll inom verksamheten, i enlighet med riktlinjen för intern kontroll RS 2019–0866.

3 Verksamhet

3.1 Verksamhetsförändringar

SLSO har under året genomfört om ett antal mindre verksamhetsförändringar, bland annat:

- nyetablering av barnmorskemottagning (BMM) i kommundelen Rissne i Sundbybergs kommun.
- samordningskansli för vårddigitalisering Region Stockholm har flyttats från SLSO till regionledningskontoret.
- öppenvårdsmottagningen för barn- och ungdomspsykiatri (BUP) vid Ektorps centrum, Nacka, flyttas till en ny lokal vid Sickla centrum.
- upprätta en central mottagning för hälsoundersökningar av flyktingar från Ukraina (SLSO). Vårdtjänsten kommer att utgöra komplement till Region Stockholms husläkarmottagningar.
- den psykiatriska heldygnsvården som Psykiatri Södra Stockholm, bedriver vid Ankaret Haninge, samlokaliseras med heldygnsvården vid Nacka sjukhus.
- Stureplans BVC och logopedimottagning flyttas från nuvarande lokaler vid Stureplan till lokaler inom Gärdets Vårdcentral.
- gynekologiska mottagningen i Vallentuna avslutade sitt uppdrag den 1 mars 2022.

SLSO har också av HSN fått uppdrag att upprätta en tillfällig storskalig vaccinationsmottagning där breddvaccinering mot covid-19 genomförs under hösten 2022.

3.2 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år	Budget avvik.
Geriatrisk vård							
Öppenvård	2 451	2 217	234	27,6 %	3 660	3 545	115
Slutenvård, vtf	4 174	4 778	-604	8,7 %	6 750	7 368	-618
Läkarbesök i SÄBO	1 416	1 600	-184	5,2 %	1 500	2 400	-900
ASiH							
Vårddygn ASiH	155 665	154 058	1 607	2 %	233 000	232 870	130
Vårddygn palliativ vård	5 431	6 199	-768	-6,5 %	8 950	9 307	-357
Psykiatrisk vård							
Öppenvård	829 542	888 350	-58 808	-5,2 %	1 316 201	1 359 673	-43 472
Slutenvård, vtf	20 086	19 755	331	2,7 %	30 360	30 120	240
Primärvård							
Öppenvård	2 243 456	2 381 105	-137 649	5 %	3 497 700	3 712 373	-214 673

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år	Budget avvik.
Habilitering							
Antal besök	118 260	121 436	-3 176	-2 %	189 000	195 550	-6 550
Somatisk specialistvård							
Öppenvård	204 581	213 483	-8 902	7,1 %	319 400	325 860	-6 460
Övrig specialistvård*							
Öppenvård	5 824	11 109	-5 285	-67,3 %	8 950	16 783	-7 833
Antal disponibla vårdplatser psykiatri	**967**	**996**	**-29**	**-2,4 %**	**998**	**996**	**2**
Antal disponibla vårdplatser geriatrik	**139**	**152**	**-13**	**-4,8 %**	**150**	**169**	**-19**

* Gyn, arbetsmiljömedicin, tom 2021 även BUMM.

Utfall i jämförelse med budget

Geriatrisk vård

Produktionen i sluten geriatrisk vård avviker negativt med 13 % från budget. Produktionen har till stora delar fortsatt att vara påverkad av covid-19, främst under januari-mars samt juni-augusti. Den negativa effekten av covid-19 kan beskrivas som att covid-patienter tar personalresurser i anspråk vilket försvårar för verksamheterna att upprätthålla planerat antal vårdplatser. Färre öppna vårdplatser hämmar i sin tur produktionen i basuppdraget. Vidare har covid-19 lett till ökad sjukfrånvaro hos personalen, främst under januari-februari, vilket har bidragit till det lägre produktionsutfallet.

Under april-maj, då covid-effekten avtog, störtes produktionen i stället av utbrott av Calici-virus (vinterkräksjuka).

Produktionen i öppenvården har inte påverkats negativt av covid-19. Minnesmottagningarna har varit återöppnade med normal verksamhet sedan slutet av 2021.

Negativ budgetavvikelse (12 %) avseende läkarbesök i SÄBO förklaras av färre inskrivna än budgeterat. Ett boende övergick till annan vårdgivare fr.o.m. mitten av april 2022.

Avancerad Sjukvård i Hemmet (ASiH)

Antalet vårddygn i ASiH utfaller något högre än budget. Dock har 12 % färre vårddygn i palliativ slutenvård producerats, vilket främst förklaras av ett lägre remissinflöde än förväntat. Under juli stängdes en avdelning under 3 veckor p.g.a. personalbrist.

Psykiatrisk vård

Det ackumulerade utfallet januari till augusti månader av antal besök är 6,6 % lägre än budgeterat antal. Största orsaken till detta är att det har varit mycket hög sjukfrånvaro

under årets första två månader. Covid-19 fortsätter således att påverka produktionen även 2022. I mars månad sågs en förbättring, men det har släpat efter under våren och sommaren och fortsatta orsaker är också vakanser och en omställning tillbaka till fysiska besök från delar av de digitala under pandemin. Augusti enskild månad ses dock en förbättring och öppenvårdsproduktionen är närmare budget än tidigare.

I allmänpsykiatrin är utfallet av antal besök 8,5 % lägre än budgeterat. Beroendevården har ett utfall 2 % lägre än det budgeterade. BUP har ett utfall av besök som är 7,8 % lägre än budgeterat.

Antal avslutade vårdtillfällen har ett utfall som ligger 2 % högre än antalet budgeterade, vid summering av alla verksamheter. Det pågår stambyte på S:t Görans sjukhus, utan det hade antalet vårdtillfällen varit högre. Det finns skillnader mellan de olika verksamheterna. Allmänpsykiatrins utfall ligger på budgeterad nivå. BUP har 12 % färre vårdtillfällen jämfört budget, dock ses långa vårdtider. Beroendevården ligger 5 % högre än budget.

Primärvård

Besöken inom primärvården har blivit 6 % färre än budget. Även om patienterna har börjat att komma tillbaka efter covid-19 pandemin är besöken under budget. Detta beror på mycket sjukfrånvaro kopplad till covid-19 pandemin i början av året och att det har gått tid till att hantera covid-19 vaccinationer. På sjuksköterskemottagningarna har personalen behövt ägna mer tid åt telefonrådgivning, och på vissa mottagningar har man varit tvungen att prioritera besök inom hemsjukvården. Även vakanser och personalomsättning har påverkat möjligheten att nå besöksmålen. Jämfört med förra året har besöken ökat inom fram för allt primärvårdsrehabilitering och inom hemsjukvården. Hemsjukvårdbesöken ökar p.g.a. att kommuner inte längre utför medicin delning till de inskrivna patienterna. För de nystartade uppdragen inom fotvård och psykosociala insatser för barn och unga har besöken ännu inte kommit upp till budgeterad nivå. Inom mödrahälsovården har det i år varit färre inskrivna och därmed färre besök.

Habilitering

Produktionen i inom habilitering avviker negativt med 3 % från budget. Verksamheten var fortsatt påverkad av covid-19 under stora delar av första halvåret. Framför allt utföll produktionen under januari-mars lågt till följd av hög sjukfrånvaro hos både personal och patienter. Andel uteblivna besök har hittills i år varit 14 %, att jämföra med ett normalår med andel på ca 10,5 %.

Vidare har verksamhetens besöksmix, fysiska kontra distansbesök, förändrats väsentligt jämfört med planerat som en direkt följd av covid-19. Andelen fysiska besök har minskat och andelen distansbesök har ökat.

Somatisk specialistvård

Produktionen inom somatisk specialistvård utfaller totalt sett 4 % lägre än budget främst förklarat av att besöken inom SLSO Närakuter utfaller drygt 5 % (8 700) lägre

än förväntat. Närakuternas produktion har påverkats negativt av covid-19, främst under januari-mars.

Produktionen inom Centrum för cancerrehabilitering utfaller 21,5 % (1 750) lägre än budget. Verksamheten har fr.o.m. i år en förändrad ersättningsmodell med ökad vikt på produktionsersättning. Under inledningen av året har verksamheten inte producerat enligt budget främst p.g.a. att den planerade utökningen av bemanning släpat efter.

Produktionen inom Akademiskt specialistcentrum utfaller 3,5 % (1 500) högre än budget. Verksamheten har haft ökat inflöde av remisser och har därför fått en ökad beställning redan under 2022.

Övrig specialistvård

Inom övrig specialistvård har det varit stor negativ besöksavvikelse p.g.a. att det har saknats personal på gynekologi-mottagningen i Vallentuna och den Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen i Danderyd. Bägge uppdragen har avslutats i förtid under våren.

Antal disponibla vårdplatser

Geriatrik: Antalet disponibla vårdplatser inom geriatriken har som en direkt följd av covid-19 varit 16 % färre än planerat. Covid-19 avdelningarna är resurskrävande och har lett till fler stängda vårdplatser än planerat för perioden.

Psykiatri: Antalet disponibla vårdplatser i Psykiatrin var den sista onsdagen i augusti 967 stycken av 996 stycken fastställda. Det beror bl.a. på att det är stambyte på två avdelningar på S:t Görans sjukhus.

Prognos i jämförelse med budget

Geriatrisk vård

Prognosen för geriatrisk slutenvård justeras ner till en nivå som understiger budget med 8 %. Den är osäker p.g.a. dels ökad risk (sen slutet av sommaren) för fortsatt negativ påverkan av covid-19 under hösten, dels ökad konkurrens av geriatrisk vård i länet. Den senare kan både påverka remissinflödet negativt och försvåra möjligheten att bemanna med sjuksköterskor.

Produktionen inom SÄBO förväntas landa på en väsentligt lägre nivå än helårsbudgeten (38 %) vilket hänger samman med att ett SÄBO-boende har övergått till annan vårdgivare (fr.o.m. mitten av april).

Avancerad Sjukvård i Hemmet (ASiH)

Produktionsmålet för vårddygn inom ASiH förväntas ha uppnåtts vid årets slut. Dock är prognosen för vårddygn inom sluten palliativ vård lagd på en nivå som understiger budget med 4 %. Den senare är osäker och förutsätter en produktionstakt resten av året som är högre än budget för samma period.

Psykiatrisk vård

Antalet besök ligger totalt på en nivå 6,6 % lägre än budgeterat. Prognosen för antalet besök sätts till 97 % av årets budget. Antalet avslutade vårdtillfällen är något högre jämfört budget, varför prognosen läggs 1 % högre.

Primärvård

Besöken förväntas bli något under budget även för resten av året. Det kommer antagligen att bli färre covid-vaccinationer i höst än vad SLSO räknade med tidigare, men däremot blir det influensavaccinationer på vårdcentralerna i stället. Vakanser och personalomsättning, samt uttag av återhämtningsdagar kommer att medföra färre besök. På mödrahälsovårdsmottagningarna blir det färre besök p.g.a. att antalet inskrivna minskar. Inom hemsjukvården ökar besöken.

Habilitering och hälsa

Produktionen inom habilitering har, som beskrivits, påverkats negativt av covid-19, varför prognosen är lagd på en nivå som understiger budget med 3 %. Den är till viss del osäker p.g.a. dels risken att covid-19 ska påverka produktionen, dels en viss svårighet med att bemanna upp som planerat.

Somatisk specialistvård

Prognosen avseende somatisk specialistvård justeras upp och förväntas landa på en nivå som understiger budget med endast 2 %. Uppjusteringen förklaras av dels ökad beställning av produktion inom ASC, dels att SLSO Närakuter räknar med en succesivt ökad produktion resten av året. En viss osäkerhet finns alltjämt kring covid-19.

Övrig specialistvård

Besöken kommer att bli färre än budget p.g.a. den barn- och ungdomsmedicinska mottagningen i Danderyd har stängt tidigare än planerat och p.g.a. att den gynekologiska mottagningen i Vallentuna som var budgeterad för hela 2022 stängde den 1 mars 2022.

Antal disponibla vårdplatser

Geriatrik: Antalet disponibla vårdplatser i geriatriken har påverkats negativt av covid-19 (se ovan) och risken har efter sommaren ökat för en fortsatt påverkan under hösten. Mot bakgrund av detta justeras prognosen ner till en nivå som understiger årets budget med 11 %.

Psykiatri: Antalet disponibla vårdplatser i Psykiatrin förväntas vid årsskiftet vara 998 stycken att jämföra med budgeterat antal 996 stycken. Beställningen av vårdplatser för Stockholms centrum för ätstörningar har utökats med 2 stycken.

4 Personal

Utvecklingen under våren har gått åt rätt håll. I takt med att pandemin klingat av så har bemanningssituationen förbättrats. SLSO har dock ett bemanningsläge med en hel del utmaningar. Detta avspeglas i ökningen av inhyrd personal i många verksamheter, främst slutenvården. Fortfarande är det sjuksköterskor – särskilt specialistsjuksköterskor – som är svårast att rekrytera och att behålla i verksamheterna. Även när det gäller läkarbemanningen i primärvården finns ett antal RE med bemanningsproblem.

Semesterperioden har fungerat väl. Den gemensamma ambitionen att möjliggöra fyra veckors sammanhängande semester för medarbetarna har i stort sett kunnat genomföras enligt planeringen. Ett fåtal återkallade semesterdagar kan noteras, men det är mycket begränsat. I några fall har chefer gått in och gjort extrapass i det kliniska arbetet för att bidra till en fungerande semesterperiod. Delvis kan den ökade inhyrningen speglas i vår ambition för semesterperioden. Utan inhyrd personal hade inte semesterplaneringen fungerat.

Från den 1 april klassades covid-19 som icke samhällsfarlig. I samband med detta lanserade SLSO en ny övergripande anvisning för distansarbete, i syfte att ta tillvara de positiva erfarenheterna från pandemin. Respektive chef bedömer när distansarbete kan vara tillämpligt och för våra medarbetare handlar det om frivillighet. Distansarbete som sker mer kontinuerligt bygger på att det finns lämpliga arbetsuppgifter, att det finns en väl etablerad tillit mellan chef och medarbetare, och att medarbetaren själv är intresserad av detta. Detta ska fastställas i en enskild överenskommelse.

Ett fortsatt omfattande distansarbete, i de verksamheter som haft möjlighet att utnyttja detta, har bidragit till att upprätthålla viktiga funktioner och verksamheter. Den digitala utbildningen och de digitala mötesformerna har efter två års pandemi blivit ett naturligt inslag och SLSO:s medarbetare och chefer är idag väl förtrogna med detta. SLSO behöver följa upp och analysera vilka effekter det kan få när det gäller arbetsmiljö. Under sommaren initierades ett forskningsprojekt från CAMM om digifysisk arbetsmiljö, och förvaltningen kommer medverka genom att medarbetare ges möjlighet att svara på enkäter och delta i intervjuer.

Årets löneöversyn har genomförts under våren, med undantag av Vårdförbundet. För Kommunal och Läkarförbundet är det relativt låga lönepåslag. De har nationella avtal som prioriterat lönepåslag i början av avtalsperioden. 2022 är det sista avtalsåret och då är det lägre nivåer, vilket har orsakat återkommande diskussioner i lönesamtalen. Vårdförbundets nationella löneavtal blev klart senare än övriga och där kommer löneöversyn ske i början på hösten med målet att nya löner betalas ut i oktober.

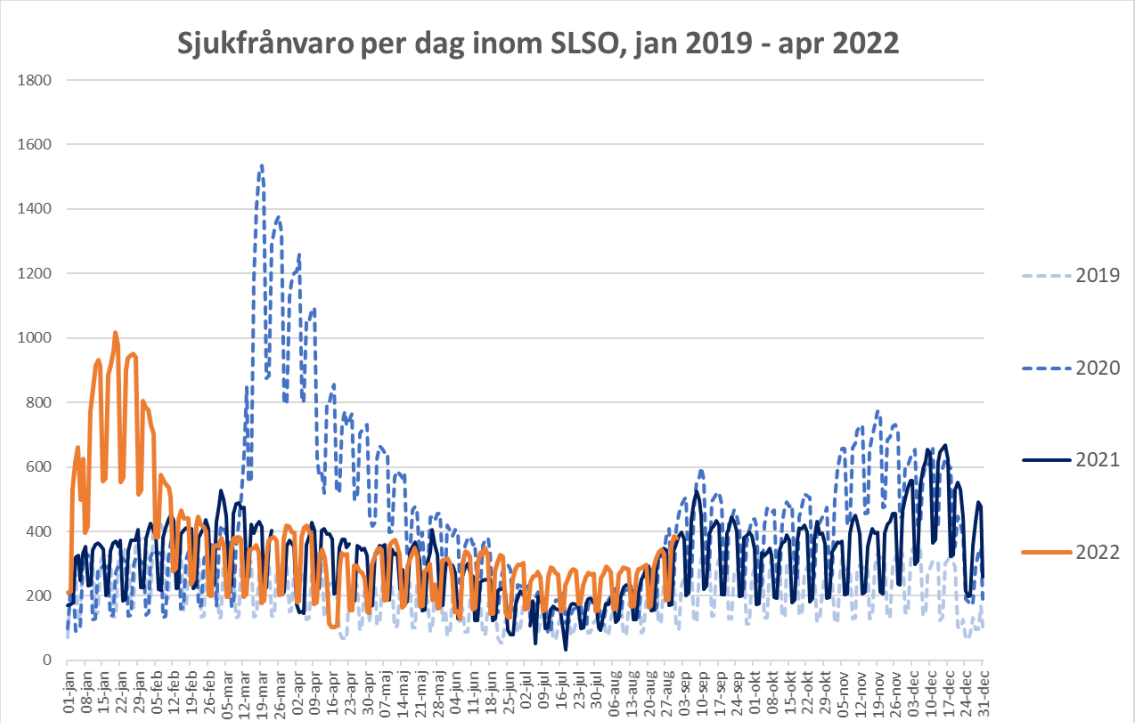
Statistiken över sjukfrånvaro visar på kvardröjande effekter från pandemin. SLSO ligger högre än tidigare när det gäller korta sjukfrånvaroperioder och det finns en oro att även de längre sjuktalen kommer påverkas framöver.

Region Stockholm har meddelat att SLSO har möjlighet att ansöka om totalt 23 mkr för arbetsmiljöprojekt under året. Från verksamheterna har intresset varit stort och cirka

230 ansökningar har skickats in. Vid beredningen har tonvikt lagts på aktiviteter som ska underlätta återhämtning och på olika utbildningsaktiviteter. Men även mindre inköp till friskvård och utvecklingsprojekt förekommer. Tilldelade medel upphör den 31 december 2022, vilket begränsar möjligheterna att initiera långsiktiga projekt.

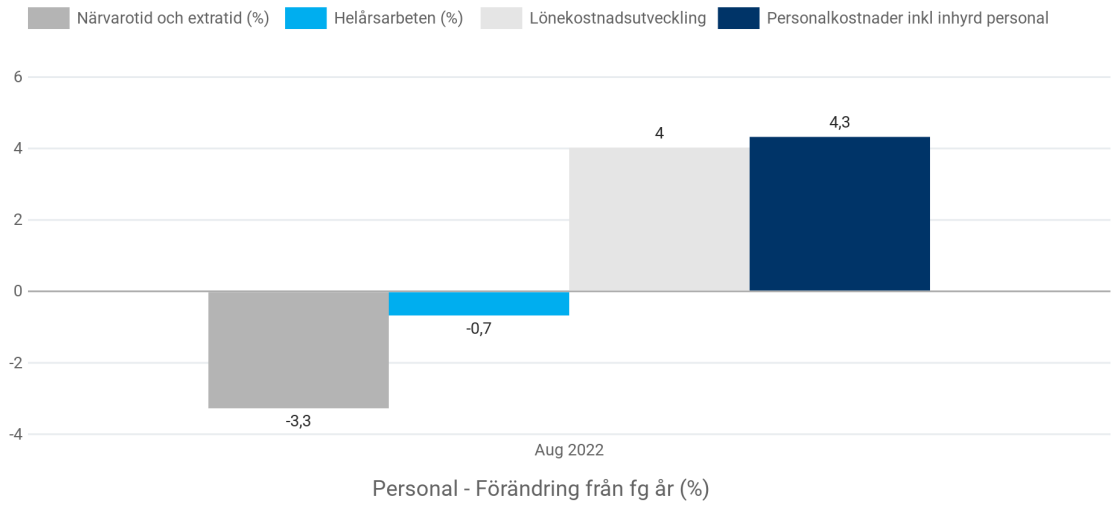
Ett viktigt arbete under 2022 är valideringen av medarbetare som kan ges yrkestiteln undersköterska. Den 1 juli 2023 blir undersköterska en skyddad yrkestitel med tydliga kompetenskrav. För SLSO som arbetsgivare är det angeläget att undersköterskor och skötare kompletterar sin kompetens om det behövs, och lever upp till de krav som ställs. Därav följs valideringen upp med att erbjuda kompletterande utbildning i förekommande fall.

Kvarstannandegraden ligger kvar på en bra nivå. För närvarande ligger kvarstannandegraden på 87 %, vilket är högre än den målnivå på 85 % som är fastställd för 2022.



Antal medarbetare med sjukfrånvaro dag för dag.
Följande medarbetare ingår:
- månadsavlönade, timavlönade ingår inte
- de som varit sjukskrivna högst 30 dagar, för att exkludera långtidssjukskrivna
- omfattning 100%, för att exkludera långtidssjukskrivna

4.1 Helårsarbeten



Personal - Förändring från fg år (%)

Helårsarbeten	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. % utfall fg år	Prognos år	Budget år	Budget avvik.
Personal - Helårsarbeten	11 529	11 710	-181	-0,7%	11 638	11 710	-72

Utfall i jämförelse med budget

Antalet helårsarbetare är 181 färre än budgeterat (-1,5 %). Den budgeterade siffran (11 710) avser dock ackumulerat antal helårsarbetare per helår medan utfallet gäller ackumulerat per sista augusti 2022. Enligt den historiska data som budgeten bygger på ökar det ackumulerade antalet helårsarbetare under året. I år kan man dock inte se denna successiva ökning utan istället har det skett en stadig minskning. Under sommarmånaderna har SLSO tidigare haft en relativt kraftig ökning av det ackumulerade antalet helårsarbetare men i år har denna ökning varit blygsam eller helt uteblivit.

Avvikelse helårsarbeten i jämförelse med samma period föregående år

Antalet ackumulerade helårsarbetare för perioden januari till augusti har minskat med 80 helårsarbetare (-0,7 %) jämfört med samma period föregående år. Denna differens är något högre jämfört med årets första månader där skillnaden mellan åren har legat stabilt på -0,4 %.

Vad gäller de stora yrkesgrupperna så har sjuksköterskor minskat med 87 (-3,1 %) helårsarbetare medan läkare och undersköterskor ökat med 32 (+1,7 %) respektive 21 helårsarbetare (+1,0 %).

Tittar man inom respektive vårdgren återfinns flera resultatenheter där det

ackumulerade antalet helårsarbetare skiljer sig mot förgående år och som kan ge en förklaring till SLSO:s totala resultat (ökning/minskning inom parentes):

- Barn- och ungdomspsykiatrin har fått ett utökat uppdrag (+26,7)
- Norra Stockholms psykiatri har flertalet vakanser bland främst sjuksköterskor och undersköterskor (-40,3)
- Psykiatri Sydväst har förändrad skötarbemanning inom heldygnsvården samt har ett antal vakanser i skötargruppen (-13,6)
- Psykiatri Södra har en minskad bemanning som dock ligger i linje med de budgeterade personalkostnaderna, till skillnad från förgående år (-35,6)
- Inom primärvården ser vi en tydlig minskning av antalet ackumulerade helårsarbetare (-40,5) som beror på många mindre förändringar brett inom hela vårdgrenen. Ett par verksamheter sticker ut med mer tydliga minskningar;
    - Österåkers vårdenhet som lagt ner sin BUMM-verksamhet (-7,4)
    - BMM Stockholm Södra som minskat antalet anställda barnmorskor till följd av färre inskrivna (-10,2)
    - Rehab Nordväst där sammanslagning av två rehab-enheter lett till en minskning av paramedicinsk personal (-4,2)
- Akademiskt specialistcentrum har fått ett utökat uppdrag från HSF (+18,9)
- Sabbatsbergsgeriatriken har flertalet vakanser bland främst sjuksköterskor, undersköterskor och arbetsterapeuter (-15)
- Jakobsbergsgeriatriken har vakanser bland sjuksköterskorna och minskat antal ST-läkare (-7)
- ASIH Norra har också svårigheter att tillsätta sina sjuksköterskevakanser (-9,1)
- Verksamhetsstöd personal, där SLSO:s BT-enhet är placerad, har på Region Stockholms uppdrag kraftigt ökat antalet BT-läkare (+38)
- Inom "Gem SLSO" ses en ökning av antalet AT-läkare vilket beror på ett regionalt beslut att utöka antalet platser i och med ändringarna i läkarutbildningen (+17,5)

Den ackumulerade frånvarotiden har ökat med 234 helårsarbetare (+6,6 %) samtidigt som närvarotiden har minskat med 314 helårsarbetare (-3,9 %), jämfört med januari till augusti 2021. Omfattande smittspridning och därmed sjukskrivning p.g.a. omikron-varianten (covid-19) under januari och delar av februari 2022 är den främsta orsaken till detta.

Sjukfrånvaron ligger sedan mars/april på mer normala nivåer och under förutsättning att SLSO inte återser de höga sjukskrivningstalen så kommer de första månadernas relativt sett höga frånvaro och låga närvaro få allt mindre effekt på det ackumulerade resultatet. Detta är något som kunde ses redan i månadsbokslutet för mars och som har fortsatt under perioden april - augusti. Under januari till februari 2022 var frånvarotiden hela 21,1 % högre och närvarotiden 6,8 % lägre än under motsvarande period förra året. Skillnaderna mellan 2021 och 2022 fortsätter således att minska alltmer ju längre 2022 lider mot sitt slut.

Prognos i jämförelse med budget.

Antalet helårsarbeten per helår 2022 prognostiseras till 11 570. Revideringen från 11 710 beror delvis på ett nytt ingångsvärde för 2022 vilket den periodiserade budgeten utgår från. Vidare har det ackumulerade antalet helårsarbetare inte successivt ökat under året, på samma sätt som skett historiskt. Prognosen är dock osäker med anledning omvärldsläget som både kan leda till ökad sjukfrånvaro och behov av utökad bemanning.

4.2 Sjukfrånvaro

Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år	Förändr.
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**7,56%**	**6,46%**	**1,10**
- varav kvinnor	*7,99%*	*6,80%*	*1,19*
- varav män	*6,18%*	*5,37%*	*0,81*
Fördelat på period			
1 - 14 dagar	*3,57%*	*2,73%*	*0,84*
15 - 90 dagar	*1,13%*	*1,08%*	*0,05*
91 - dagar	*2,86%*	*2,66%*	*0,20*

Den totala procentuella sjukfrånvaron har ökat något jämfört med samma period förra året. Det är angeläget att SLSO:s verksamhetsledningar är uppmärksamma på detta och utnyttjar möjligheterna att starta upp hälsofrämjande aktiviteter och att särskilt följa upp medarbetare som är långtidssjukskrivna. Vid årets slut kommer det finnas anledning att försöka analysera eventuella pandemieffekter som påverkat utvecklingen när det gäller sjukfrånvaro.

5 Ekonomi

5.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år	Budget avvik.
Patientavgifter	165	158	7	15,4 %	252	237	15
Sålda primärtjänster	6 693	6 736	-43	2,6 %	10 158	10 158	0
Försäljning övriga tjänster	1 128	1 020	108	11 %	1 620	1 530	90
Erhållna bidrag	944	636	308	31,2 %	1 311	955	356
Övriga intäkter	316	247	69	-5,8 %	448	370	78
Verksamhetens intäkter	**9 246**	**8 797**	**449**	**5,9 %**	**13 788**	**13 249**	**539**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-6 003	-5 773	-230	4,3 %	-9 287	-8 909	-378
- varav inhyrd personal	*-222*	*-1*	*-221*	*42,8 %*	*-336*	*-2*	*-334*
Köpta primära sjukvårdstjänster	-22	-21	-1	0,3 %	-32	-32	0
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-223	-225	2	6,7 %	-341	-341	0
Läkemedel	-188	-202	14	-4,3 %	-284	-303	19
Materialkostnader	-768	-704	-64	11 %	-1 099	-1 059	-40
Lokal- och fastighetskostnader	-755	-742	-13	4,6 %	-1 112	-1 112	0
Övriga kostnader	-750	-726	-24	0,2 %	-1 122	-1 090	-32
Verksamhetens kostnader	**-8 709**	**-8 394**	**-315**	**4,4 %**	**-13 277**	**-12 846**	**-431**
Avskrivningar	-114	-115	1	-2,4 %	-172	-172	0
Finansnetto	0	0	0	4,2 %	0	0	0
Justering pension mm.	0	0	0		0	0	0
Resultat**	**423,2**	**289**	**134,2**		**340**	**232**	**108**

* mkr

** Avser resultat före bokslutsdispositioner. I detta resultat ingår effekten av den förändrade diskonteringsräntan i pensionsskulden.

*** Omställningskostnader inklusive avskrivningskostnader

Utfall i jämförelse med budget

Resultat

SLSO redovisar ett positivt resultat på 423 mkr, 134 mkr bättre än budget. Merkostnader kopplade till covid-19 är bokförda med 62,6 mkr och består i huvudsak av kostnader för bemanning och material.

Full täckning för (covid-19) merkostnader ackumulerat för april på 43,9 mkr har erhållits av Region Stockholm under maj. Under maj har Region Stockholm även ersatt SLSO med 64,3 mkr avseende ”extra ersättning för att genomföra personalfrämjande åtgärder”. Statlig ersättning på 42,2 mkr har erhållits för täckning av ökade sjuklönekostnader för perioden januari-mars.

Intäktsbortfall med anledning av covid-19 har ackumulerat för augusti beräknats till 77,4 mkr.

Intäkter

Sålda primärtjänster

Sålda primärtjänster utfaller 43,4 mkr (0,6 %) lägre än budget. I utfallet finns obudgeterade ersättningar avseende covid-19 vaccination på 26,4 mkr och uppskjuten vård avseende primärvård på 54,5 mkr (HLM och Rehab).

Den negativa budgetavvikelsen förklaras i stort av bortfall av prestationsersättningar med anledning av covid-19, vilka beräknats till 77,4 mkr och specificeras enligt nedan:

- *primärvården* 34 mkr (varav 1,1 mkr utomlänsintäkter): lägre produktion inom HLM och primärvårdrehabilitering.
- *psykiatri* 12,5 mkr: lägre produktion inom öppenvården.
- *geriatriken* 12,5 mkr: lägre produktion inom slutenvården.
- *habilitering* 10,0 mkr: färre gruppbesök och ökad andel uteblivna besök (14 %).
- *somatisk specialistvård* 7,9 mkr (varav 2 mkr utomlänsintäkter): lägre produktion inom SLSO Närakuter.

Försäljning övriga tjänster

Den positiva budgetavvikelsen på 108,1 mkr (10,6 %) förklaras främst av ökade försäljningsvolymer inom hjälpmedelsverksamheten och obudgeterade ersättningar för patienternas egen provtagning av covid-19 (PEP).

Erhållna bidrag

Den positiva budgetavvikelsen på 307,9 mkr (48,4 %) förklaras delvis av;

- obudgeterade ersättningar på totalt 86 mkr avseende täckning av covid-relaterade kostnader (merkostnader och ökade sjuklönekostnader).
- obudgeterad ersättning på 135 mkr har erhållits från Region Stockholm för att täcka SLSO:s totala kostnad för den av regionfullmäktige beslutade bonusen till medarbetare för goda arbetsinsatser under 2021.

Övriga intäkter

Positiv budgetavvikelse i övriga intäkter förklaras i huvudsak av obudgeterad ersättning på 64,3 mkr från Region Stockholm avseende ”extra ersättning för att genomföra personalfrämjande åtgärder”.

Kostnader

Personalkostnader

SLSO:s bemanningskostnader, inklusive inhyrning, utfaller totalt 230,6 mkr (4 %) högre än budget. Kostnaderna för anställd personal utfaller 11,8 mkr (0,2 %) högre än budget.

- utbetald bonus till berörda medarbetare avseende ”goda arbetsinsatser under 2021” (beslut av regionfullmäktige) utfaller med 135 mkr.
- merkostnader med anledning av covid-19 avseende extra personal, övertid och inhyrning har kodats för motsvarande 50,9 mkr.
- i utfallet finns obudgeterade bemanningskostnader för covid-mottagningar avseende vaccination och smittspårning på totalt 28,8 mkr.
- vakanser och sjukfrånvaro har delvis täckts upp med övertid och timvikarier. Kostnaden för detta (ej covid-relaterat) utfaller totalt 238 mkr över budget.
- kostnader för utbildningar, konferenser samt övriga personalrelaterade kostnader utfaller 23,4 mkr lägre än budget.

Materialkostnader

Kostnader för material utfaller 9,1 % högre än budget och är främst kopplat till ökade inköp inom hjälpmedelsverksamheten i takt med verksamhetens ökade försäljningsvolymer.

Läkemedel

Kostnader för läkemedel utfaller 6,8 % lägre än budget. Det förklaras av dels lägre kostnader för vaccin, dels lägre kostnader för läkemedel avseende läkemedelsförmånen inom ÖV. Det senare i takt med färre prestationer inom öppenvården.

Nedan redovisas resultat per vårdgren:

Geriatrik

Geriatriken redovisar ett resultat på totalt 1,1 mkr, 1,6 mkr sämre än budget. De geriatriska verksamheterna påverkades väsentligt negativt av covid-19 under början av året, både vad gäller produktionsbortfall och ökade kostnader. Dock har såväl bortfallet som merkostnaderna minskat väsentligt de senaste månaderna. Kostnadstäckning för merkostnaderna januari-april har erhållits och full täckning för resterande månader förväntas erhållas i slutet av året (ingen uppbokning har skett).

Ackumulerat för augusti rapporterar geriatriken, med anledning av covid-19, ett produktionsbortfall på 12,5 mkr och ej ersatta merkostnader på 1,5 mkr. Den ekonomiska nettoeffekten med anledning av covid-19 är således ca -14 mkr.

ASiH

ASiH redovisar ett resultat på totalt -6,8 mkr, 9,9 mkr sämre än budget. Den negativa

budgetavvikelsen förklaras främst av att palliativ slutenvård har svårt att nå ekonomi i balans. Kostnadstäckning för merkostnaderna januari-april har erhållits och full täckning för resterande månader förväntas erhållas i slutet av året (ingen uppbokning har skett).

Psykiatrisk vård

Psykiatrin redovisar ett resultat för perioden om +78 mkr vilket är 10 mkr högre än periodiserad budget. Det finns dock överdrag på kostnadssidan för personal, som beror på covid-19 vid årets början och kostnader för inhyrd personal. Delar av detta har kompenserats. Årets produktion i öppenvård har påverkats negativt dels av pandemin under årets första månader (det var hög sjukfrånvaro dessa månader) och dels påverkar många vakanser att antalet besök halkar efter mot budget. Avtalen i psykiatrin består endast till en liten andel rörlig ersättning i öppenvård. Verksamheterna måste dock komma upp till en miniminivå för att erhålla full fast ersättning och det kan finnas en viss risk att man inte gör det. Augusti visar nu ett högre antal besök nära planerad nivå och det visar på en förbättring som även i prognos ser ut att följa med in i hösten. I heldygnsvården är ersättningen fast per vårdplats

Alla enheter följer noggrant kostnadsutvecklingen och arbetar med åtgärder för att hålla kostnader nere och för att öka produktionen i öppenvård, så att helåret 2022 skall landa i balans.

Somatisk specialistvård

Somatisk specialistvård redovisar ett resultat på totalt -8,3 mkr, 9,9 mkr sämre än budget. Den negativa budgetavvikelsen förklaras främst av negativa effekter av covid-19 för SLSO Närakuter, främst i form av bortfall av intäkter. Ackumulerat för augusti rapporterar somatisk specialistvård ett produktionsbortfall på totalt 7,9 mkr.

Kostnadstäckning för merkostnaderna januari-april har erhållits och full täckning för resterande månader förväntas erhållas i slutet av året (ingen uppbokning har skett).

Habilitering

Vårdgrenen redovisar ett resultat på totalt 1,7 mkr, 2,5 mkr bättre än budget. Habiliteringsverksamheten rapporterar ett produktionsbortfall, kopplat till covid-19, på 10 mkr. Verksamheten har haft svårt att bemanna upp som planerat varför personalkostnaderna avviker positivt från budget. Habiliteringsverksamheten redovisar ett resultat på en -1,4 mkr, 0,8 mkr bättre än budget.

Tolkcentralen redovisar ett resultat på 3,1 mkr, 1,7 mkr bättre än budget. Den positiva avvikelsen förklaras till stor del av lägre kostnader för tolktjänster med anledning av covid-19. Verksamheten finansieras via fast ersättning.

Hjälpmedel

Hjälpmedelsverksamheten redovisar ett resultat på 69,7 mkr, 52,2 mkr bättre än budget. I stort förklaras den positiva budgetavvikelsen av nya uppdrag och ökade volymer i de befintliga uppdragen. Personalkostnaderna har också utfallit lägre än

budget p.g.a. vakanta tjänster.

Primärvård

Primärvården redovisar ett överskott på +77 mkr jämfört med periodiserad budget. Det positiva resultatet beror till stor del på de covidrelaterade ersättningar som erhållits avseende uppskjuten vård, covid-vaccinationer och sjuklön ersättning från Försäkringskassan samtidigt som kostnaderna är enligt budget. Inhyrningskostnaderna har ökat, men kostnaderna för egen personal har minskat i motsvarande grad. Merkostnaderna för covid-19 täcks till största delen av bidrag från regionledningen. Husläkaruppdraget fick bättre ersättning enligt förfrågningsunderlaget än det var budgeterat med, vilket innebär att en del neddragningar som gjordes vid budgeteringen egentligen inte hade behövts för att hålla årets budget.

De uppdrag som har underskott i dagsläget är barnmorskemottagningarna och logopeduppdraget. För barnmorskeuppdraget orsakas underskottet av att antalet gravida i regionen har minskat det senaste året. Man vidtar åtgärder för att kommat till rätta med underskottet och drar ner på personal. Logopeduppdraget har länge haft svårt att få ekonomin i uppdraget att gå ihop p.g.a. låga besöksersättningar och ett snävt tilltaget ersättningstak. Från halvårsskiftet höjdes ersättningarna vilket förväntas förbättra ekonomin.

Övriga uppdrag inom primärvården har i år ekonomi i balans.

Prognos i jämförelse med budget

Under maj erhöll SLSO obudgeterad ersättning på totalt 108,2 för dels täckning av merkostnader kopplat till covid-19 för perioden januari-april (43,9 mkr), dels ”extra ersättning för att genomföra personalfrämjande åtgärder” (64,3 mkr). Dessa var inte kända vid inrapportering i tertialbokslutet, vilket i stort förklarar varför SLSO nu i delåret justerar upp sin årsprognos till 340 mkr, 108 mkr högre än det av fullmäktige fastställda resultatkravet på 232 mkr.

Till viss del kvarstår osäkerhet kring hur covid-19 kommer att utvecklas resterande del av året och därmed påverka SLSO:s kostnader och produktion. Prognosen bygger på att de negativa effekterna av covid-19 fortsätter att successivt minska under andra halvåret samt att produktionen i stort når budgeterade nivåer för årets kvarvarande månader.

Följande antaganden har gjorts vid upprättande av årsprognosen:

- intäktsbortfall med anledning av covid-19 ökar i lägre takt än tidigare och landar vid årets slut på 93 mkr
- merkostnader med anledning av covid-19 förväntas ersättas till 100 %.
- ökade kostnader för vaccinering täcks av den ersättning som betalas av HSN för varje vaccinering
- för lönerörelsen 2022 har retroaktiv lön uppbokats med 2,3 % (i linje med budget) av lönesumman för de yrkesgrupper vars löner vid tidpunkten för delåret ännu inte har klara löner för 2022

- primärvårdens ersättning för uppskjuten vård förutsätts under året generera kostnader i motsvarande grad

Covid-19-effekt på utfall

Ackumulerat för augusti redovisar SLSO totalt 62,6 mkr i merkostnader med anledning av covid-19, en ökning med 5,2 mkr jämfört med föregående månad. SLSO har erhållit full täckning för merkostnader avseende januari-april, vilket innebär att resultatet ackumulerat för augusti är belastat med merkostnader för maj-augusti på totalt 18,7 mkr.

Redovisade merkostnader specificeras enligt följande:

- 50,9 mkr avser bemanningskostnader, inklusive inhyrning. En ökning med 4 mkr
- 10,4 mkr avser kostnader för kritisk skyddsutrustning, förbrukningsmaterial m.m. En ökning med 1,3 mkr

Med anledning av covid-19 har personalkostnader avseende utbildningar, konferenser, friskvård m.m. utfallit 23,7 mkr lägre än budget.

Ackumulerat för augusti redovisar SLSO ett produktionsbortfall på 77,4 mkr, en ökning med 11,7 mkr jämfört med föregående månad.

Covid-19-effekt på prognos

Följande antaganden avseende covid-19 har gjorts vid beräkningen av inrapporterad prognos.

- ackumulerat bortfall av intäkter är beräknat till 77,4 och förväntas öka i en lägre takt under resten av året. Vid årets slut förväntas bortfallet uppgå till 93 mkr
- full täckning förväntas erhållas för merkostnader kopplade till covid-19 under 2022

5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Summa personalkostnader	**-5 781**	**-5 771,9**	**-9,1**	**3,3 %**
Förändring sem- och löneskuld	115,2	117,1	-1,9	44,3 %
Lönekostnad	-4 045,5	-3 993,2	-52,3	4 %
- varav övertid	*-84,7*	*-18,8*	*-65,9*	*3,1 %*
- varav sjuklönekostnad	*-90,6*	*-13,1*	*-77,5*	*20,3 %*
PO-pålägg	-1 782,7	-1 807,3	24,6	2,5 %
Övriga personalkostnader	-68	-89	21	37,4 %
Inhyrd personal	**-222,2**	**-1,4**	**-220,8**	**42,8 %**

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
- varav läkare	*-125,7*	*-1,3*	*-124,4*	*26,4 %*
- varav sjuksköterskor	*-93*	*-0,1*	*-92,9*	*75,2 %*
- varav övrig personal	*-3,5*	*0*	*-3,5*	*11,4 %*
Personalkostnad inkl inhyrd personal	**-6 003,2**	**-5 773,4**	**-229,8**	**4,3 %**

* mkr

Utfall i jämförelse med budget

SLSO:s personalkostnader utfaller drygt 9 mkr högre än budget. De obudgeterade inhyrningskostnaderna uppgår till 222 mkr. Detta innebär att SLSO:s totala bemanningskostnad avviker negativt från budget med cirka 230 mkr.

Semesterlöneskuldens förändring utfaller i nivå med förväntat, vilket tyder på att medarbetarna har haft möjlighet att ta ut semesterledighet. Uttag av "extra covid-ledighet" har kunnat ske utan att det påverkat semesterskuldens förändring i någon större omfattning.

Lönekostnaderna är 52,3 mkr högre än budget framför allt beroende på vakanser inom vissa områden. Korrigerat för obudgeterade lönekostnader för vaccination- och smittspårningsenheten är avvikelse 30 mkr.

Vakanser och ökad sjukfrånvaro hos medarbetarna har täckts upp med timanställda och övertider, vilket förklarar varför dessa kostnader utfaller högre än budget. Kostnaden för övertid kopplad till covid-19 utfaller med 9 mkr. SLSO har ersatts för ökade sjuklönekostnader kopplade till covid-19 för perioden januari-mars med 44 mkr.

Övriga personalkostnader, som i huvudsak utgörs av kostnader för utbildning, konferenser och friskvård, utfaller 23,4 mkr lägre än budget. Detta förklaras av att utbildningar inte har kunnat genomföras p.g.a. belastning av covid-19 under början av året. Friskvårdsersättningen betalas också i oftast ut i slutet av året.

SLSO budgeterar i regel inte för inhyrd personal, vilket förklarar varför kostnader för inhyrd personal visar en negativ budgetavvikelse som motsvarar ackumulerat utfall.

Den ackumulerade kostnaden för inhyrd personal fördelar sig enligt följande:

Kategori	Kostnad, mkr	Andel
Läkare	125,5	57%
SSK	93	42%
Övrig	3,5	2%
Total kostnad	**222**	**100%**

Vårdgren	Kostnad, mkr	Andel
Psykiatri	96,7	44%
Primärvård	70,4	32%
Somatisk specialistvård	31,2	14%
Geriatrik	13,2	6%
Övrig	10,5	5%
Total kostnad	**222**	**100%**

Prognos i jämförelse med budget

Prognosen för SLSO:s totala bemanningskostnader, inkl. inhyrning, är lagd på en nivå som överstiger budget med 4,3 % (380 mkr).

Kostnaden för personal förväntas landa på en nivå som överstiger budget med 42 mkr. Exkluderat för den utbetalda bonusen på 135 mkr, skulle det förväntade utfallet istället ha varit 93 mkr lägre än budget.

Prognosen för (obudgeterade) kostnader för inhyrd personal är lagd på 336 mkr.

Kategori	Kostnad, mkr	Andel
Läkare	191	57%
SSK	140	42%
Övrig	5	1%
Total kostnad	**336**	**100%**

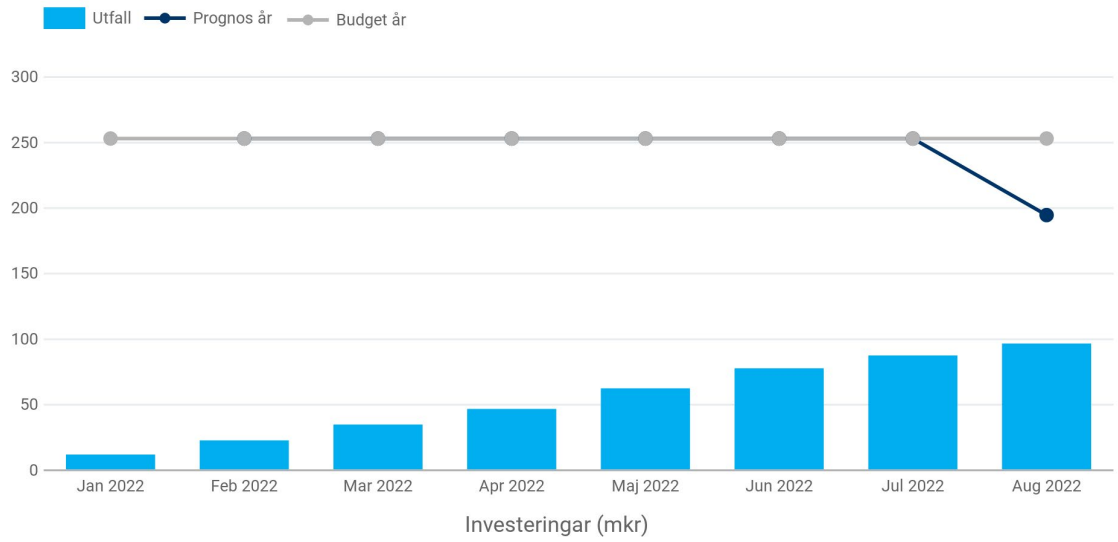
Vårdgren	Kostnad, mkr	Andel
Psykiatri	146	43%
Primärvård	106	32%
Somatisk specialistvård	48	14%
Geriatrik	20	6%
Övrig	16	5%
Total kostnad	**336**	**100%**

5.2 Åtgärdsprogram för ett resultat i balans

Åtgärd (mkr)	Kommentar	Utfall	Prognos	Budget 2022	Budget 2023
Summa					

Utifrån resultatet per augusti beräknas resultatkravet uppnås.

5.3 Investeringar



Utgift i jämförelse med budget

Periodens ackumulerade investeringsutfall uppgår till 96 mkr vilket motsvarar en upparbetningsgrad mot budget på 38 %.

Investeringsutfallet för perioden ligger i linje med föregående års motsvarande period utfall, IT investeringar exkluderade.

Ersättnings- och nyinvesteringstakten inom hjälpmedelsverksamheten är 48 % för perioden.

Ny- och ersättningsinvesteringar

Investeringar (Mkr)	Utgift 2022	Prognos 2022	Budget 2022	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Nyinvesteringar	0	50	50	50	

Ersättningsinvesteringar	96	144	202,4	106,4	
Totalt investeringar	**96**	**194**	**252,4**	**156,4**	**38 %**

Prognos i jämförelse med budget

SLSO:s investeringsutrymme för 2022 är 252,4 miljoner kronor, årets prognos planeras till 194 miljoner kronor. Det kan förklaras av:

- SLSO:s uppstart efter pandemin och fortsatta uppdrag med covid-19
- det saknas inriktningsbeslut, vilket leder till att planerade investeringar inte kan genomföras enligt plan
- ombyggnationer i externt förhyrda lokaler, blir tilläggshyror
- hjälpmedelsverksamheten arbetar kontinuerligt med lagersaldona

Investeringarna består främst av ersättningsinvesteringar i medicinskteknisk utrustning, inventarier, informations- och kommunikationsteknik samt tekniska hjälpmedel.

De stora investeringsobjekten som finns i investeringsbudgeten för 2022 är;

- samplanering med nya akutmottagningen, Närakut Huddinge
- separerade vårdflöden, Närakut Danderyd
- enkel/dubbelrumsanpassning, psykiatri Södertälje

Status enskilda investeringsobjekt

SLSO har inga investeringsobjekt överstigande 100 mkr.

Status investeringsplanens genomförbarhet och risk

Det saknas inriktningsbeslut, vilket leder till att planerade investeringar inte kan genomföras enligt plan.

Ombyggnationer i externt förhyrda lokaler, blir tilläggshyror.

Sammanställning kostnader Covid-19/Coronavirus 2022

Enhet	Stockholms läns sjukvårdområde	**Rapporteringsmånad**	augusti
Kontaktperson	Milad Hamamgi		
Mejladress	milad.hamamgi@regionstockholm.se		
Mobilnummer	072-228 05 53		

Läses in från flikar:	***Ack. utfall totalt i tkr***	***Prognos totalt i tkr***	***Kommentar***
1a. Personalkostnader	50 907	61 840	
1b. Provtagning personal	0	0	
2a. Smittskydd	0	0	
2b. Sjukvårdsrådgivning	0	0	
2c. Informationsinsatser	0	0	
3a. Skyddsutrustning	10 411	14 510	
3b. Provtagningsmaterial	0	0	
4a. Läkemedel	32	32	
4b. Transporter	0	0	
5. Övriga kostnader	1 273	1 370	
6. Invest. Medicinsk teknisk utrustning	0	0	
7a. Förlorade intäkter	77 446	93 087	
7b. Tillkommande intäkter	0	0	

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2022-0997
RS 2021-0609

Stockholms läns sjukvårdsområde

Plan för intern kontroll 2022, Delårsuppföljning

Delår 2022

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

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

3 Sammanställning av risker 8

1 Bakgrund

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

Region Stockholm har, utifrån kommunallagen, beslutat om riktlinjer för intern kontroll för Region Stockholm (RS 2019–0866). 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 Uppföljning av 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 försäkran om att nödvändiga åtgärder 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. Exempel på detta är organisationskulturen, ledningens agerande, policys, riktlinjer och andra styrande dokument.

I nämndens instruktion och delegationsordning för sjukvårdsdirektören i SLSO säkerställs en tydlig roll- och ansvarsfördelning till gagn för en effektiv hantering av verksamhetens risker.

Utifrån denna ansvarar sjukvårdsdirektören för det system för intern kontroll som krävs för att hantera väsentliga risker i den löpande verksamheten, bestående av ett antal grundläggande anvisningar samt tydliga och dokumenterade instruktioner och rutiner.

Sjukvårdsdirektören rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner.

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
- Säkerhets- och informationssäkerhetsrisker

Internkontrollplan för 2022 fastställdes av nämnden i samband med verksamhetsplan 2022. Denna internkontrollplan och riskbedömning kvarstår vid delårsuppföljningen.

I planen för intern kontroll har SLSO identifierat ett antal risker för verksamheten. Det risker med högst riskvärde finns inom ekonomi och styrning. Riskerna finns inom hantering av icke bärkraftiga verksamheter, ökade målkonflikter relaterade till olika styrningslogiker, övervältring av administration på vårdpersonal, en kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar samt bristande kostnadsmedvetande i organisationen.

För att minimera dessa risker och öka möjligheten till måluppfyllelse har SLSO under våren 2022 fortsatt arbeta med att stärka ekonomiska-, personal- och verksamhetsanalyser samt följt upp indikatorer i styrkorten i samband med uppföljningen av tertial och planeras följas upp i samband med delårs- och

årsuppföljningen.

Det pågår dessutom ett arbete med att tydliggöra informationsförvaltning och informationshantering inom SLSO samt utveckla stödsystem för att minska administration.

Risker i varierande grad finns när det gäller verksamhetens personal- och kompetensförsörjning, nuvarande digital miljö, patientsäkerhet samt tillgänglighet. SLSO har därför under våren arbetat med förändrade arbetssätt samt analys av avvikelser, öka digitaliseringsgraden inom verksamheterna, säkerställa kritiska funktioner inom nuvarande journalsystem, genomföra utbildningsinsatser samt utveckla stödet till chefer.

SLSO arbetar även med att systematiskt tillvarata erfarenheter från pandemin för att förbättra kris-och katastrofhanteringen samt förtydliga aktiveringsplaner och säkerställa långsiktig uthållighet.

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.

I internkontrollplanen för 2022 fastställdes ett antal kontroller för att minimera identifierade risker. Dessa kontrollaktiviteter kvarstå vid delårsuppföljningen. Planerade kontrollaktiviteter har genomförts enligt plan och bedömningen är att planerade kontrollmoment kommer kunna genomföras under 2022.

SLSO arbetar aktivt med att stärka ekonomiska- verksamhets- och personalanalyser samt följa upp indikatorer i styrkorten i samband med uppföljning av tertial, delårs- och årsuppföljningen. SLSO:s ledning har dessutom regelbundna uppföljningsmöten med närsjukvårdsområdena som ett led i att minimera risker och öka måluppfyllelsen. Åtgärdsplaner upprättas vid behov.

SLSO arbetar även med systematiska granskningar, avvikelsehantering och stärka verksamheternas egenkontroll. SLSO genomför årligen en medarbetarenkät och tar fram en patientsäkerhetsberättelse.

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 styrning och kontroll ingår dessutom som en del i introduktionsutbildningen för chefer inom förvaltningen.

SLSO följer Region Stockholms Policy för intern kontroll och tillämpar COSO-modellen.

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 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 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. Sjukvårdsdirektören är ansvarig för den interna kontrollen inom SLSO och rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner. Nämnden beslutar dessutom om planen för intern kontroll 2022 i samband med beslut om verksamhetsplan 2022. Nämnden fattar även beslut om uppföljning av den interna kontrollen i samband med beslut om boksluten för tertial, delårs- och årsuppföljningen.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

Nämnden ska följa regionens riktlinje för intern kontroll, RS 2019–0866.

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.

Det styr- och ledningssystem som är beslutat inom Region Stockholm beskriver de fyra olika byggstenarna; organisationsstruktur, styrande dokument, styrmodeller samt ledningsprocess.

SLSO har utifrån denna styr- och ledningsprocess förtydligat förvaltningens ledningssystem genom att styrning av verksamhet samt styrning utifrån de certifieringar som förvaltningen är certifierade för, kvalitet ISO 9001, arbetsmiljö ISO 45001:2018 samt miljö ISO 14001 följer Region Stockholms struktur. Ledningssystemet följer ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:9) och Arbetsmiljöverkets föreskrift ”Systematiskt arbetsmiljöarbete”(AFS 2001:01).

SLSO följer Region Stockholms policy för intern kontroll, RS 2019-0866. Intern kontroll inom Region Stockholm är en tillämpning av COSO-modellen vilken SLSO har använt sig av för att ta fram internkontrollplan 2022. 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 under perioden.

2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

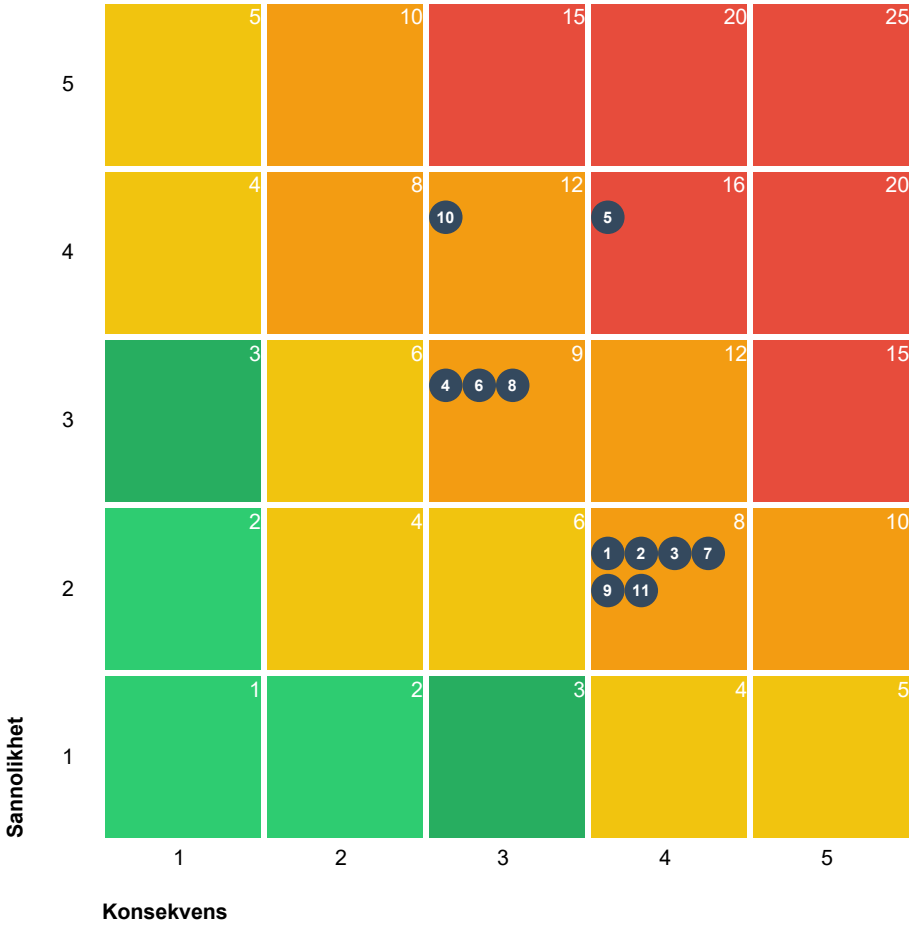
Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd samt i den löpande rapporteringen till regionledningskontoret. Förvaltningschef ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår.

Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde 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.

Nämnden fastställde plan för intern kontroll 2022 i samband med antagande av verksamhetsplan 2022. Bland de väsentligaste riskerna i internkontrollplanen för 2022 identifierades ett flertal risker inom ekonomi och styrning och förvaltningen har under våren fortsatt arbeta aktivt med att stärka verksamhets- och ekonomiska analyser.

I årsuppföljningen 2021 bedömde regionrevisorerna att SLSO har en tillfredsställande intern styrning och kontroll. Revisionsrekommendationer följs upp kontinuerligt i Stödet/Stratsys i dialog mellan SLSO och revisionen.

3 Sammanställning av risker



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.

Verksamhetsspecifikt mål/Nämndspecifikt mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
En hälso- och sjukvård av god kvalitet		1	11924	—	Bristande patientsäkerhet (avvikelser)	**Riskägare** Gabriel Lagercrantz
		2	10908	—	Bristande förmåga att ändra arbetssätt	**Riskägare** Gabriel Lagercrantz
		3	69193	—	Bristande patientsäkerhet (vårdskada)	**Riskägare** Gabriel Lagercrantz
Ett resultat i balans		4	10913	—	Bristande kostnadsmedvetande i organisationen	**Riskägare** Karin Persson
		5	11919	—	Hantering av icke bärkraftiga verksamheter	**Riskägare** Karin Persson
		6	27876	—	En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar	**Riskägare** Karin Persson
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		7	11922	—	Ökad svårighet att rekrytera personal	**Riskägare** Lars Dahlberg
2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta		8	37471	—	Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse	**Riskägare** Mikael Lindgren Ebenholtz
Systematisk kompetensförsörjning		9	11923	→	Bristande ledarskap	**Riskägare** Lars Dahlberg
Kärnverksamhet ska prioriteras		10	27877	→	Övervältring av administration på vårdpersonal	**Riskägare** Karin Persson
Hög innovations- och digitaliseringsgrad		11	48301	→	Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven	**Riskägare** Ulf Lockowandt

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2022-0997
RS 2021-0609

Stockholms läns sjukvårdsområde

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

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning 3

2 En hälso- och sjukvård av god kvalitet 4

3 Ett resultat i balans 6

4 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare 8

5 2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta 9

6 Systematisk kompetensförsörjning 10

7 Kärnverksamhet ska prioriteras 11

8 Hög innovations- och digitaliseringsgrad 12

1 Läsanvisning

Bilaga 1 ger en övergripande sammanställning av risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. I bilaga 2 redovisas en fördjupad sammanställning där även kommentarer till förändringar och avvikelser framgår. 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 En hälso- och sjukvård av god kvalitet

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande patientsäkerhet (avvikelser) **Riskägare** Gabriel Lagercrantz	**Namn** Patientsäkerhetsberättelse och systematiska granskningar **Frekvens** Årlig patientsäkerhetsberättelse och kontinuerliga analyser. **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Lärande organisation **Åtgärdsansvarig** Gabriel Lagercrantz **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		
Namn Bristande förmåga att ändra arbetssätt **Riskägare** Gabriel Lagercrantz	**Namn** Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning. **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen **Åtgärdsansvarig** Gabriel Lagercrantz		

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
			Startdatum 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		
Namn Bristande patientsäkerhet (vårdskada) **Riskägare** Gabriel Lagercrantz	**Namn** Avvikelsehantering och patientsäkerhetsberättelse **Frekvens** Årligen och kontinuerligt **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Systematiskt patientsäkerhetsarbete **Åtgärdsansvarig** Gabriel Lagercrantz **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		

3 Ett resultat i balans

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande kostnadsmedvetande i organisationen **Riskägare** Karin Persson	**Namn** Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar **Frekvens** Månadsuppföljning **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Uppföljning av ekonomi **Åtgärdsansvarig** Karin Persson **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		
Namn Hantering av icke bärkraftiga verksamheter **Riskägare** Karin Persson	**Namn** Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna **Frekvens** Månadsuppföljning **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner **Åtgärdsansvarig** Karin Persson **Startdatum** 2022-01-01		

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
			Slutdatum 2022-12-31		
Namn En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar **Riskägare** Karin Persson	**Namn** Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna **Frekvens** Månadsuppföljning **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Regelbunden uppföljning **Åtgärdsansvarig** Karin Persson **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		

4 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Ökad svårighet att rekrytera personal — **Riskägare** Lars Dahlberg	**Namn** Uppföljning av indikatorer **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning. **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning. **Åtgärdsansvarig** Lars Dahlberg **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		

5 2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse **Riskägare** Mikael Lindgren Ebenholtz	**Namn** Uppföljning av verksamheten **Frekvens** Kontinuerligt samt uppföljning av styrkorten i samband med T1, delår och årsuppföljning. **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Tillvarata erfarenheter **Åtgärdsansvarig** Mikael Lindgren Ebenholtz **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		

6 Systematisk kompetensförsörjning

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande ledarskap  **Riskägare** Lars Dahlberg	**Namn** Följ upp närsjukvårdsområdenas verksamhet **Frekvens** Medarbetarenkät årligen. Chefsdialoger kontinuerligt. **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer **Åtgärdsansvarig** Lars Dahlberg **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		

7 Kärnverksamhet ska prioriteras

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Övervältring av administration på vårdpersonal  **Riskägare** Karin Persson	**Namn** Uppföljning av indikator **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning. **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Införande av digitala system **Åtgärdsansvarig** Annika Jerhamre **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		

8 Hög innovations- och digitaliseringsgrad

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven  **Riskägare** Ulf Lockowandt	**Namn** Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser **Frekvens** Årligen **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Säkerställa kritiska funktioner i nuvarande system **Åtgärdsansvarig** Ulf Lockowandt **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2022-0997
RS 2021-0609

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga 2: Fördjupad sammanställning av mål, risker, kontroller och åtgärder, Delår

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning 5

2 En hälso- och sjukvård av god kvalitet 6

2.1 Bristande patientsäkerhet (avvikelser) 6

2.2 Bristande förmåga att ändra arbetssätt 7

2.3 Bristande patientsäkerhet (vårdskada) 9

3 Ett resultat i balans 12

3.1 Bristande kostnadsmedvetande i organisationen 12

3.2 Hantering av icke bärkraftiga verksamheter 13

3.3 En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar 15

4 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare 18

4.1 Ökad svårighet att rekrytera personal 18

5 2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta 20

5.1 Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse 20

6 Systematisk kompetensförsörjning 23

6.1 Bristande ledarskap 23

7 Kärnverksamhet ska prioriteras 25

7.1 Övervältring av administration på vårdpersonal 25

8 Hög innovations- och digitaliseringsgrad 27

8.1 Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven 27

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2022-0997
RS 2021-0609

1 Läsanvisning

Bilaga 2 ger en fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. I bilaga 1 redovisas en övergripande sammanställning. 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 En hälso- och sjukvård av god kvalitet

2.1 Bristande patientsäkerhet (avvikelser)

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

Kommentar

Övergripande anvisningar för patientsäkerhetsarbetet är framtagna. Avvikelser bevakas systematiskt av systemansvarig för Händelsevis som följer upp verksamheterna och återkopplar till ansvarig närsjukvårdschef. På SLSO:s intranät finns ett flödesschema för patientsäkerhet tillgängligt för verksamheterna där presenteras en övergripande struktur för patientsäkerhetsarbetet där även former för verksamheternas egenkontroll ingår som en del i det förebyggande arbetet.

Kontroll	Status
Namn Patientsäkerhetsberättelse och systematiska granskningar **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff **Frekvens** Årlig patientsäkerhetsberättelse och kontinuerliga analyser. **Beskrivning** Patientsäkerhetsberättelse, analys av avvikelser i händelsevis. ***Kommentar***	

Kontroll	Status
Arbetet med patientsäkerhetsberättelsen för 2022 pågår enligt plan. Händelsevis online är etablerat som ett led i att öka digitalisering och underlätta analysen av rapporterade avvikelser. En rutin för strukturerad kontroll och uppföljning av avvikelser är etablerad.	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Lärande organisation	2022-01-01	2022-12-31	●	■
Åtgärdsansvarig				
Gabriel Lagercrantz				

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

Kommentar

Flödesschema för patientsäkerhet har tagits fram av VS patientsäkerhet som ett led i att skapa ett ramverk för egenkontroller inom SLSO. Ett pilotprojekt för MLA inom primärvården pågår under 2022. En rutin för en strukturerad återrapportering av patientsäkerhetsrisker är etablerad och arbetet kommer fortgå under 2022. Syftet är att bidra till den lärande organisationen genom goda exempel.

2.2 Bristande förmåga att ändra arbetssätt

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
10908	8	Oförmåga att analysera optimala arbetssätt och dra lärdomar av erfarenheter från pandemin. Bristande kvalitet för patienten och kan leda till vårdskada. Bristande måluppfyllelse.	Gabriel Lagercrantz
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	2		
	Konsekvens	Bristande kvalitet för patienten och kan leda till vårdskada. Onödig väntan för patienten, kan leda till ökad oro och	Jennie Portnoff

	4	senare insatt behandling.

Kommentar

Ett arbete pågår för att konstant förbättra tillgängligheten för patienter och minska väntetiderna. Digitalisering är en del i detta arbete både genom tidsbokning på nätet samt tillgängligheten till digitala vårdmöten. En riktlinje för vård på distans är framtagen för att förbättra kvaliteten och tillgängligheten samt bidra till ökad patientsäkerhet. Ett centralt kvalitetsarbete pågår där bland annat lärdomar från pandemin tas till vara och en strategisk ledningsgrupp är etablerad. Lex Maria anmälningar publiceras på SLSO:s intranät som ett led i den lärande organisationen. Under våren har förvaltningen haft tillgänglighet som fokusområde för patientklagomålshanteringen.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning. **Beskrivning** Uppföljning av tillgänglighetsindikatorer. Följa digitaliseringsgraden. ***Kommentar*** Tillgängligheten utifrån styrkorten samt digitaliseringsgraden följdes upp i samband med T1 och planeras följas upp i samband med delåret.	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen	2022-01-01	2022-12-31		

Åtgärdsansvarig
Gabriel Lagercrantz

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

Kommentar

SLSO har deltagit i arbetet med RLK:s arbete att se över indikatorerna som är beslutade av fullmäktige. En riktlinje för vård på distans är framtagen för att förtydliga tillgänglighet och kvalitet. En analys av ändrade arbetssätt pågår för att förbättra tillgänglighet och kvalitet. Digitala vårdmöten har ökat. Tillgänglighet har varit ett fokusområde i arbetet med patientklagomålshanteringen under våren och det arbetet kommer fortgå under 2022.

2.3 Bristande patientsäkerhet (vårdskada)

69193

Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
8	Risk för felbehandling, missad diagnos, biverkningar och ej förutsedda effekter av behandling.	Gabriel Lagercrantz
Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
2	Patienten får skada av mer eller mindre allvarlig art.	Jennie Portnoff
Konsekvens		
4		

Kommentar

Ett strukturerat patientsäkerhetsarbete är påbörjat och rutiner för patientsäkerhetsarbete är framtagna. En övergripande anvisning för skydd mot vårdskada är framtagen. En rutin för riskrond och egenkontroll är etablerad. Arbete med patientsäkerhetsberättelse 2022 pågår. Lokala rutiner för patientsäkerhet i SLSO:s verksamheter är framtagna. Ett arbete med vårdflöden och processer för att förebygga vårdskada och öka patientinflytande pågår

inom psykiatrin. MAL-utbildningar har genomförts under våren och kommer fortgå under 2022.

Kontroll	Status

Namn
Avvikelsehantering och patientsäkerhetsberättelse
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Årligen och kontinuerligt

Beskrivning
Patientsäkerhetsberättelse och kontinuerligt arbete med avvikelser i händelsevis.

Kommentar

Arbetet med patientsäkerhetsberättelse 2022 pågår. En rutin för avvikelsehantering i Händelsevis är framtagen.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Systematiskt patientsäkerhetsarbete	2022-01-01	2022-12-31		

Åtgärdsansvarig
Gabriel Lagercrantz

Åtgärdsbeskrivning
Minska brister i patientsäkerheten genom systematiskt patientsäkerhetsarbete. Egenkontroller och händelseanalyser.

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2022-0997
RS 2021-0609

Åtgärd

Kommentar

En rutin för systematiskt patientsäkerhetsarbete är framtagen. Lex Maria anmälningar publiceras på SLSO:s intranät som en del i den lärande organisationen. En rutin för avvikelsehantering i Händelsevis är framtagen.

3 Ett resultat i balans

3.1 Bristande kostnadsmedvetande i organisationen

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
10913	9	Oförmåga att förstå ekonomiska konsekvenser av fattade beslut i stort och smått.	Karin Persson
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	3	Fokus på felaktiga ekonomiska åtgärder. Onödiga kostnader.	Jennie Portnoff
	Konsekvens		
	3		

Kommentar

Verksamhetsuppföljningar enligt plan. Utifrån det ekonomiska resultatet i augusti så beräknas det av fullmäktige fastställda resultatkravet uppnås.

Kontroll	Status
Namn Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff **Frekvens** Månadsuppföljning **Beskrivning** Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser. ***Kommentar*** Verksamhetsuppföljningar har skett enligt plan.	

Kontroll	Status

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Uppföljning av ekonomi	2022-01-01	2022-12-31		

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

Åtgärdsbeskrivning
Utveckla och utöka användning av onepage.

Kommentar

Ett kontinuerligt arbete med onepage pågår.

3.2 Hantering av icke bärkraftiga verksamheter

11919

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

Kommentar

Åtgärder för att säkerställa ekonomisk bärkraftighet vidtas både lokalt och central. Fokus på ekonomisk bärkraftighet samt ekonomisk- och verksamhetsanalys vid månatliga uppföljningar. Åtgärdsprogram genomförs vid behov.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff **Frekvens** Månadsuppföljning **Beskrivning** Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser. ***Kommentar*** Verksamhetsuppföljningar har genomförts enligt plan.	

Åtgärd				
Namn	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**	**Effekt av åtgärd**
Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner **Åtgärdsansvarig** Karin Persson	2022-01-01	2022-12-31		

Åtgärd

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

Kommentar

Verksamhetsuppföljningar genomförs enligt plan. Marknadsanalyser har genomförts och en översyn av vårdutbudet har genomförts inom vissa verksamheter.

3.3 En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
27876	9	Kortsiktig ekonomisk planering/framförhållning. Bristande förmåga att anpassa kostnader till ändrad ersättning/förutsättningar.	Karin Persson
	Sannolikhet		**Risksamordnare**
	3	**Konsekvens**	Jennie Portnoff
	Konsekvens	Underskott som inte hanteras. Resultatkravet för SLSO uppnås inte. Kortsiktiga beslut som långsiktigt inte är hållbara.	
	3	Ökad uppmärksamhet (reaktivt) på ekonomi och åtgärder, tar kraft och resurser från verksamhet och utveckling.	

Kommentar

Uppföljning av ekonomin har skett vid verksamhetsuppföljningar. I delårsbokslutet redovisar SLSO ett resultat på 423,2 mkr vilket är 134,2 mkr bättre än periodens budget.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff	

Frekvens
Månadsuppföljning

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

Kommentar

Planerade aktiviteter för 2022 förväntas genomföras. Uppföljning av ekonomin har skett vid verksamhetsuppföljningar. Business case upprättas vid verksamhetsförändringar.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Regelbunden uppföljning **Åtgärdsansvarig** Karin Persson	2022-01-01	2022-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Utveckla stödet av ekonomisk analys för verksamheterna. Regelbunden uppföljning av verksamheternas ekonomi för att säkerställa ekonomisk långsiktighet. Använda R12-prognoser för att vidta proaktiva åtgärder. Riskbaserat arbetssätt.

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2022-0997
RS 2021-0609

Åtgärd

Kommentar

Verksamhetsuppföljningar har skett enligt plan. R12 prognoser beräknas per tertial.

4 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

4.1 Ökad svårighet att rekrytera personal

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
11922	8	Svårt att upprätthålla produktion och kontinuitet på grund av rekryteringsproblem	Lars Dahlberg
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	2	Kan ge brister i patientsäkerhet och försämrad ekonomi.	Jennie Portnoff
	Konsekvens		
	4		

Kommentar

Samråd sker med berörda närsjukvårdschefer. Förbättrat HR-stöd till verksamhets- och enhetschefer i rekryteringsprocessen är infört. Arbete med kompetensförsörjningsplaner kommer ske under hösten, primärvården har högst prioritet. Implementering av it-stöd vid avrop av inhyrd personal är genomfört, vilket ger bättre utdata för uppföljning av enheter som hyr in mer än andra.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av indikatorer **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning. **Beskrivning** Uppföljning av indikatorer. ***Kommentar***	

Kontroll	Status
Uppföljning av indikatorer har skett i samband med uppföljning av T1 och planeras för delåret.	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning.	2022-01-01	2022-12-31		

Åtgärdsansvarig
Lars Dahlberg

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

Kommentar

Arbetet med kompetensstegar kommer genomföras under hösten. Arbetet har försenats med anledning av sjukskrivningar orsakade av covid-19.

5 2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta

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

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
37471	9	Svårigheter att upprätthålla SLSO:s verksamhet och åtaganden vid extraordinära händelser.	Mikael Lindgren Ebenholtz
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	3	Bristande måluppfyllelse (ekonomi, kvalitet, arbetsmiljö).	Jennie Portnoff
—	**Konsekvens**		
	3		

Kommentar

Arbete pågår med att uppdatera SLSO:s kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan där en pandemiplan ingår. En RSA är genomförd. RSA, krigsorganisation samt kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan planeras att behandlas på nämndens sammanträde i december. En beredskapssamordnare är rekryterad och en civilförsvarssamordnare är utsedd inom SLSO. Ett vårdval för vaccination inom Region Stockholm är beslutat av HSN och vaccinatörer är auktoriserade. HLM har fortsatt vaccinationsverksamhet. En vaccinationsmottagning i Kungsträdgården är etablerad. SLSO:s uppdrag avseende ansvar för operativ planering av vaccination av äldre och riskgrupper inom den nära vården samt beslutade överenskommelser avseende operativt samordningsansvar inom vaccinationsprogrammet har förlängts och gäller under 2022. SLSO:s uppdrag avseende hälsosamtal för flyktingar från Ukraina kvarstår under 2022.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av verksamheten **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff	

Kontroll	Status

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

Beskrivning
Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser. Uppföljning av styrkort.

Kommentar

Styrkorten följdes upp i samband med uppföljning av T1 och planeras för delåret. Ekonomiska- och verksamhetsanalyser har genomförts kontinuerligt vid behov under våren.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Tillvarata erfarenheter	2022-01-01	2022-12-31	●	■

Åtgärdsansvarig
Mikael Lindgren Ebenholtz

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

Kommentar

Ett kontinuerligt arbete pågår för att tillvarata erfarenheter från hanteringen av pandemin orsakad av covid-19. Bland annat med utgångspunkt från de förslag som finns i revisionsrapport om hanteringen av pandemin inom Region Stockholm. Förvaltningen arbetar med de delar och fokusområden som berör SLSO. RSA genomförd. En arbetet pågår inom regionkoncernen om att möjliggöra långsiktig hållbarhet.

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2022-0997
RS 2021-0609

Åtgärd

6 Systematisk kompetensförsörjning

6.1 Bristande ledarskap

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
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.	Lars Dahlberg
	Sannolikhet		**Risksamordnare**
	2	**Konsekvens**	Jennie Portnoff
	Konsekvens	Bristande måluppfyllelse (ekonomi, kvalitet, arbetsmiljö)	
	4		

Kommentar

Under våren har en satsning på UL – Utvecklande Ledarskap – genomförts för att bistå chefers ledarskapsutveckling. Hittills har 64 chefer deltagit. Under våren har även fortsatt stöd med chefsprogram, chefstöd till ledningsgrupper genomförts. Arbete pågår för att förbereda höstens medarbetarenkät. Särskilda insatser har genomförts när det gäller primärvårdens chefsförsörjning.

Kontroll	Status
Namn Följ upp närsjukvårdsområdenas verksamhet **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff **Frekvens** Medarbetarenkät årligen. Chefsdialoger kontinuerligt. **Beskrivning** Medarbetarenkät och chefsdialoger. ***Kommentar***	

Kontroll	Status
SLSO:s styrkort följdes upp i samband med uppföljningen av T1 och planeras för delåret. En medarbetarenkät kommer genomföras under hösten. Verksamheterna följs upp kontinuerligt av SLSO:s ledning.	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer	2022-01-01	2022-12-31	●	■

Åtgärdsansvarig
Lars Dahlberg

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 har följts upp i samband med uppföljningen av T1 och planeras för delåret. Stöd till chefer finns tillgängligt inom förvaltningen.

7 Kärnverksamhet ska prioriteras

7.1 Övervältring av administration på vårdpersonal

27877

Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
12	Ökade administrativa krav samt krav på effektivisering av administrationen.	Karin Persson
Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
4	Minskade resurser för kärnverksamheten.	Jennie Portnoff
Konsekvens		
3		

Kommentar

Normal uppföljning har återupptagits och vissa utvecklingsprojekt har återupptagits. Krav om minskad eller bibehållen administration kan innebära risk för övervältring om nya administrativa uppdrag eller krav tillkommer. Risken behöver därmed följas under året.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av indikator **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning. **Beskrivning** Uppföljning av indikatorn andel administrativ personal av totala kostnader. ***Kommentar***	

Kontroll	Status
Indikatorn andel administrativ personal har mätts i samband med resultatet för T1 och planeras för delåret.	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Införande av digitala system	2022-01-01	2022-12-31	●	■

Åtgärdsansvarig
Annika Jerhamre

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

Kommentar

Ett arbete pågår för att kontinuerligt förbättra informationsförvaltning och informationshantering inom SLSO samt förtydliga styrningen inom förvaltningen. Ett antal stödsystem för att minska administration är etablerade exempelvis Platina och Stödet/Stratsys som stora delar av verksamheten arbetar i.

8 Hög innovations- och digitaliseringsgrad

8.1 Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven

48301

Riskvärde
8

Sannolikhet
2

Konsekvens
4

Riskbeskrivning
FVM nedlagt. Sättet nuvarande journalsystemet är byggt på ställer till problem både med underhåll och vidareutveckling.

Konsekvens
Ökade kostnader, uteblivna effektiviseringsmöjligheter

Riskägare
Ulf Lockowandt

Risksamordnare
Jennie Portnoff

Kommentar

SLSO deltar i arbetet med att förbereda upphandling av nytt huvudjournalsystem, samt anpassning av nuvarande system till nationella läkemedelslistan.

SLSO leder arbetet med upphandling av systemen för digitalt stöd för förlossningsvård och digitalt stöd för tvångsvård.

SLSO har infört en strategisk styrning för Alltid Öppet – distansvård.

Kontroll	Status
Namn Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff **Frekvens** Årligen **Beskrivning** Genomföra verksamhetsanalyser och ekonomiska analyser. ***Kommentar***	

Kontroll	Status
Verksamhetsanalyser och ekonomiska analyser har genomförts löpande.	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Säkerställa kritiska funktioner i nuvarande system	2022-01-01	2022-12-31	●	■

Åtgärdsansvarig
Ulf Lockowandt

Åtgärdsbeskrivning
Identifiera ett antal projekt inom ramen för post FVM för att identifiera och säkerställa kritiska funktioner inom och i vissa fall i tillägg till nuvarande system.

Kommentar

Ett antal projekt och upphandlingar för att säkerställa kritiska funktioner i nuvarande system pågår enligt plan. En strategisk styrning på SLSO för digitalisering är tillskapad. Nödvändiga beslut för upphandling förväntas antas under hösten

Revisorerna i revisorsgrupp II 2022-09-22

Uttalande från förvaltningsledning delårsrapport 2022

Detta uttalande från förvaltningsledningen utgör ett väsentligt underlag för att ni som revisorer ska kunna uttala er om huruvida delårsrapporten för Stockholms läns sjukvårdsområde, med bokslutsdatum 31 augusti 2022 (”bokslutsdagen”) har upprättats i enlighet med lagen om kommunal redovisning, rekommendationer utgivna av Rådet för kommunal Redovisning (RKR) samt anvisningar från regionledningskontoret, och ger en rättvisande bild av förvaltningens resultat för räkenskapsåret och ekonomiska ställning per bokslutsdagen.

Vi är medvetna om att revisorns granskning skall utföras i enlighet med god revisionssed i Sverige och att detta innebär att granskningen har utformats så att ni i första hand skall kunna avge ett omdöme om SLSO:s delårsrapport i sin helhet. Det innebär att era granskningsåtgärder har begränsats till vad som ansetts nödvändigt för detta ändamål.

Mot denna bakgrund bekräftar vi, utifrån vår kunskap och övertygelse, nedanstående uppgifter:

A. Delårsrapport och bokföring

1. Vi bekräftar att vi förstår ledningens ansvar för att delårsrapporten har upprättats i enlighet med tillämpligt regelverk. Det är vår uppfattning att delårsrapporten är upprättad i enlighet med angivna redovisningsprinciper och att den ger en rättvisande bild av verksamhetens resultat för perioden, ekonomiska ställning per balansdagen samt kassaflödet under perioden. Delårsrapporten innehåller inga väsentliga fel och inga väsentliga uppgifter har utelämnats. Inga väsentliga byten av redovisningsprinciper har skett under räkenskapsåret som inte upplysts om i delårsrapporten.
2. De väsentliga redovisningsprinciper som tillämpats vid upprättande av delårsrapporten är beskrivna på ett ändamålsenligt sätt.
3. Vi anser att förvaltningen har ett system av interna kontroller som anpassats för att upprätta en delårsrapport utan väsentliga felaktigheter, både till följd av oavsiktliga fel och till följd av oegentligheter.
4. Vi intygar att det utifrån vår kunskap om bokslutet inte föreligger några felaktigheter som är väsentliga, varken enskilt eller sammantaget, för delårsrapporten i sin helhet.

B. Oegentligheter

1. Vi är medvetna om att nämnden och ledningen har ansvar för utformning, upprättande och vidmakthållande av en intern kontrollstruktur för att förebygga och upptäcka oegentligheter.

2. Vi har informerat er om resultaten från vår bedömning av risken för att delårsrapporten skulle kunna innehålla väsentliga fel till följd av oegentligheter.

3. Det har inte kommit till vår kännedom att förvaltningsledningen eller någon annan medarbetare med arbetsuppgifter inom den interna kontrollstrukturen har varit inblandad i några oegentligheter. Det har inte heller kommit till vår kännedom att övrig personal varit inblandad i oegentligheter som kan komma att väsentligt påverka delårsrapporten. Vi har inte heller fått kännedom om några anklagelser om finansiella felaktigheter, inklusive kända oegentligheter och misstänkta oegentligheter (oberoende av källa och inkluderar anklagelser från s.k. ”whistle-blowers”) som skulle kunna påverka delårsrapporten väsentligt eller på annat sätt påverka förvaltningens finansiella rapportering.

C. Överensstämmelse med lagar och förordningar

1. Vi har informerat er om samtliga kända, faktiska eller befarade överträdelser av lagar och förordningar, i den mån sådana förekommit, vars effekter har beaktats vid upprättande av delårsrapporten.

D Tillhandahållen information och bekräftelse om fullständighet i information och transaktioner

1. Vi har tillhandahållit

   - Tillgång till all information, såsom räkenskapsmaterial och annan dokumentation, som är av betydelse för upprättande av delårsrapporten. Ni har också beretts tillfälle att intervjua de personer ni bedömt som nödvändiga för att erhålla revisionsbevis.

   - Annan information som ni har efterfrågat för revisionsändamål.

2. Samtliga affärshändelser har registrerats i den bokföring som ligger till grund för delårsrapporten.

3. Ni har fått tillgång till samtliga protokoll från nämndens möten (och dessutom sammanfattningar från möten som nyligen hållits och där protokoll ännu inte föreligger) vilka ägt rum under januari – augusti till och med det senaste mötet vilket ägde rum 31 augusti. Ni har också fått tillgång till samtliga väsentliga avtal och överenskommelser.

4. Vi intygar att vi lämnat fullständiga uppgifter avseende närstående parter. Vi har lämnat upplysningar om förvaltningens samtliga närstående parter och alla transaktioner med närstående parter som vi känner till. Transaktioner med närstående parter är redovisade på tillbörligt sätt i delårsrapporten. Informationen i därtill hörande tilläggsupplysningar har utformats på ändamålsenligt sätt.

5. Vi anser att de väsentliga antaganden som använts vid bedömningsposter i redovisningen är rimliga.

6. Vi har informerat er om, och förvaltningen har fullgjort, samtliga kontraktsenliga åtaganden som kan ha en väsentlig effekt på delårsrapporten i händelse av

överträdelse. Informationen omfattar alla lånevillkor, övriga villkor eller andra krav som hänför sig till samtliga utestående skulder.

E. Tillgångar och skulder samt poster inom linjen

1. Vi bekräftar att de tillgångar och skulder som redovisats i balansräkningen är rätt klassificerade och värderade. Vidare bekräftar vi också att det inte föreligger information som innebär att ytterligare tillgångar, skulder, poster inom linjen eller upplysningar skulle ha redovisats/lämnats i delårsrapporten.
2. Inga förändringar planeras eller övervägs som skulle kunna medföra väsentliga förändringar i värderingen av balansposter eller klassificeringen av tillgångar och skulder i delårsrapporten.
3. Alla skulder och ansvarsförbindelser, inklusive de som omfattas av skriftliga eller muntliga garantier, är redovisade på tillbörligt sätt. Informationen i därtill hörande tilläggsupplysningar har utformats på ändamålsenligt sätt.
4. Det föreligger inga civilrättsliga tvister eller andra rättsliga krav, inklusive krav på skatter eller avgifter, som skulle kunna komma att påverka delårsrapporten utöver de som redovisats eller framgår av annan information i delårsrapporten.

F. Ersättningar till nämnd och ledande befattningshavare

Inga ersättningar har utgivits och inga avtal om framtida ersättningar till nämnd eller ledande befattningshavare föreligger, utöver vad som redovisats i delårsrapporten.

Vi bekräftar, utifrån vår bästa kunskap och övertygelse, följande:

- Det finns inga muntliga avtal om ersättningar till våra ledande befattningshavare som ni inte skriftligt fått information om.

G. Händelser efter balansdagen

Det har inte förekommit några händelser efter periodens slut som kräver ändring av eller upplysning i delårsrapporten eller i tilläggsupplysningarna.

Efter bästa förmåga och kunskap bekräftar vi att inget har hänt mellan balansdagen och dagen för detta brev som skulle kräva ändring av eller upplysning i ovan angivna finansiella delårsinformation.

Karin Persson
Tf sjukvårdsdirektör/ekonomidirektör

Rikard Lindqvist
Tf Avdelningschef,
Verksamhetsstöd Ekonomi