Stockholms läns sjukvårdsområde
Sjukvårdsdirektören

BESLUTSUNDERLAG
2019-09-11

SLSO 19-664
RS 2019-0237

Delårsrapport 2019-08-31

Delårsrapport 2019 för Stockholms läns sjukvårdsområde har upprättats enligt regionstyrelsens beslut och enligt anvisningar från regionledningskontoret.

Förslag till beslut
Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att godkänna delårsrapport per 2019-08-31 med rapport och bilagor, samt

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Karin Persson
Ekonomidirektör

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0237
SLSO 19-644

Stockholms läns sjukvårdsområde

Delårsrapport

Augusti 2019

Innehållsförteckning

1 Inledning 4
1.1 Väsentliga händelser 4

2 Styrning och ledning 5
2.1 Mål 5
2.1.1 Uppfyllelse av mål och indikatorer 5
2.1.2 Långsiktigt hållbar ekonomi 6
2.1.3 En hållbar region Stockholm 7
2.1.4 Region Stockholm ska vara en attraktiv arbetsgivare 8
2.1.5 Hälso- och sjukvården i Stockholm ska präglas av korta vårdköer, hög tillgänglighet, god kvalitet och invånarens möjlighet att själv välja vårdgivare 11
2.2 Intern kontroll 13
2.2.1 Arbetet med intern kontroll 13
2.2.2 Resultat och analys från riskbedömningen 14
2.2.3 Försäkran 14
2.3 Anmodan 15

3 Verksamhet 18
3.1 Verksamhetsförändringar 18
3.2 Vårdproduktion 19

4 Ekonomi 24
4.1 Resultat 24
4.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal 27
4.2 Åtgärdsprogram för en ekonomi i balans 28
4.3 Investeringar 29
4.3.1 Investeringsobjekt 29
4.3.2 Ny- och ersättningsinvesteringar 30

5 Personal och kompetensförsörjning 31
5.1 Bemanning 31
5.2 Sjukfrånvaro 32

6 Risker och möjligheter 33

7 Ledningens åtgärder 33

8 Nämnd-/styrelsebehandling 33

Bilagor

Bilaga 1: SLSO Bil 1 Sammanställning risker och kontroll

Bilaga 2: SLSO Bil 2 Sammanställning av risker och åtgärder

Bilaga 3: SLSO Bil 3 Fördjupad sammanställning av risker

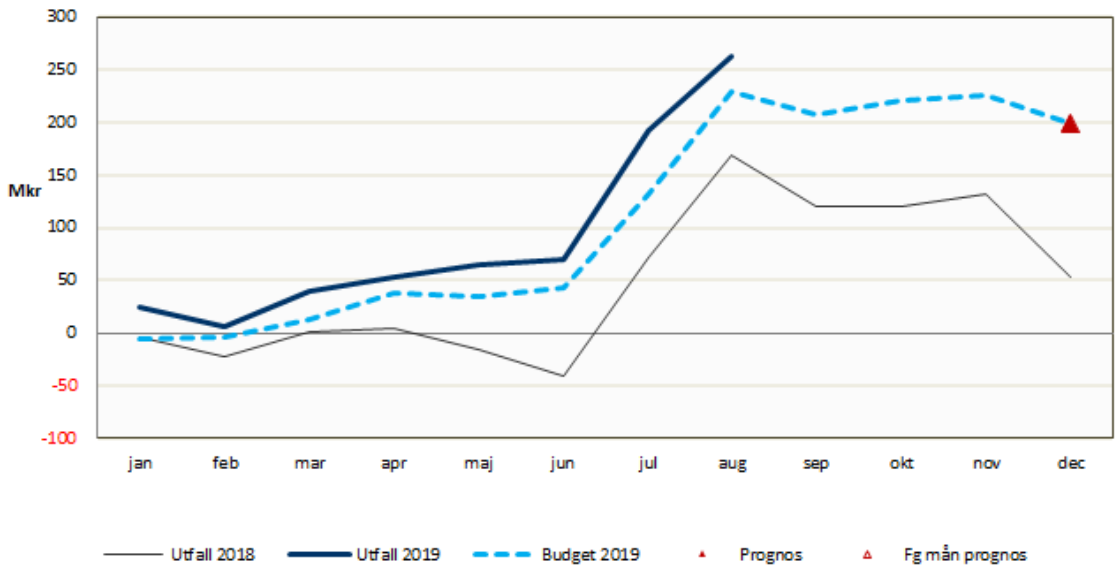
Bilaga 4: SLSO Bil 4 Plan for intern kontroll 2019, delårsuppföljning

Bilaga 5: SLSO Bil 5 Måltabell delår

Bilaga 6: SLSO Bil C Investeringar 2019 delår

Bilaga 7: SLSO Bil E Övriga avsättningar ansvarsförbindelser och tvister 2019 delår

1 Inledning



Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) redovisar ett ekonomiskt resultat på 262 mkr vilket är 33 mkr bättre än periodens budget och 92 mkr bättre än resultatet för föregående år. Resultatförbättringen jämfört med föregående år hänförs framför allt till psykiatri, hjälpmedel och somatisk specialistvård. Detta förklaras bland annat av nya ersättningsnivåer i vårdavtalen, ökad försäljning av hjälpmedel samt ökad produktion.

Intäkterna har ökat med 813 mkr (11 %) jämfört med 2018, vilket i huvudsak förklaras av utökad verksamhet, helårseffekter av verksamheter som startade 2018, uppräkning av vårdavtal/förfrågningsunderlag samt ökad produktion.

Verksamhetens kostnader har ökat med 645 mkr (9 %) jämfört med 2018, vilket i huvudsak förklaras av utökad verksamhet, löne- och prisuppräkningar samt ökat personal-omkostnadspålägg (PO-pålägg).

Avskrivningskostnaderna har ökat med 76 mkr, vilket förklaras av förändrade principer för redovisning av hjälpmedel.

Årsprognos

Utifrån det ekonomiska resultatet per augusti beräknas de av fullmäktige fastställda resultatkravet på 199 mkr uppnås vid årets slut.

1.1 Väsentliga händelser

Under årets åtta första månader har inga oplanerade händelser inträffat som är av betydelse för att ge en rättvisande bild av verksamheten.

2 Styrning och ledning

2.1 Mål

I följande avsnitt redovisas mål och indikatorer för tertial 2. Prognosen för måluppfyllelse avser enbart de indikatorer som är fastställda av fullmäktige. Prognosen utgår från anvisningarna från regionledningskontoret som innebär att:

- grönt om minst hälften av de neddelade fullmäktigeindikatorerna under målet är gröna
- gult om minst hälften av dem är antingen gröna eller gula
- rött om mindre än hälften av dem är gröna eller gula.

Om det inte finns några fullmäktigeindikatorer som styr mot målet ska måluppfyllelse inte markeras, vilket innebär att detta markeras med ett streck.

2.1.1 Uppfyllelse av mål och indikatorer

Mål	Indikator	Utfall	Mål-värde nämnd/ bolag	Mål-värde full-mäktige	Prognos-upp-fyllelse indikator *
Vård i rätt tid	**Andel patienter som får tid till husläkare inom 3 dagar**	96,8%		>=90%	
	Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	79%		>=73%	
	Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	0%		>=90%	–
Säker vård	**Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner**	2,8%	<=5%	<=7,9%	
Effektiv vård	**Antal dagar medicinskt färdigbehandlade patienter är kvar på sjukhus**	0st		<=3st	–
God folkhälsa	**Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete**	91%		>=75%	
Högt förtroende för vården	**Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra**	84%	>=82%	>=82%	–

* Jämfört med nämnds/bolags målvärde om det finns, annars mot fullmäktiges målvärde

2.1.2 Långsiktigt hållbar ekonomi

Ett resultat i balans

Målet resultat i balans uppnås delvis. Totalt för SLSO redovisas ett resultat som är bättre än periodiserad budget samt en positiv produktivitetsutveckling. Samtidigt visar flera resultatenheter underskott samt negativ produktivitetsutveckling.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos -upp- fyllelse indikator	Mål- värde nämnd/ bolag	Mål- värde full- mäktige
Resultatenheter med ekonomi i balans (resultat jmf med budget) *(Nämnd)*	56%		🟥	80%	
Kommentar					
Andelen resultatenheter med en ekonomi i balans uppgår till 56% vilket är under målvärdet. Inom VO primärvård har 58% av enheterna en ekonomi i balans, VO psykiatri 53% och geriatrik 25%.					
Produktivitet produktion/kostnad *(Nämnd)*	2,6%		🟢	1%	
Kommentar					
Produktiviteten (produktion/kostnad) ökade med 2,6% till och med juli (ingen uppgift finns ännu för augusti).					
RE med positiv produktivitetsutveckling *(Nämnd)*	49%		🟥	70%	
Kommentar					
Andelen resultatenheter med positiv produktivitetsutveckling ligger på 49% vilket ligger i paritet med föregående år (51%), målet om 70% uppnås inte. VO primärvård har lägst andel RE med positiv produktivitetsutveckling (41%), medan VO psykiatri respektive VO habilitering och hjälpmedel båda uppnår målet om 70%.					

Indikator (rapporteras per delår)	Utfall	Utfall fg år	Mål- värde full- mäktige	Mål- värde nämnd/ bolag	Mål- värde full- mäktige
Produktivitet produktion/arbetad timma *(Nämnd)*	0,9%		🟢		

Hållbar investeringsutveckling

Uppdrag från Regionfullmäktige

✔ Avslutad	**Fortsätta ombyggnationen av Vårdavdelningar vid Nacka sjukhus**

LS 2017-1455 Budget 2019 för Region Stockholm

Kommentar

På Nacka sjukhus är arbetet med att färdigställa sjukhuset för psykiatrisk heldygnsvård i det närmaste klart. Driftsättning är planerad under fjärde kvartalet 2019 varpå 96 vårdplatser tas i drift av SLSO, Psykiatri Södra. Driftsättningen innebär en ökning av kostnader framförallt högre hyra och ökade kostnader för utrustningsinvesteringar. För att optimera förutsättningar för god och säker vård kommer även hyresgästanpassningar att genomföras parallellt med färdigställandet av själva vårdplatserna. Detta innebär att ytor för vårdadministration färdigställs på plan 3 under april 2020 och patienters aktivitets- och utemiljö byggs klart till juni 2020.

2.1.3 En hållbar region Stockholm

Stockholmsregionen ska inom fem år vara en av Europas fem ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa

Indikator (rapporteras per delår)	Utfall	Utfall fg år	Mål-värde full-mäktige	Mål-värde nämnd/ bolag	Mål-värde full-mäktige
Studerande veckor *(Nämnd)*	7 850		●		

Kommentar

Antalet studerandeveckor under VT 2019 uppgick till 7850 vilket är högre än motsvarande period föregående år (7568 veckor).

Region Stockholms påverkan på klimatet ska minska

Uppdrag från Regionfullmäktige

▶ Pågående enligt plan	**SLSO ska öka takten i att byta ut sina fordon mot fordon som drivs med fossilfritt bränsle**

LS 2017-1455 Budget 2019 för Region Stockholm - Budgetuppdrag

Kommentar

SLSO kommer att anskaffa 16-18 elbilar till en kostnad på 6 miljoner senast 31 december 2019. I och med ökningen av antalet elbilar kommer mätetalet för indikatorn andelen fossilfria fordon att öka.

Region Stockholm ska upprätthålla sina samhällsviktiga funktioner vid extraordinära händelser och klimatförändringar

Uppdrag från Regionfullmäktige

▶ Pågående enligt plan	**Klimat- och sårbarhetsanalys**

LS 2017-1455 Budget 2019 för Region Stockholm - Budgetuppdrag

Kommentar

SLSO har påbörjat implementering av systematiskt säkerhetsarbete i SLSO:s ledningssystem.

SLSO har deltagit i Region Stockholms övergripande klimat-, risk- och sårbarhetsanalys under våren/sommaren 2019. Med stöd av den koncernövergripande analysen har en förvaltningsövergripande klimat-, risk- och sårbarbetsanalys (RSA) genomförts för innevarande mandatperiod. Rapporten kommer att behandlas i styrelsen i oktober.

Skattepengar ska frigöras till kärnverksamhet

Uppdrag från Regionfullmäktige	
✔ Avslutad	**Fastställa ny tjänstemannaorganisation**
LS 2018-0680	
✔ Avslutad	**Utse innovationsansvarig**
LS 2017-1455 Budget 2019 för Region Stockholm - Budgetuppdrag	
✔ Avslutad	**Avsätta medel för utveckling, innovation och förnyelse**
LS 2017-1455 Budget 2019 för Region Stockholm - Budgetuppdrag	

2.1.4 Region Stockholm ska vara en attraktiv arbetsgivare

Ett väl fungerande styr- och ledningssystem innebär att organisationsstrukturer inom förvaltningen finns uppbyggda. Då SLSO är ISO-certifierat, inom bland annat arbetsmiljö, har grunden till den systematik och struktur som genomsyrar arbetsorganisation säkerställts. Genom årlig, såväl intern som extern revision, garanteras uppföljning av arbetssätt för att bibehålla en tillfredsställande och hållbar arbetsmiljö.

För att vara en attraktiv arbetsgivare krävs ett aktivt arbete med arbetsmiljön och hälsofrämjande åtgärder. SLSO skall då, som tidigare nämnts, erbjuda ett hållbart arbetsliv med ett tillfredsställande arbetsmiljöarbete utifrån fysiska, sociala och organisatoriska aspekter där medarbetarna ges möjlighet att utvecklas i sitt arbete och där ett ständigt arbete pågår för att förebygga skador och ohälsa.

Väl fungerande chef- och ledarskap är viktigt för att SLSO ska vara en attraktiv arbetsgivare. Ett gott ledarskap ger medarbetarna utrymme att vara delaktiga, goda idéer tas till vara och medarbetare erbjuds utveckling i yrket. Styrning och ledning av kompetenta medarbetare handlar allt mer om att kunna stimulera och motivera, att bygga tillit utifrån värdegrund.

Genom planerad och gemensam samordning av bemanningen kring och med patienter skapas bättre produktivitet och patientsäkerhet. Intentionerna i Framtidsplanen för hälso- och sjukvården pekar tydligt på att ett ökat samarbete mellan olika vårdgivare kommer att vara nödvändig. Detta ställer krav på chefer och medarbetare att, utifrån patientens perspektiv, vara med och samordna vården så den är patientsäker och av god kvalitet. Särskilt fokus behövs också på våra studenter, morgondagens medarbetare.

En säker vård med goda medicinska resultat kräver kompetenta, engagerade och stolta medarbetare. En av SLSO:s viktigaste framgångsfaktorer är att behålla och utveckla medarbetare och att kunna rekrytera med rätt kompetens. Ansvaret för medarbetarnas kompetensutveckling och deras vidareutveckling i professionen åligger varje verksamhetschef. Ett bra stöd är det pågående arbetet med de nya kompetensstegarna.

I SLSO prioriteras kompetens- och utbildningssatsningar som bedöms nödvändiga för att klara den fortsatta kompetensförsörjningen. Områden som är prioriterade är:

· SLSO:s kompetensförsörjningsplan vidareutvecklas inom respektive verksamhetsområde.

· Fortsatt satsning på SLSO:s olika chefsprogram

· Kompetensstegen för sjuksköterskor inom psykiatrin och geriatrik ska användas vid

medarbetarsamtal för 2019. För primärvården pågår implementeringsarbetet.

· Kompetensstegar för andra yrkesgrupper kommer att implementeras under 2019.

· För psykologer pågår arbetet med framtagande av en kompetensstege som följer regionens generiska modell. SLSO har i uppdrag från regionen att samordna detta arbete.

· SLSO:s specialistutbildning för sjuksköterskor i samverkan med Röda Korsets högskola inom psykiatrisk vård utvecklas och förbättras.

SLSO kommer att fortsätta utveckla VIL (verksamhetsintegrerat lärande) för samtliga studerandegrupper inom SLSO:s verksamheter. En ny studerandeenkät är framtagen av KI/regionen som alla studenter får efter avslutad VIL.

SLSO får ett utökat uppdrag 2019 för specialisttjänstgöring (ST) i närsjukvården, vilket ska leda till förbättrad och utvecklad samverkan med berörda i regionen oberoende av driftsform. Ett helhetsansvar ger möjlighet att optimera verksamheternas egna resurser och ge verksamhetscheferna stöd att möta de växande utmaningarna i att klara utbildningsuppdraget inom ST.

SLSO fortsätter under 2019 att ta fram ett förslag till samordnad allmäntjänstgöring(AT)-rekrytering inom regionen i syfte att förbättra rekryteringen av AT-läkare så att rekryteringsunderlaget till ST inom närsjukvården blir bättre.

Praktisk tjänstgöring för psykologer(PTP)-programmen fortsätter att utvecklas framåt för att stärka utbildningsinsatser, kurser och seminarier med stärkt handledning när det gäller de senaste behandlingsformerna.

Bristen på sjuksköterskor och läkare har varit ett problem de senaste åren vilket medfört att verksamheterna har fått lägga resurser på att hyra in personal. Detta förorsakar negativa konsekvenser för patientsäkerheten och personalens arbetsmiljö. Åtgärder för att minska behovet av inhyrning sammanfaller i stor utsträckning med de insatser som gör för att uppnå målen Attraktiv arbetsgivare och Systematisk kompetensförsörjning. Arbetsorganisationen ska utvecklas kontinuerligt, bland annat genom kompetensväxling, teamarbete och interprofessionellt arbetssätt. Att arbeta med kompetensmix innebär bland annat att se över arbetsuppgifter som kan överföras mellan olika yrkeskategorier eller att nya kompetenser införs i verksamheterna.

Införandet av KOLL och IT-stödet ProCompetence inom SLSO fortsätter. Under våren 2019 har KOLL införts på Löneenheten, Portföljkontoret och Logopedmottagningarna. Roller har tagits fram för samtlig personal inom vårdcentral/husläkarmottagning/husläkarjour, medarbetarna går in i ProCompetence under oktober 2019. Hösten 2019 kommer även roller tas fram för delar av VO Somatisk specialistvård (ASiH och Närakuter) samt VO Psykiatri (Transkulturellt Centrum). Dessa medarbetare beräknas gå in i ProCompetence januari 2020.

Resultat augusti 2019:

·Andelen medarbetare inom SLSO som har skattat sin reella kompetens i ProCompetence är 18,1 procent.

·Andelen medarbetare inom SLSO som har deklarerat sin formella kompetens i ProCompetence är 23,1 procent.

·Andelen medarbetare inom SLSO som har en utvecklingsplan i ProCompetence är 7,7 procent.

Plan KOLL 2019-2020:

·Oktober 2019: Medarbetare på vårdcentral/husläkarmottagning/husläkarjour går in i ProCompetence

·November-december 2019: Roller tas fram för ASiH, Närakuter och Transkulturellt Centrum

·Januari 2020: Medarbetare på ASiH, Närakuter och Transkulturellt Centrum går in i ProCompetence

·Plan 2020: Fortsatt införande på VO Primärvård¸ VO Somatisk specialistvård och eventuellt VO Psykiatri

Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos -upp-fyllelse indikator	Mål-värde nämnd/ bolag	Mål-värde full-mäktige
Kvarstannandegrad *(Nämnd)*	84%		▬	>=85%	

Kommentar

Kvarstannandegraden (andel av dem som var anställda för 12 månader sedan och är kvar inom SLSO) uppgår till på 84% vilket är något under målet om 85%. Om man tittar på anställningsförhållandet så blir värdet 87 % för tillsvidareanställda och 58 % för tidsbegränsat anställda. Det är också stora skillnader mellan yrkesgrupperna. Yrkesgrupper med stor rörlighet är bland annat läkare och sjuksköterskor utan specialistutbildning.

Systematisk kompetensförsörjning

Målets enda indikator är inte uppnådd varför målet heller inte bedöms uppnått.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos -upp-fyllelse indikator	Mål-värde nämnd/ bolag	Mål-värde full-mäktige
Antalet anställda ST-läkare *(Regionfullmäktige)*	555st		■	650st	

Kommentar

SLSO:s verksamheter har per augusti 555 anställda ST-läkare. Prognosen för helår är 600 ST-tjänster och målnivån bedöms inte uppnås. Orsaker till den bristande måluppfyllnaden är bland annat ökad problematik avseende att sjukhus och andra vårdgivare anvisar ett minskande utrymme för sidotjänstgöring, s k randning. Ytterligare en faktor som påverkar möjligheterna att inrätta ST-tjänster är tillgången på handledare. Genom de extrapengar som Region Stockholm tillfört ST-läkarutbildningen genomförs dock under hösten en rad aktiviteter för att stärka upp och förbättra handledarkapaciteten i verksamheterna.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos -upp- fyllelse indikator	Mål- värde nämnd/ bolag	Mål- värde full- mäktige
Andel inhyrd personal (av vårdpersonal) *(Nämnd)*	3,7%			<=2%	

Kommentar

Andelen inhyrd personal (av vårdpersonal) uppgick för perioden till 3,7% vilket gör att målet för indikatorn inte uppnås. Jämfört med tertial 1 har dock andelen sjunkit (tertial 1: 5,1%).

Andel verksamheter som har mer än 2% inhyrd personal *(Nämnd)*	44%				

Kommentar

Andelen vårdverksamheter med en inhyrning över 2% uppgår till 44% vilket är en liten förbättring i förhållande till tertial 1 då andelen uppgick till 47%

2.1.5 Hälso- och sjukvården i Stockholm ska präglas av korta vårdköer, hög tillgänglighet, god kvalitet och invånarens möjlighet att själv välja vårdgivare

Vård på rätt plats

Uppdrag från Regionfullmäktige

Pågående enligt plan — **Utveckling av FHS, tredje steget**

LS 1403-0399 Mål och budget 2015 nr 18

Kommentar

Implementeringen av tredje steget pågår. För SLSO innebär det att arbetet med att avlasta det akuta omhändertagandet pågår på våra 6 närakuter. För närakuterna planeras ny placering i anslutning till akutsjukhusens akutmottagning för de närakuter där detta är möjligt. Inom geriatrik och ASIH pågår en kalibrering av antalet vårdplatser utifrån kostnadsbild och ersättningsnivåer samt utifrån befolkningens behov.

Vidare har SLSO inför driftsättningen av Sollentuna sjukhus deltagit med expertutlåtanden gällande byggnadspåverkande aspekter avseende utrustning och den kliniska funktionaliteten i hälso- och nämndens (HSN) upphandling av vårdgivare för sammanhållen seniorvård på sjukhuset.

På Nacka sjukhus fortskrider arbetet med att färdigställa sjukhuset för psykiatrisk heldygnsvård enligt rådande tidplan. 96 vårdplatser planeras att tas i drift av SLSO, Psykiatri Södra under fjärde kvartalet 2019.

På Huddinge sjukhus kommer moderniserade färdigställda psykiatriska vårdplatser att under oktober månad tas i drift av rättspsykiatrin. Bakgrunden till detta är att det finns stort behov av vårdplatser inom rättspsykiatrin i väntan på att Helix 2 färdigställs varför HSF och SLSO överenskommit att öka platsantalet genom denna förändring.

I budgetunderlaget för 2020 har SLSO har sammanställt och sänt in alla de behov SLSO har avseende ombyggnationer och vidare omställning mot framtidens hälso- och sjukvård. Beroende på hur SLSO:s investeringsobjekt prioriteras i processen för hela regionens investeringar kommer ett antal förstudier att startas. På Danderyds sjukhusområde gäller det modernisering av befintliga psykiatriska heldygnsvårdplatser i enlighet med tidigare beslut som skjutits på framtiden. På S:t Göran har SLSO önskat att ett nytt hus för psykiatri skall prioriteras i inventeringsarbetet samt att vidare utredning bör ske kring möjlighet till samlokalisering av all vård för barn och unga. På Löwenströmska kan förstudie kring upprustning av befintliga lokaler samt utredning om nytt hus bli aktuellt. För rättspsykiatrin pågår även en sedan tidigare beslutad förstudie kring att uppföra Helix 2.

Generellt råder evakueringsproblematik avseende att komma vidare med alla planer inom ramen för FHS.

Vård i rätt tid

Målet bedöms uppnås för helår 2019 då två av indikatorerna är uppfyllda.

Indikator (rapporteras per månad)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-upp-fyllelse indikator	Mål-värde nämnd/ bolag	Mål-värde full-mäktige
Andel patienter som får tid till husläkare inom 3 dagar *(Regionfullmäktige)*	96,8%		●		>=90%
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar *(Regionfullmäktige)*	79%	86%	●		>=73%
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar *(Regionfullmäktige)*	0%		▬		>=90%

Kommentar

Ingen uppgift kan rapporteras då defintion av måttet saknas för SLSO:s verksamheter.

Säker vård

Då den enda av fullmäktige fastställda indikator, förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner, uppnås bedöms målet uppnås. Övriga indikatorer är SLSO:s egna.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-upp-fyllelse indikator	Mål-värde nämnd/ bolag	Mål-värde full-mäktige
Kontinuitet i vården - andel patienter som träffar samma läkare/behandlare *(Nämnd)*	76%		◆		

Kommentar

Besökskontinuiteten ligger på samma värde som samma period föregående år. Målet om att värdet ska öka har inte uppnåtts.

Indikator (rapporteras per delår)	Utfall	Utfall fg år	Mål-värde full-mäktige	Mål-värde nämnd/ bolag	Mål-värde full-mäktige
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner *(Regionfullmäktige)*	2,8%	5,3%	●	<=5%	<=7,9%
Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade) *(Nämnd)*	76,2		●	<=158	

Kommentar

Antal uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade var fram till och med augusti 76, föregående års siffra för samma period var 87. Prognos för helåret 2019 är 107 målvärdet antas uppnås.

Uppdrag från Regionfullmäktige

▶ Pågående enligt plan	**Möjliggöra FVM SLL (sjukvårdsproducenter)**

LS 2017-1455 Budget 2019 för Region Stockholm - Budgetuppdrag

Kommentar

FVM organisationen inom SLSO består bland annat av två FVM sponsorer samt personer som utifrån sin funktion bidrar i arbetsgrupper.

FVM Sponsorernas uppdrag är att utveckla och initiera frågor rörande FVM och förbereda SLSO:s verksamheter inför genomförandet.

Flertalet verksamhetsförberedande projekt pågår, så som t.ex. arbetet med strukturerad vårddokumentation och masterdata. En applikationskartläggning pågår som syftar till att bedöma vilka lokala applikationer som måste integreras.

Översyn pågår om vilka resurser, personella och ekonomiska, som kommer att behövas till både konfigurations- och implementeringsfaserna.

Effektiv vård

Indikator (rapporteras per månad)	Utfall	Utfall fg år	Prognos -upp- fyllelse indikator	Mål- värde nämnd/ bolag	Mål- värde full- mäktige
Antal dagar medicinskt färdigbehandlade patienter är kvar på sjukhus *(Regionfullmäktige)*	0st		▬		<=3st

Kommentar

Arbete med att utveckla rapporter för indiktorn pågår, indikatorn kommer att börja rapporteras till årsbokslutet.

God folkhälsa

Målet för god folkhälsa bedöms uppnås då 91% av husläkarmottagningarna bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete.

Indikator (rapporteras per månad)	Utfall	Utfall fg år	Prognos -upp- fyllelse indikator	Mål- värde nämnd/ bolag	Mål- värde full- mäktige
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete *(Regionfullmäktige)*	91%	84%	●		>=75%

2.2 Intern kontroll

2.2.1 Arbetet med intern kontroll

SLSO:s arbete med intern kontroll sker i enlighet med regionledningskontorets anvisningar och gällande policy för intern kontroll. Under de senaste åren har arbete med intern kontroll förbättrats inom SLSO. Ett arbete pågår dessutom med att samordna arbetet med intern kontroll, verksamhetsplanering och ledningssystem för att skapa en tydligare struktur och styrning och ledning av verksamheten.

SLSO har en fortsatt hög risk kopplat till kompetensförsörjning och ökad svårighet att rekrytera personal inom

verksamheten. Ett intensifierat arbete med detta kommer att fortgå under hösten. I internkontrollplanen för 2019 finns det en ökad ekonomisk risk. Förvaltningen har arbetat med att minska denna risk och har nu fler resultatenheter som visar ett positivt resultat i delårsuppföljningen (per juli).

2.2.2 Resultat och analys från riskbedömningen

Internkontrollplan för 2019 fastställdes av styrelsen i samband med verksamhetsplan 2019. Denna internkontrollplan och riskbedömning kvarstår vid delårsuppföljningen 2019.

Arbetet med intern kontroll inom SLSO har utgått ifrån en bred och omfattande riskanalys som genomfördes med verksamheterna under 2017. Denna breda riskanalys har varit ett underlag inför den riskanalys som gjordes för att ta fram internkontrollplan för 2019.

Under 2018 införde dåvarande landstingsstyrelsens förvaltning ett stödsystem för intern kontroll där riskerna i internkontrollplanen skulle kopplas samman med Region Stockholms övergripande mål för SLSO. Därför har även region Stockholms budget utgjort ett underlag för riskanalys och framtagandet av SLSO:s internkontrollplan för att säkerställa att förvaltningen uppnår de fastställda målen.

SLSO har under året arbetet intensivt för att ta fram och säkerställa adekvata kontrollmoment och ett flertal är nu etablerade och verksamheten följs upp på ett strukturerat sätt. En del arbete kvarstår dock inom vissa områden.

SLSO:s högsta risk är kopplad till kompetensförsörjning och ökade svårigheter att rekrytera personal. Ett arbete kvarstå för att kunna minimera denna risk och förvaltningen ämnar arbeta med denna fråga under hösten.

I den interna kontrollplanen för 2019 ökade antalet ekonomiska risker. Förvaltningen har arbetat intensivt med att förstärka kontrollmoment och åtgärder och i delårsuppföljningen är det nu fler resultatenheter som visar ett positivt resultat.

Under året har förvaltningen dessutom arbetat för att minimera riskerna kopplade till patientsäkerhet och informationssäkerhet och har även där etablerat ett flertal kontrollmoment och åtgärder som bedöms minska dessa risker.

2.2.3 Försäkran

Nämnden har försäkrat sig om att man genom förvaltningschefen vidtagit nödvändiga åtgärder för att uppnå en tillräcklig internkontroll inom verksamheten, i enlighet med Policy för intern kontroll LS 1303-0431.

2.3 Anmodan

Anmodan

Pågående enligt plan

Regionstyrelsen anmodar samtliga nämnder och bolag att fortsatt säkerställa åtgärder för att minska konsultkostnader och att intensifiera arbetet med att skifta ut konsulter.

RS 2018-1077

Delår 2019

SLSO strävar efter att minimera behovet av konsulter. Konsulter används endast i de fall särskild expertkunskap krävs och vid tillfälliga och/eller oförutsedda större arbetsinsatser. SLSO har under våren inrättat ett portföljforum inom Verksamhetsstöd eHälsa och IT och implementerar under hösten även ett portföljverktyg för att mer effektivt kunna styra och prioritera pågående och kommande projekt, uppdrag och linjeaktiviteter. Genom den ökade portföljstyrningen bedöms behovet av konsulter kunna minskas ytterligare då egna resurser planeras och nyttjas mer optimalt. I samband med budgetplanering för kommande år intensifieras även arbetet med digitaliseringsplaner inom samtliga SLSO:s verksamhetsområden, vilket skapar ännu bättre förutsättningar för resurs- och kompetensplanering.

Pågående enligt plan

Regionstyrelsen anmodar de nämnder och bolag som inte uppnår resultatkrav enligt beslut i fullmäktige att säkerställa åtgärder för en ekonomi i balans.

RS 2018-1077

Delår 2019

För 2018 uppnådde inte SLSO de av fullmäktige fastställda resultatkravet. För att säkerställa en långsiktig hållbar ekonomi krävs att samtliga enheter skall ha en ekonomi i balans. Det pågår arbete inom flera resultatenheter med att anpassa sin verksamhet till givna ekonomiska förutsättningar. Detta innebär att några verksamheter behöver struktureras om och begränsa utbudet alternativt avvecklas. Åtgärder vidtas inom respektive resultatenhet för att nå budgeterat resultat. Avveckling har skett av kostenheten och Äldredoktorn. Team har stängts inom ASIH. Översyn av utbud för primärvårdsrehabilitering och logopedi pågår.

Pågående enligt plan

Regionstyrelsen anmodar de nämnder och bolag med en investeringsverksamhet att intensifiera arbetet med styrning och uppföljning av investeringar genom att proaktivt och löpande arbeta med kvalitetssäkring av investeringarnas prognoser. Status, avvikelser och risker följs upp i landstingets tertial-, delårs- och årsrapportering.

RS 2018-1077

Delår 2019

De investeringar som finns inom SLSO:s budget avser utrustning samt ombyggnation i externt förhyrda lokaler. För dessa investeringar sker månatlig uppföljning inklusive prognos, status och eventuella avvikelser vilket rapporteras i månadsrapporterna till regionledningskontoret. Respektive verksamhetsområde inom SLSO redovisar utfall och prognos vid de månatliga uppföljningarna med sjukvårdsdirektören. Om avvikelse alternativt omprioriteringar måste ske görs detta i första hand inom respektive verksamhetsområde och i andra hand i SLSO:s ledning.

Pågående enligt plan

Regionstyrelsen anmodar samtliga nämnder och bolag att ytterligare intensifiera sitt arbete med att integrera informations- och it-säkerhet i sina verksamhetsprocesser och att ha ett tydligt fokus på att åtgärda identifierade avvikelser beträffande styrning, ledning och regelefterlevnad inom området.

Anmodan

RS 2018-1077

Delår 2019

En handlingsplan har tagits fram i syfte att ge arbetet med informationssäkerhet både struktur samt underlätta för SLSO:s ledning att på ett strukturerat vis utvärdera arbetet med informationssäkerhet.

Därutöver har arbetet med utformningen av en informationssäkerhetsorganisation i syfte att bygga upp lokala stöd- och resurspersoner (informationssäkerhetskoordinator och informationssäkerhetsombud) inom respektive verksamhetsområde och verksamhetsstöd fortlöpt. Ansvarsbeskrivning för informationssäkerhetskoordinator (VO/VS-nivå) och informationssäkerhetsombud (RE-nivå) är framtagen. Informationssäkerhetssamordnare kommer ansvara för planering och uppföljning inom ansvarsområdet för informationssäkerhet medan koordinator och ombud är behjälpliga med samordning och stödjande insatser för verksamheten.

Ett systematiskt och långsiktigt arbete med informationssäkerhet i samband med inköp och upphandling säkerställer ett bevarande av informationens konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet. Informationssäkerhetssamordnare har tillsammans med inköps- och upphandlingschef kontrollerat upphandlingsplanen för kommande år för att identifiera kommande inköp och upphandlingar där informationssäkerhet kan vara en del. Beträffande inköp och upphandling så har informationssäkerhetssamordnaren tillsammans med kollegor på regionledningskontoret arbetat med avtalsbilagan för informationssäkerhet i syfte att säkerställa så att kraven på regionens nya portföljverktyg tydligt framgår i avtal.

För att öka medvetenheten och kunskapen om informationssäkerhet har det under våren och sommaren genomförts en informationskampanj tillsammans med kommunikationsavdelningen för att öka andelen genomförda DISA-utbildningar. Under juni ökade antalet genomförda utbildningar med ca 50 %. Som komplement till DISA så kommer det under hösten och vintern även genomföras en tretton veckor lång e-learning kurs i informationssäkerhet riktat mot chefer inom SLSO, utbildningen är framtagen av Myndigheten för beredskap och samhällsskydd, länsstyrelserna och Sveriges kommuner och landsting (SKL).

I avsikt att förbättra kompetensen gällande regionens IT-stöd för regelefterlevnad så har informationssäkerhetssamordnare tillsammans och med hjälp regionledningskontoret genomfört Compliance bedömningar på två vårdcentraler och två IT-system. Vidare så har informationssäkehetssamordnaren arbetat fram frågor till internrevisionen för att bättre förstå hur bra arbetet med informationssäkerhet är inom organisationen. För att säkerställa incidenthantering enligt NIS-direktivet (säkerställa en hög informationssäkerhetsstandard i samhällsviktiga och digitala tjänster) så har informationssäkerhetssamordnare initierat en arbetsgrupp som ska arbeta fram processer för incidenthanteringen.

Informationssäkerhetssamordnare är sedan årsskiftet 18/19 en del av SLSO:s innovationssluss som ett led i att säkerställa att SLSO kan ta ansvar för sin information i ett livscykelperspektiv.

▶ Pågående enligt plan

Regionstyrelsen anmodar samtliga nämnder och bolag att ytterligare intensifiera sitt arbete med säkerhet och krisberedskap.

RS 2018-1077

Delår 2019

Under 2019 har SLSO inrättat ett säkerhets- och beredskapsforum bestående av säkerhetssamordnare från samtliga verksamhetsgrenar med uppgiften att vara ett internt forum för alla typer av säkerhets- och beredskapsfrågor som ingår i SLSO:s systematiska säkerhetsarbete. Forumet träffas fyra gånger om året och kan vid behov utökas med enskilda möten för speciella frågor som rör säkerhet och beredskap.

Kontinuitetsplanering

- SLSO har inlett arbetet med att ta fram en övergripande kontinuitsplan under 2019. Målet är att planen ska vara klar och implementerad i verksamheten i slutet av december.
- En introduktionsutbildning i kontinuitetsplanering för VO-chefer kommer genomföras under tredje kvartalet. Syftet med utbildningen är att öka förståelsen för varför och hur verksamheterna ska kontinuitetsplanera sina egna verksamheter. Där efter påbörjas arbetet med att upprätta verksamhetsspecifika kontinuitetsplaner. Målet är att samtliga verksamhetsområden ska ha upprättat lokala kontinuitetsplaner under slutet av 2020.

Anmodan

Reviderad kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan

- Revidering av SLSO:s kris- och katastrofmedicinska plan har genomförts.
- Arbetet med att upprätta utkast till stabsinstruktion har inletts och beräknas vara klar under slutet av året.
- SLSO har infört nya rutiner för beredskapsfunktion. Rutiner för beredskapsfunktionen finns upprättade och införda i SLSO kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan. Utbildning och övning för beredskapsfunktionen genomförs enligt ovan föreslagen plan.

Utbildnings- och övningsplan

- SLSO har upprätta förslag till övergripande utbildnings- och övningsplan för kris- och katastrofmedicinskberedskap och omfattar samtliga verksamhetsområden som ingår i SLSO:s krisledningsorganisation. Målet är att planen ska vara antagen av ledningsgruppen för SLSO under oktober månad.
- Huvuddelen av SLSO krisledning har till dags datum genomfört utbildning i lokal särskild sjukvårdsledning. Resterande personal kommer att genomföra utbildningen under 2020.
- Under året kommer utbildningar att genomföras med personal som ingår i SLSO:s beredskapsfunktion inom kompetensområde stabstjänst, bedömning, rapportering, lägesbild, kommunikation, handhavande av sambandsutrustning.

Kriskommunikation

- Under perioden har den befintliga kriskommunikationsplanen konkretiserats utifrån SLSO:s förutsättningar.

3 Verksamhet

3.1 Verksamhetsförändringar

De större verksamhetsförändringar som hittills skett under år 2019 är:

VO primärvård

Övertagande av SESAM- city (enhet för bla provtagning, diagnostik och behandling av sexuellt överförda infektioner) från Karolinska universitetssjukhuset den 1 januari. Verksamheten beräknas ha en omslutning på 10,6 mkr, 16 800 patientkontakter och 12 anställda för 2019.

Övertagande av ungdomsmottagningarna i Haninge och på Gullmarsplan från kommunen den 1 januari. Verksamheten beräknas ha en omslutning på 11,6 mkr, 12 600 patientkontakter och 12 anställda för 2019.

Övertagande av ungdomsmottagningen vid Odenplan från kommunen den 1 maj. Verksamheten beräknas under 2019 ha en omslutning på 3,2 mkr, 3 300 patientkontakter och 6 anställda.

Uppstart av virtuella mottagningen i Huddinge för digitala patientbesök den 24 april. Verksamheten beräknas under 2019 ha en omslutning på 1,2 mkr och 4 640 patientkontakter.

Uppstart av logoped mottagning i Rinkeby den 1 maj. Verksamheten beräknas under 2019 ha en omslutning på 3,3 mkr, 1 000 patientkontakter och 5 anställda.

VO psykiatri

Utökat vårdplatsantal på Beroendecentrum med 8 vårdplatser för patienter med särskilt vårdbehov. Verksamheten startade under januari. Verksamheten beräknas ha en omslutning på 18 mkr, 650 vårdtillfällen och ca 20 anställda för 2019.

Utökat vårdplatsantal för barn- och ungdomspsykiatrin med 10 vårdplatser under januari. Verksamheten beräknas ha en omslutning på 25 mkr, 350 vårdtillfällen och 28 anställda för 2019.

Start av ytterligare sprutbytesmottagning inom Beroendevården på Södermalm den 22 augusti Verksamheten har en beräknad omslutning på 6 mkr, 1500 besök och 5 anställda för 2019.

VO somatisk specialistvård

Övertagande av Överviktscentrum från Karolinska universitetssjukhuset den 1 januari. Verksamheten beräknas ha en omslutning på 17 mkr, 6 000 patientkontakter och 17 anställda för 2019.

Kostverksamheten på Rosenlund avvecklades under juni. Det ger en negativ effekt på omslutningen med 24,5 mkr samt 12,5 färre anställda för 2019.

Nedläggning av ett team ASiH Södra från 1 februari. Detta innebär en minskning av omsättning med 5 mkr och 14 anställda.

Nedläggning av team Äldredoktorn från 1 juli. Det ger en negativ effekt på omslutningen med 8 mkr, 6 färre anställda samt minskad produktionen i SÄBO med 2970 läkarbesök.

Övrigt

Övertagande av administrationen av placeringen för ST-läkare samt hantering av ersättning till privata vårdgivare för ST-läkare i närsjukvårdens specialiteter flyttades från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen den 1 april. Avtalet har en omslutning på 355 mkr för 2019 varav 152 mkr avser ersättning till privata vårdgivare.

3.2 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år	Budget avvik.
Geriatrisk vård							
Öppenvård	3 782	4 083	-301	-3,2 %	6 115	6 660	-545
Slutenvård	6 668	6 647	21	19,6 %	10 450	10 820	-370
Läkarbesök i SÄBO	2 988	4 579	-1 591	-48,5 %	3 900	5 499	-1 599
ASiH							
Vårddygn ASiH	139 723	144 299	-4 576	-4,7 %	212 000	218 270	-6 270
Vårddygn palliativ vård	6 239	6 197	42	4,9 %	9 308	9 308	0
Psykiatrisk vård							
Öppenvård	854 549	813 707	40 842	9,2 %	1 307 284	1 238 030	69 254
Slutenvård	19 631	21 653	-2 022	2,1 %	30 273	32 601	-2 328
Primärvård*							
Öppenvård	2 459 667	2 589 816	-130 149	0,3 %	3 844 376	4 037 635	-193 259
Habilitering och hälsa							
Antal besök	119 856	113 951	5 905	25,9 %	185 500	185 500	0
Somatisk specialistvård							
Läkarbesök	165 948	168 042	-2 094	8,5 %	257 160	255 120	2 040
Övriga besök	26 145	31 163	-5 018	87,2 %	41 000	47 890	-6 890
Övrig specialistvård*							
Öppenvård	14 494	16 524	-2 030	-11,9 %	24 300	25 927	-1 627
Antal disponibla vårdplatser psykiatri	**906**	**909**	**-3**	**4,9 %**	**921**	**909**	**12**
Antal disponibla vårdplatser geriatrik	**246**	**260**	**-14**	**1,7 %**	**263**	**280**	**-17**

* BUMM, gyn, arbetsmiljömedicin, hälsomottagningar.

Utfall i jämförelse med budget

Geriatrisk vård

· Produktionen inom öppen geriatrisk vård har utfallit 7,5 % lägre än budget, vilket i sin helhet beror på ett lägre utfall av läkarbesök.

· Produktionen inom sluten geriatrisk vård har totalt sett utfallit i nivå med budget. Antalet producerade vårdtillfällen har de senaste månaderna utfallit högre än förväntat, vilket i stort kan förklaras av minskade medelvårdtider.

· I snitt har den sammanlagda medelvårdtiden inom geriatriken utfallit som 7,09 dagar, vilket är 1,67 dagar lägre än förväntat.

· Läkarbesök i SÄBO har utfallit 35 % lägre än budget, främst p.g.a. att verksamheten Team Äldredoktorn har avvecklats en månad tidigare än förväntat. Produktionsutfallet har också påverkats negativt av att verksamhetens antal boenden varit färre än planerat.

ASiH

· Antalet vårddygn inom ASiH har utfallit 3,2 % lägre än budget. Verksamheterna i norra Stockholm har ett lägre produktionsutfall till följd av ett lägre remissinflöde än förväntat.

· Svårigheter med att rekrytera sjuksköterskor har minskat möjligheterna att öka remissinflödet.

Psykiatrisk vård

· Antal besök är väsentligt högre än antalet budgeterade. Besöken har ökat över tid för alla verksamheter vilket är mycket positivt. Barn- och ungdomspsykiatrin uppvisar en ökning om ca 34% jämfört budget. Detta beror på att distanskontakter ej budgeterats, vilket är en förändring i BUP:s avtal jämfört 2018.

· Alla verksamheter inom psykiatrin har nya avtal fr o m 1 januari. Alla uppdrag och ersättningsvillkor är numera enhetliga från att tidigare haft varierande upplägg vad gäller fasta och rörliga ersättningar.

· Antal avslutade vårdtillfällen är lägre i antal än budgeterat, men antalet vårddagar är högre än budget. Fler patienter ligger inne under längre perioder. Det saknas dessutom ett antal registreringar. Felsökning pågår och justering sker inom kort.

Primärvård

· Besöken för januari-augusti är 5 % lägre än periodiserad budget. I 2019 års budget är det räknat med att besöken kommer att öka jämfört med 2018. Besöken ligger dock kvar på föregående års nivå.

· För läkarbesök på husläkarmottagningar och husläkarjourer är antalet besök 7,7 % under budget. Tidskrävande utredningar som förs ut från akutsjukhusen och vakanser leder till att målnivåerna för produktion inte uppnås.

· Övriga besök på husläkarmottagningar är 4,1 % under budget. Det är inom psykosociala uppdraget som besöken är färre än budgeterat och detta beror på vakanser och ej uppnådda

besöksmål.

· Hemsjukvårdsbesöken fortsätter att öka något och är 2,1 % över periodiserad budget. Det är ett högt tryck i hemsjukvården, och att allt fler vårdcentraler kan inte längre delegera medicindelning till kommunens medarbetare.

· Inom primärvårdsrehabilitering räknade man vid budgeteringen att rekryteringsläget skulle förbättras och att besöken skulle öka. En del vakanser har man lyckats tillsätta, men inte alla, och de nyanställda behöver introduceras och klarar inte så mycket besök i början. För januari-augusti är besöken 8,1 % under budget.

· För barnavårdscentraler är sjuksköterskebesöken 13,1 % under budget pga att andelen teambesök ökar och då räknas sjuksköterskebesöken in bland läkarbesöken. Två BVC stängde den 30/6, men de flesta barnen hade redan innan flyttats till andra BVC och har därmed påverkat besöken. På mödravårdscentralerna är barnmorskebesöken 6,6 % fler än budget pga förbättrad bemanningssituation.

· Övriga besök övrig primärvård är 9,8 % under budget. Logoped mottagningarna kommer inte upp i budget fram för allt pga sjukskrivningar bland medarbetarna. Några fotvårdsavtal har avslutats. Färre besök inom uppdraget för psykosociala besök barn och ungdom beror på att det är svårt att bemanna och då har man valt att fokusera på vuxen psykosociala uppdraget istället.

Habilitering och hälsa

· Produktionen inom Habilitering och Hälsa har utfallit drygt 5 % högre än budget, vilket i sin helhet förklaras av fler distanskontakter än förväntat (145%).

· Distanskontakterna, som fr.o.m. 2019 ingår i verksamhetens vårdbeställning, har utfallit med en 14 %-ig andel av den totala produktionen. Det är mer än en fördubbling jämfört med budgeterad andel.

· Ökat antal distanskontakter har bidragit till att andelen uteblivna besök har minskat kontinuerligt under året.

· Ökat antal distanskontakter har också lett till att verksamhetens nyckeltal besök per behandlare och dag har ökat fortlöpande under året, från 1,8 i januari till 2,04 i augusti.

Somatisk specialistvård

· Produktionen inom somatisk specialistvård utgörs av prestationer inom SLSO Närakuter, Akademiskt specialistcentrum (ASC) och Centrum för cancerrehabilitering (CCR). Vårdproduktionen i dessa verksamheter har totalt utfallit närmare 3,6 % lägre än budget.

· Främst förklaras detta av att produktionen inom CCR inte kommit upp i budgeterade nivåer (-40%). Verksamheten har ett lägre remissinflöde än förväntat.

· Produktionen inom närakuterna har totalt sett utfallit 1,8 % lägre än förväntat. Närakuten Haga har ett besöksutfall som är 27 % lägre än budget, till följd av minskat antal hänvisningar i samband med att akuten på Karolinska stängde. Till stor del har den låga produktionen på Haga kompenserats av ökad produktion på Närakuterna Rosenlund och Handen.

· I Handen saknas en husläkarjour i närområdet, vilket inneburit att den patientgruppen har sökt sig till närakuten. Rosenlund har de senaste månaderna, i takt med att verksamheten blivit mer känd och etablerad hos befolkningen på Södermalm, haft en stigande besökstrend.

· Produktionen inom ASC har utfallit 1% lägre än budget som följd av en något lägre bemanning.

Övrig specialistvård

· För de barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna (BUMM) och gynmottagningarna är besöken under budget.

· Produktionen för CAMM, Centrum för arbets- och miljömedicin ligger under budget. Avvikelsen kan främst förklaras av färre läkarbesök än budgeterat, till följd av färre remisser för perioden. Distanskontakter saknas i utfallet och detta ska åtgärdas till rapporteringen nästa månad.

Antal disponibla vårdplatser

· Psykiatrisk vård: Disponibla vårdplatser följer plan. Det pågår arbete med och planering för tillkommande 87 platser successivt under oktober till december, varav t ex 30 platser i Huddinge som skall nyttjas av rättspsykiatrin.

· Geriatrisk vård: Färre antal disponibla vårdplatser förklaras främst av att samtliga kliniker har haft svårt att bemanna med sjuksköterskor. Sjukdomsperioder med kohortvård har till viss del också bidragit till färre disponibla platser, i form av fler stängda vårdplatser men även genom att ta personalresurser i anspråk från den övriga vården.

Prognos i jämförelse med budget

Geriatrisk vård

· I takt med att bemanningssituationen kontinuerligt förbättrats och medelvårdtiderna fortsatt minska så har produktionen av geriatrisk slutenvård ökat de senaste månaderna. Helårsprognoserna justeras därför upp något.

· Produktion av geriatrisk vård på Sollentuna sjukhus, som planerades starta under hösten 2019, har en budget som motsvarar 2,5 % andel av total geriatrisk vård inom SLSO. Sollentuna sjukhus är nu under upphandling och de liggande helårsprognoserna för öppen- och slutenvård är nedjusterade därefter.

· Prognosen avseende läkarbesök i SÄBO nedjusteras ytterligare. Produktionsminskning har blivit större än förväntat i samband med avvecklandet av Team Äldredoktorn.

ASiH

· Antalet vårddygn inom ASiH justeras ner ytterligare till följd av fortsatt lågt remissinflödet i norra Stockholm.

· Antalet vårddygn inom SPSV (Specialiserad Palliativ Slutenvård) förväntas alltjämt att utfall på budgeterad nivå.

Psykiatrisk vård

· De senaste månaderna ses en ökning av antalet besök både jämfört budget och jämfört föregående år samma period. Distanskontakter för BUP var dessutom ej budgeterade. Mot bakgrund av dessa ökningar läggs en högre prognos för hela året jämfört budget.

· Vårdtillfällen är lägre än budgeterat, varför prognosen sänks något jämfört med budget.

Primärvård

· Då det inte har skett någon ökning av besöken som det var beräknat i budgeten så sänks prognosen för 2019. Minskning beräknas bli 4,8 % jämfört med årets budget.

· De största minskningarna avser läkarbesök på husläkarmottagningar, psykosociala besök, primärvårdsrehabilitering och barnavårdscentraler.

· Hemsjukvården fortsätter att öka och prognosen räknas upp. Även besöken på mödravårdscentraler ökas pga flera besök.

Habilitering och hälsa

· Helårsprognosen för produktionen inom Habilitering motsvarar verksamhetens vårdbeställning för 2019.

Somatisk specialistvård

· Den totala årsproduktionen av somatisk specialistvård prognostiseras utfall 1,5 % lägre än budgeterat, vilket är en uppjustering jämfört med tidigare inrapporterad prognos (-3%).

· Akademiskt specialistcentrum och Närakuterna förväntas klara sina produktionsmål för 2019. Centrum för cancerrehabilitering kommer inte att klara sitt produktionsmål p.g.a. förväntat svagt remissinflöde året ut.

Övrig specialistvård

· Besöken beräknas blir under budget pga färre besök på barn- och ungdomsmedicinska mottagningar. Prognosen har kompletterats med distanskontakter.

4 Ekonomi

4.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år	Budget avvik.
Patientavgifter	158	161	-3	-0,9 %	246	246	0
Sålda primärtjänster	6 260	6 254	6	5,8 %	9 523	9 506	17
Försäljning övriga tjänster	965	897	68	42,9 %	1 454	1 347	107
Erhållna bidrag	575	534	41	22,3 %	866	824	42
- varav ers. omställn. kostn.	*21*	*21*	*0*	*-22,1 %*	*32*	*32*	*0*
Övriga intäkter	258	262	-4	44,4 %	400	398	2
Verksamhetens intäkter	**8 216**	**8 107**	**109**	**11 %**	**12 488**	**12 322**	**166**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-5 470	-5 386	-84	6,1 %	-8 580	-8 341	-239
- varav inhyrd personal	*-177*	*-2*	*-175*	*8,6 %*	*-278*	*-2*	*-276*
Köpta primära sjukvårdstjänster	-27	-35	8	-81,4 %	-38	-53	15
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-238	-264	26	-5 %	-373	-406	33
Läkemedel	-205	-190	-15	-1,5 %	-304	-286	-18
Materialkostnader	-603	-560	-43	82,9 %	-874	-846	-28
Lokal- och fastighetskostnader	-675	-667	-8	3,5 %	-1 001	-1 001	0
Övriga kostnader	-606	-631	25	38,9 %	-916	-973	57
Verksamhetens kostnader	**-7 825**	**-7 733**	**-92**	**9 %**	**-12 087**	**-11 905**	**-182**
*- varav omställn. kostn.****	*-22*	*-21*	*-1*	*-20,5 %*	*0*	*-32*	*32*
Avskrivningar	-129	-145	16		-202	-218	16
Finansnetto	0	0	0	47,9 %	0	0	0
Justering pension mm.	0	0	0		0	0	0
Resultat**	**261,9**	**228,6**	**33,3**		**199**	**199**	**0**

* mkr

** Avser resultat före bokslutsdispositioner

*** Omställningskostnader inklusive avskrivningskostnader

Utfall i jämförelse med budget

Verksamhetens intäkter är 109 mkr högre än budget.

Sålda primärtjänster är 6 mkr högre än budget och förklaras av ökade utomlänsintäkter.

Försäljning övriga tjänster avviker positivt med 68 mkr och beror på ökad försäljning av material och varor inom hjälpmedelsverksamheten.

Erhållna bidrag avviker positivt med 41 mkr och förklaras av i huvudsak av för lågt budgeterade FoUU medel, nya uppdrag för centrumbildningarna samt ökat statsbidrag (6% momskompensation) med anledning av ökad inhyrning av personal. Från 1 juli är köp av bemanningstjänster momspliktiga. Detta innebär att SLSO ej erhåller momskompensation. Från april hanteras all ersättning för ST-läkare av SLSO, vilket innebär att momskompensation betalas till SLSO eftersom de privata vårdgivarna fakturerar inklusive moms.

Den negativa avvikelsen på 4 mkr avseende övriga intäkter beror bl a på ej fakturerade ersättningar för uppdrag utanför SLSO.

Verksamheten kostnader är 92 mkr högre än budget.

Personalkostnaderna inkl. inhyrd personal avviker negativt med 84 mkr. Det finns flera förklaringar till avvikelsen. De åtgärder som beslutats har ännu inte gett förväntad ekonomisk effekt (ex. minskad inhyrning av personal) samtidigt som antal anställda har ökat. Obugeterade projekt då tilldelningen av projektmedel inte var känt när budgeten lades. Nerlagda verksamheter med höga avvecklingskostnader och viss övertalighet.

Köpta primära sjukvårdstjänster är 8 mkr lägre än budget och förklaras av lägre kostnader för HVB-hem. I BUP:s nya avtal hanteras kostnaderna för HVB-hem direkt av HSF, vilket inte var känt vid budgeteringstillfället.

Köpta verksamhetsanknutna tjänster är 26 mkr lägre än budget vilket beror på viss eftersläpning i fakturering av medicinsk service maa av byte till nya leverantörer och lägre priser i den nya upphandlingen samt färre husläkarbesök.

Läkemedel avser både läkemedelsförmånen och de läkemedel som köps till vårdverksamheten. Avvikelsen på 15 mkr hänförs till läkemedelsförmånen och förklaras i huvudsak av ökad läkemedelsförskrivning inom psykiatrin. Det är framförallt kostnaderna för ADHD-läkemedel som ökat. Inom vissa verksamheter är därutöver budgeten för låg.

Materialkostnaderna är 43 mkr högre än budgeterat och beror på ökade kostnader för medicinsk teknisk apparatur i hemmet främst på grund av ökad efterfrågan

Lokal- och fastighetskostnader är 8 mkr högre än budget bland annat hänfört till flytt och ombyggnation av verksamheter ex inom psykiatri Nordväst. Hyresökningen består även av ökade hyror hänfört till genomförandet av framtidens hälso- och sjukvård.

Övriga kostnader avviker positivt 25 mkr och förklaras bland annat av att kostnaderna avseende omställning maa FHS budgeteras på denna rad. Bokföringen sker på de konto som avses.

Avskrivningarna är 16 mkr lägre än planerat på grund av lägre investeringstakt än planerat.

Prognos i jämförelse med budget

Utifrån utfallet per augusti beräknas det av fullmäktige fastställda resultatkravet att uppnås.

Intäkterna beräknas bli 166 mkr högre än budget. Detta förklaras av:

Sålda primärtjänster beräknas högre än budget pga ökade utomlänsintäkter och ersättningar för patienter från utlandet.

Försäljningen övriga tjänster beräknas bli 107 mkr över budget, vilket förklaras av ökad försäljning hjälpmedel.

Erhållna bidrag beräknas bli 42 mkr högre än budget, vilket i huvudsak förklaras av ökade anslag för FOUU-verksamheterna och ökade statsbidrag (se kommentar till utfallet).

Kostnaderna beräknas bli 92 mkr högre än budget.

Personalkostnader inkl. inhyrd personal beräknas bli 239 mkr högre än budget. Förklaringarna till avvikelsen är i huvudsak: Åtgärdsplaner som tagits fram för att nå ekonomin i balans kommer inte att ge förväntad ekonomisk effekt i den takt som planerat. Inhyrning utöver budgetutrymme för vakanser. Lönekostnader för projekt som inte var kända när budgeten lades. Nerlagda verksamheter med höga obudgeterade avvecklingskostnader och viss övertalighet framöver. Personalkostnader för nya vårdavdelningar som öppnas inom psykiatrin under hösten. Dessa personalkostnader är inte budgeterade.

Köpta primära sjukvårdstjänster beräknas bli 15 mkr lägre än budget pga minskat köpa av HVB-hem.

Köpta verksamhetsanknutna tjänster förväntas bli lägre än budget pga nytt avtal medicinsk service och färre besök än budgeterat inom främst primärvården.

Läkemedel beräknas bli högre än budgeterad pga ökad förskrivning.

Materialkostnaderna beräknas öka på grund av ökad försäljning.

Övriga kostnader beräknas bli lägre än budgeterat bland annat beroende på budgetering av FHS- omställningskostnader.

Avskrivningarna kommer inte i upp i budgeterad nivå på grund av att en stor del av investeringarna kommer i slutet av året.

4.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år	Budget avvik.
Summa personalkostnader	**-5 293,5**	**-5 383,9**	**90,4**	**6 %**	**-8 302,3**	**-8 338,9**	**36,6**
förändring sem- och löneskuld	104,7	128,1	-23,4	-4 %	-6	-6	0
lönekostnad	-3 667,1	-3 711,4	44,3	5,5 %	-5 562,9	-5 546,5	-16,4
- varav övertid	*-62,3*	*-13,1*	*-49,2*	*0,6 %*	*-90*	*-19,7*	*-70*
- varav sjuklönekostnad	*-64,5*	*-41,7*	*-22,8*	*-3,6 %*	*-90*	*-62,7*	*-27,3*
PO-pålägg	-1 645,7	-1 700,9	55,2	6,8 %	-2 590	-2 636,4	46
Övriga personalkostnader	**-85**	**-100**	**15**	**1,5 %**	**-143**	**-150**	**7**
Inhyrd personal	**-176,9**	**-1,7**	**-175,2**	**8,6 %**	**-278**	**-1,8**	**-276,2**
- varav läkare	*-114,6*	*0*	*-114,6*	*10 %*	*-180*	*0*	*-180*
- varav sjuksköterskor	*-60,2*	*0*	*-60,2*	*6,3 %*	*-95*	*0*	*-95*
- varav övrig personal	*-2,1*	*-1,7*	*-0,4*	*-2,4 %*	*-3*	*-1,8*	*-1,2*
Personalkostnad inkl inhyrd personal	**-5 470,4**	**-5 385,6**	**-84,8**	**6,1 %**	**-8 580,3**	**-8 340,7**	**-240**

* mkr

Utfall i jämförelse med budget

Personalkostnaderna är 90 mkr lägre än periodens budget.

- Semesterlöneskuldens förändring är 23 mkr lägre än förväntat, vilket beror på ett lägre semesteruttag
- Lönekostnaderna är netto 44 mkr lägre än budget framförallt beroende på vakanser. Övertid och timanställda har ökat för att delvis täcka vakanser. Sjuklönekostnaderna är högre än budget
- Personalomkostnadspålägget är lägre än budgeterat vilket förklaras av lägre lönekostnader, sänkt påslag för unga och äldre och att SLSO har ett lägre genomsnittligt PO-pålägg än det som fastställs av regionen.

Lönekostnaden har hittills i år ökat med 5,45 % jämfört med samma period föregående år. Av detta är cirka 2,9 % resultatet av en volymökning med anledning av nya uppdrag. Den genomsnittliga medellönen har ökat med 1,58 % men med en korrigering för att löneöversynen för Vårdförbundet fortfarande inte är klar beräknas den hamna på 1,89 %. De återstående 0,62 % beror på flera saker som till exempel att OB-tillägget har höjts både generellt därutöver har dubbelt nattillägg införts för sjuksköterskor.

Inhyrd personal budgeteras i princip inte utan budgeten bygger på full bemanning. Kostnaderna för de åtta första månaderna uppgår till 177 mkr vilket är en ökning med 8,6 % jämfört med föregående år. Psykiatrin står för ungefär hälften av inhyrningen både vad

gäller läkare och sjuksköterskor.

Inhyrning av sjuksköterskor sker till samtliga vårdgrenar och men har minskat med 3,6 mkr i förhållande till föregående år. Geriatriken har dock ökat sin inhyrning av sjuksköterskor med 74 % till 12,9 mkr.

Prognos i jämförelse med budget

Baserat på utfallet tom augusti prognostiseras personalkostnaderna inkl inhyrd personal 240 mkr högre än årsbudgeten. Inhyrningskostnaderna prognostiseras till 278 mkr.

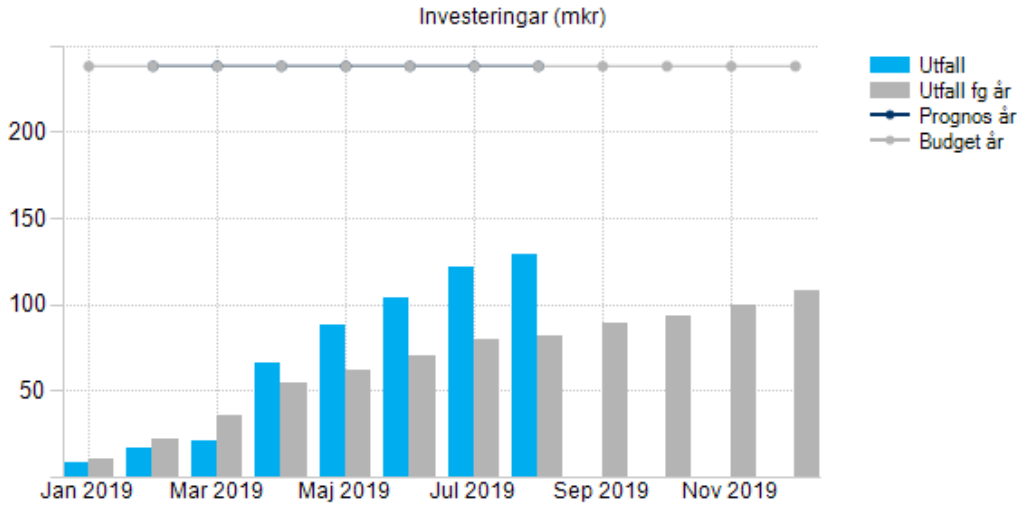
4.2 Åtgärdsprogram för en ekonomi i balans

Åtgärd (mkr)	Kommentar	Utfall 2019	Prognos 2019	Budget 2019	Budget 2020
Bemanning	Minskad inhyrning och reducerad bemanning	38	69	110	122
Sammanläggning team ASiH	Reducerat antal inskrivningsplatser och bemanning	0	6	26	26
Laboratoriekostnader	Lägre priser från maj 2019	12	30	20	30
Ökad produktion	Ökad produktion och produktivitet	12	20	20	20
Övrigt	Översyn av utbud, ökade ersättningar mm	17	23	48	48
Summa		**79**	**148**	**224**	**246**

De planerade åtgärdsprogrammet för 2019 är beräknat till 224 mkr. Ackumulerat t.o.m. augusti har åtgärderna haft en ekonomisk effekt på 79 mkr.

Prognosen för effekterna av de planerade åtgärderna beräknas till 148 mkr. De huvudsakliga förklaringarna till att full effekt inte beräknas uppnås är dels att sammanslagning av team inom ASiH inte förväntas ge den förväntade besparingen, dels att övriga verksamheters reducering av bemanningskostnader samt ökning av produktion inte förväntas följa lagda planer. Utifrån detta har ledningen intensifierat arbetet med åtgärder för de verksamheter som inte beräknas ha en ekonomi i balans.

4.3 Investeringar



Utgift i jämförelse med budget

Periodens investeringsutgifter uppgår till 128,8 mkr vilket motsvarar 54% av årsbudgeten. En jämn investeringstakt skulle innebära att ca 67 % av investeringsbudgeten borde förbrukats tom augusti. Orsaken till den lägre investeringsvolymen är framförallt att det nya avtalet för datorer blev klart i april men leveranser kommer inte kunna ske förrän i augusti.

Förändring av redovisningsprinciperna av hjälpmedel är nu genomförd. Detta innebär att utrustning till Hjälpmedelsverksamheten som har anskaffats under perioden januari till april har bokförs som anläggningstillgång i april vilket också framgår av diagrammet ovan.

Prognos i jämförelse med budget

SLSO räknar inte med någon avvikelse mellan årets investeringar och investeringsbudget.

De investeringar som SLSO budgeterat underskrider budgeten med 52 mkr. De strategiska utrustningsinvesteringarna som finns budgeterade på regionnivån kommer att uppgå till ca 50 mkr. Anledningen till att dessa ryms inom SLSO:s ram är att i den ram som fullmäktige fastställt finns objekt som inte är aktuella längre exempelvis närakut i innerstan, nytt uppdrag för hörsel- och balans samt vissa upprustningar.

4.3.1 Investeringsobjekt

Investeringsobjekt över 100 mkr

SLSO har inga investeringsobjekt med en total budget över 100 mkr.

4.3.2 Ny- och ersättningsinvesteringar

Investeringar (Mkr)	Utgift 2019	Prognos 2019	Budget 2019	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Nyinvesteringar	17	50	0	-50	
Ersättningsinvesteringar	112	189	239	+50	
Totalt investeringar	**129**	**239**	**239**	**0**	**54 %**

Periodens investeringar uppgår totalt till 129 mkr inklusive strategiska utrustningsinvestering som i tabellen ovan redovisas som nyinvesteringar. Budget för strategiska utrustningsinvestering finns centralt på regionen. Prognos för totala investeringar beräknas bli i nivå med budget.

Nyinvesteringar

Under hösten skall två vårdavdelningar för psykiatrin på Huddinge sjukhus utrustas liksom vårdavdelningar med totalt 96 vårdplatser för psykiatrin på Nacka sjukhus.

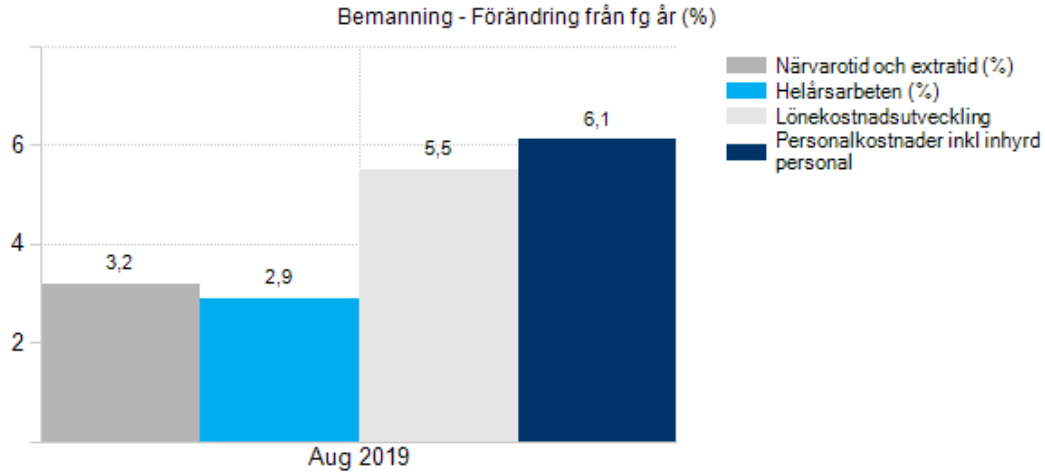
Ersättningsinvesteringar

Upparbetningsgrad för enbart ersättningsinvesteringar är 51%. Prognosen för ersättningsinvesteringar är 50 mkr lägre än budget. Se avsnitt 4.3

.

5 Personal och kompetensförsörjning

5.1 Bemanning



Helårsarbeten	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år	Budget avvik.
Bemanning - Helårsarbeten	11 558	11 414	144	2,9%	11 560	11 415	145

Utfall helårsarbeten i jämförelse med budget

Antal helårsarbeten är 144 fler än budgeterat Den huvudsakliga förklaringen är att budgeterade förändringar inte har skett i den takt som planerats.

Totalt sett har SLSO ökat netto med 328 helårsarbeten (2,7 %) jämfört med samma period föregående år, varav ca 95 beror på helårseffekten av förändringar som genomfördes under 2018. Förändringarna består dels av nytillkomna uppdrag och dels av kostnadsreducerande åtgärder. Till detta kommer att antalet sjuksköterskor ökat när vakanta tjänster blivit återbesatta (+122) Vad gäller läkare så har det skett en förskjutning med ett minskat antal specialistkompetenta läkare och en ökning med icke-specialister, vilket sammantaget har gett en ökning med 23 helårsarbeten läkare. Det råder dock fortsatt brist på både läkare och sjuksköterskor vilket lett till ökande inhyrning.

Det är stora skillnader mellan verksamhetsområdena vad gäller volymförändring:

· **VO Primärvård** står för den största ökningen av antalet helårsarbeten. Totalt sett är ökningen 127 helårsarbetare. Barnmorskemottagningar har ökat med sammanlagt 32 helårsarbeten och primärvårdsrehabilitering har sammanlagt ökat med 35 helårsarbeten. Inom husläkarverksamheten ha resultatenheterna tillsammans haft en ökning med 60 helårsarbeten

· **VO Psykiatri** har ökat med 94 helårsarbeten bland annat beroende på nystartade verksamheter inom BUP (+15), Beroendevården (+21). Antal helårarbeten har ökat på Psykiatri södra (+34) främst pga att kliniken lyckats rekrytera och minska inhyrning och bemannat upp inför start av Nacka. Norra Stockholms Psykiatri har ökat (+13) och minskat inhyrningen något.. Psykiatri sydväst och Psykiatri nordväst har däremot minskat med 16 helårsarbeten vardera utifrån åtgärdsplanerna.

· **VO somatisk specialistvård** har en nettoökning på 16 helårsarbeten. Det finns stor skillnad mellan verksamheterna. De tre geriatriska klinikerna har tillsammans ökat med 20 helårsarbeten samtidigt som ASIH-verksamheten minskat med 13. Akademiskt specialistcentrum har tagit emot ytterligare verksamhet och ökat med 12 helårsarbeten och Närakuterna som befunnit sig i en uppbyggnadsfas har ökat med 19. Kostenheten vid Rosenlunds sjukhus har lagts ner vilket gav en minskning 20 helårsarbeten**.**

· **VO Habilitering/Hjälpmedel** har en nettominskning med 21 helårsarbeten. De fyra hjälpmedelsinriktade resultatenheterna tillsammans ökat med 6 helårsarbeten medan Habilitering & Hälsa minskat med 27.

· **VO FoUU** har en nettoökning på 2 helårsarbeten. Centrum för psykiatriforskning har ökat med 5 helårsarbeten samtidigt som Akademiskt primärvårdscentrum minskat med lika många. CES och CAMM har ökat med ett helårsarbete var.

Prognos helårsarbeten i jämförelse med budget

Totalt prognostiseras 11 560 helårsarbetare vilket är 145 fler än budgeterat. Den huvudsakliga förklaringen är att reduceringen av bemanning inte sker i den takt som planerats.

5.2 Sjukfrånvaro

Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år	Förän dr.	Prognos år	Budget år	Prognos avvik.	Bokslut fg år
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**6,36**	**6,33**	**+0,03**	**6,3**	**< 6,3**	**0**	**6,46**
- varav kvinnor	*6,85*	*6,85*	*0*				*7,01*
- varav män	*4,74*	*4,64*	*+0,11*				*4,69*

Sjukfrånvaron mätt som total sjukfrånvaro i procent av de anställdas sammanlagda ordinarie arbetstid har ökat något jämfört med föregående år men är lägre än bokslut 2018.

Sjukfrånvaron mätt som genomsnittliga antalet sjukfrånvarodagar per anställd (rullande 12) har dock minskat med 0,6 dagar. Den huvudsakliga förklaringen är att långtidssjukskrivningarna minskar. Under året har arbetet intensifierats med rehabiliteringsinsatser.

6 Risker och möjligheter

Nedan redovisas de risker som kan ha ekonomisk påverkan under 2019 och kan leda till resultatkravet inte uppnås:

- fortsatta svårigheter att rekrytera personal
- produktionsvolymerna når inte de nu lagda prognosen
- de åtgärder och effektiviseringar som planerades ger inte förväntad effekt
- förändrad ersättningsmodell samt vite vid underproduktion i geriatrikens vårdavtal som trädde ikraft den 1 maj 2019
- vite vid underproduktion inom psykiatrin
- Konkurrensverket håller på att granska en direktupphandling av logistiktjänster, vilket kan leda till en upphandlingsskadeavgift på maximalt 10 mkr vid fällande dom
- Den externa granskningen av ätstörningsvården kan leda till återkrav av ersättningar

7 Ledningens åtgärder

Det ekonomiska resultatet på resultatenhetsnivå varierar och den största positiva delen av resultatet genereras av ett fåtal enheter. Mot denna bakgrund arbetar verksamhetsområdesledningarna med åtgärdsplaner och uppföljning av de enheter som redovisar negativa resultat.

Under året har nedläggning skett av kostenheten, Äldredoktorn och team inom ASiH.

Dispensförfarande har återinförts för att ta in inhyrd personal och utredning pågår om att starta ett internt stöd för att hantera inhyrning.

8 Nämnd-/styrelsebehandling

Delårsrapporten per augusti 2019 behandlas i SLSO:s styrelse den 26 september 2019.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0237

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga 1: Sammanställning risker och kontrollmoment, delårsuppföljning

Innehållsförteckning

1 Bilaga 1: Sammanställning risker och kontrollmoment, delårsuppföljning 3

1 Bilaga 1: Sammanställning risker och kontrollmoment, delårsuppföljning

Kommentarer finns i bilaga 3.

Mål	Lokalt mål	Risk	Nivå	Trend	Kontrollmoment	Status
Ett resultat i balans		1 Bristande affärsmässighet/kostnadsmedvetande **Riskägare** Karin Persson			Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar **Frekvens** Månatligen	
		2 Ojämnt ekonomiskt resultat inom SLSO:s olika delar **Riskägare** Karin Persson			Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamhetsområdena **Frekvens** Månadsuppföljning	
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		3 Ökad svårighet att rekrytera personal **Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis			Löpande uppföljning för att säkerställa kompetensförsörjningen **Frekvens** Följs upp löpande. Redovisas i samband med delårsbokslut och årsredovisningen.	
Systematisk kompetensförsörjning		4 Bristande ledarskap **Riskägare**			Följ upp verksamhetsområdenas verksamhet **Frekvens**	

Mål	Lokalt mål	Risk	Nivå	Trend	Kontrollmoment	Status
		Ann-Charlotte Sturesdotter Francis			Tre gånger per år, efter T1, delår och årsbokslut.	
Vård i rätt tid		5 Bristande tillgänglighet **Riskägare** Stefan Kallström Jansson			Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort **Frekvens** T1, delår och bokslut	
Säker vård		6 Bristande patientsäkerhet - felbehandlingar **Riskägare** Stefan Kallström Jansson			Systematiska granskningar, journalgranskningar och kollegial revision **Frekvens** Årligen	
		7 Bristande patientsäkerhet - bristfälliga rutiner **Riskägare** Stefan Kallström Jansson			Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet **Frekvens** Årligen	
Effektiv vård		8 Brister i informationssäkerheten **Riskägare** Annika Jerhamre			Uppföljning av inrapporterade incidenter **Frekvens** Årligen	
		9 Bristande följsamhet till dataskyddsförordningen			Systematisk uppföljning av hantering av personuppgifter	

Mål	Lokalt mål	Risk	Nivå	Trend	Kontrollmoment	Status
		Riskägare Annika Jerhamre			**Frekvens** Löpande	

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0237

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga 2: Sammanställning av risker och åtgärder, delårsuppföljning

Innehållsförteckning

1 Bilaga 2: Sammanställning av risker och åtgärder, delårsuppföljning..... 3

1 Bilaga 2: Sammanställning av risker och åtgärder, delårsuppföljning

Kommentarer finns i bilaga 3.

Mål	Lokalt mål	Risk	Nivå	Trend	Åtgärder	Status	Effekt
Ett resultat i balans		1 Bristande affärsmässighet/kostnadsmedvetande **Riskägare** Karin Persson		→	Uppföljning av ekonomi **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		
		2 Ojämnt ekonomiskt resultat inom SLSO:s olika delar **Riskägare** Karin Persson		→	Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		3 Ökad svårighet att rekrytera personal **Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis		→	Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning. **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		
Systematisk kompetensförsörjning		4 Bristande ledarskap **Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis		→	Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		

Mål	Lokalt mål	Risk	Nivå	Trend	Åtgärder	Status	Effekt
Vård i rätt tid		5 Bristande tillgänglighet **Riskägare** Stefan Kallström Jansson			Uteveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		
Säker vård		6 Bristande patientsäkerhet - felbehandlingar **Riskägare** Stefan Kallström Jansson			Lärande organisation genom kollegial revision **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		
		7 Bristande patientsäkerhet - bristfälliga rutiner **Riskägare** Stefan Kallström Jansson			Ledningssystem för patientsäkerhetsarbetet **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		
Effektiv vård		8 Brister i informationssäkerheten **Riskägare** Annika Jerhamre			Riktlinjer framtagna **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		
		9 Bristande följsamhet till dataskyddsförordningen **Riskägare** Annika Jerhamre			Öka kunskapen om dataskyddsförordningen **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0237

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga 3: Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment, delårsuppföljning

Innehållsförteckning

1 Bilaga 3: Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment..... 3

1 Bilaga 3: Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment

1.1 Ett resultat i balans

1.1.1 Bristande affärsmässighet/kostnadsmedvetande

10913

Riskvärde
9

Sannolikhet
3

Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Bristande förmåga att anpassa kostnader till ändrad ersättning. Risk för fler RE med ekonomiskt underskott, bl.a. som en följd av generella och opåverkbara kostnadsökningar och begränsande eller inga höjningar av ersättningar från HSF. Svårigheter att få avveckla verksamheter, om åtgärder inte bedöms möjliga eller tillräckliga.

Konsekvens
Återkommande ekonomiska problem och bristande förmåga att anpassa kostnaderna tar kraft och resurser från verksamhet och utveckling. Fler RE med underskott ökar risken avseende resultatkravet på SLSO-nivå. Ställer därmed krav på generella åtgärder.

Riskägare
Karin Persson

Risksamordnare
Jennie Portnoff

Kommentar

Åtgärder vidtas inom respektive resultatenhet för att nå budgeterat resultat. Avveckling har skett av kostenheten och Äldredoktorn. Team inom ASIH har stängts. En översyn av utbudet inom primärvårdsrehabilitering och logopedi pågår.

Kontrollmoment

Namn
Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar

Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Månatligen

Beskrivning
Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar på såväl VO- som SLSO-nivå. Utveckla stödet på VO-nivå och inom vårdgrenar. Prioritera löpande

Kontrollmoment

drift och se projekt och aktiviteter som drar personella resurser från verksamheten. Resultatkravet för SLSO kräver åtgärder inom alla RE.

Kommentar

Det ekonomiska resultatet har följts upp månadsvis inom respektive verksamhetsområde samt två gånger på övergripande SLSO-nivå. Resultatenheterna arbetar aktivt med att nå budgeterat resultat och verksamheter har avvecklats under året.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Uppföljning av ekonomi	2019-01-01	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

Åtgärdsbeskrivning
Utveckla stödet av ekonomisk analys på VO-nivå. Samordna åtgärdsplaner på VO-nivå och inom vårdgrenar. Prioritera löpande drift och se projekt och aktiviteter som drar personella resurser från verksamheten. Resultatkravet för SLSO kräver åtgärder inom alla RE.

Kommentar

En ekonomisk analys för respektive verksamhetsområde har genomförts inför månadsvisa avstämningar av verksamhetsområdenas ekonomiska resultat. Verksamheter har avvecklats för att nå budgeterat resultat.

1.1.2 Ojämnt ekonomiskt resultat inom SLSO:s olika delar

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
11919	9	Säkerställa ekonomisk bärkraftighet och minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas ekonomiska resultat.	Karin Persson
	Sannolikhet		**Risksamordnare**

3 **Konsekvens** 3	**Konsekvens**	Risk för att inte uppnå ett resultat i balans.	Jennie Portnoff

Kommentar

I dagsläget har fler enheter en ekonomi i balans i jämförelse med föregående år (per juli). Fortsatta åtgärder för att säkerställa ekonomisk bärkraftighet vidtas både lokalt och centralt.

Kontrollmoment

Namn
Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamhetsområdena
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Månadsuppföljning

Beskrivning
Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamhetsområdena för att säkerställa ekonomisk bärkraftighet.

Kommentar

Ekonomiskt resultat inom verksamhetsområdena har följts upp varje månad. Om en resultatenhet har haft ett negativt resultat har en åtgärdsplan tagits fram som sedan följts upp månadsvis.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner	2019-01-01	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

Åtgärdsbeskrivning
Regelbunden uppföljning av verksamheternas ekonomiska bärkraftighet och upprättande av åtgärdsplaner vid behov.

Kommentar

Resultatenheter och verksamhetsområdenas ekonomiska resultat har följts upp varje månad. Åtgärdsplaner har tagits fram för de resultatenheter som har visat negativt ekonomiskt resultat. Åtgärdsplanen har följts upp varje månad i samband med den ekonomiska uppföljningen av verksamhetsområdena.

1.2 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

1.2.1 Ökad svårighet att rekrytera personal

11922

Riskvärde
12

Sannolikhet
4

Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Svårt att upprätthålla produktion och kontinuitet på grund av rekryteringsproblem

Konsekvens
Kan ge brister i patientsäkerhet, arbetsmiljö och försämrad ekonomi.

Riskägare
Ann-Charlotte Sturesdotter Francis

Risksamordnare
Jennie Portnoff

Kommentar

En handlingsplan och strategi för rekrytering och kompetensförsörjning har inte tagits fram. Arbetet med kompetensstegar och KOLL/ProCompetens är påbörjat och kommer fortgå under hösten. Arbetet med verksamhetsområdenas kompetensförsörjningsplaner är påbörjat och kommer fortsätta under hösten. Ett arbete pågår tillsammans med kommunikationsavdelningen gällande handlingsplan attraktiv arbetsgivare. Arbetet kommer fortsätta under

hösten.

Kontrollmoment

Namn
Löpande uppföljning för att säkerställa kompetensförsörjningen
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Följs upp löpande. Redovisas i samband med delårsbokslut och årsredovisningen.

Beskrivning
Tydliggöra handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning. Samordna särskilda insatser mellan VO.

Kommentar

Handlingsplaner och strategier är inte på plats. Risken och arbetet med att ta fram handlingsplaner och strategier kommer följas upp i oktober.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning.	2019-01-01	2019-12-31	●	■

Åtgärdsansvarig
Ann-Charlotte Sturesdotter Francis

Åtgärdsbeskrivning
Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning. Samordna särskilda insatser inom och mellan VO. Respektive VO har upprättat kompetensförsörjningsplaner som följs upp kontinuerligt.

Kommentar

Åtgärder

Handlingsplaner och strategier är inte på plats. Risken och arbetet kommer att följas upp i oktober.

1.3 Systematisk kompetensförsörjning

1.3.1 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.	Ann-Charlotte Sturesdotter Francis
	Sannolikhet		**Risksamordnare**
	2		Jennie Portnoff
	Konsekvens	**Konsekvens**	
	4	Kan ge brister i patientsäkerhet och försämrad ekonomi.	

Kommentar

Ett arbete pågår för att tydliggöra lokala HR-konsultrollen för att ge ett bättre lokalt chef- och ledarskapsstöd. Under hösten kommer arbetet med utbildningar och stöd till chefer inom SLSO inom exempelvis arbetsrätt, personalekonomi, arbetsmiljö och LUS-grupper att fortgå.

Kontrollmoment

Namn
Följ upp verksamhetsområdenas verksamhet
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Tre gånger per år, efter T1, delår och årsbokslut.

Kontrollmoment

Beskrivning
Verksamhetsområdena och deras arbete med att uppnå fastställda mål följs upp i ledningens genomgång tre gånger per år. Utöver det sker avstämningar med SLSO:s ledning kontinuerligt.

Kommentar

Verksamhetsområdenas arbete med att uppnå fastställda mål har följts upp två gånger detta år, efter årsbokslutet och efter tertialen. Nästa uppföljning kommer att ske i oktober. Uppföljningen sker enligt fastlagd plan.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer	2019-01-01	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Ann-Charlotte Sturesdotter Francis

Åtgärdsbeskrivning
Etablera tydliga former uppföljning av verksamhetschefer, genom att följa upp verksamheternas resultat/kvalitet.

Kommentar

Verksamheternas resultat och kvalitet har följts upp två gånger detta år i samband med ledningens genomgång. Nästa uppföljning kommer att kommer att ske i oktober.

1.4 Vård i rätt tid

1.4.1 Bristande tillgänglighet

10908



Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
8	För långa väntetider. Bristande kvalitet för patienten. Bristande måluppfyllelse. Bristande tillgänglighet kan leda till vårdskada.	Stefan Kallström Jansson
Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
2	Onödig väntan för patienten, kan leda till ökad oro och senare insatt behandling.	Jennie Portnoff
Konsekvens		
4		

Kommentar

Ett arbete med att förbättra tillgängligheten pågår. En uppföljning av tillgängligheten är införd som en del i den löpande uppföljningen. 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.

Kontrollmoment

Namn
Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
T1, delår och bokslut

Beskrivning
Regelbunden uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort. Åtgärdsplaner för enheter som inte lever upp till målen.

Kommentar

Tillgängligheten till vården har följts upp två gånger detta år i samband med uppföljning av styrkorten. Tidsbokning på webben har införts och en plattform för digitala vårdmöten har tagits fram. Nästa uppföljning kommer att ske i oktober.

Kontrollmoment

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Uteveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen	2019-01-01	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Stefan Kallström Jansson

Åtgärdsbeskrivning
Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen i styrkorten. Uppföljning sker numera tre gånger per år efter T1, delår och helår.

Kommentar

Tillgänglighetsmålen i styrkorten har följts upp två gånger under året. Webbtidsbokningar har införts för och en plattform för digitala vårdmöten har tagits fram som ett sätt att öka tillgängligheten till vården inom SLSO. Tillgänglighetsmålen kommer nästa gång att följas upp i oktober.

1.5 Säker vård

1.5.1 Bristande patientsäkerhet - felbehandlingar

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
11924	8	Risk för felbehandling missad diagnos, biverkningar och ej förutsedda effekter av behandling.	Stefan Kallström Jansson
	Sannolikhet	Vårdskada.	
	2	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	Konsekvens	Patienten får skada av mer eller mindre allvarlig art.	Jennie Portnoff
	4		

Kommentar

Ett system infört med lärande exempel på intranätet. Nästan 40 stycken lex Maria ärenden finns tillgängliga att ta del av för att främja lärande inom organisationen. En metod för kollegial revision är ännu inte påbörjad men fortsatt arbete men metoden pågår under hösten.

Kontrollmoment

Namn
Systematiska granskningar, journalgranskningar och kollegial revision
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Årligen

Beskrivning
Etablera systematiska granskningar genom kollegial revision. Vidareutveckling av systematiska granskningar som journalgranskningar.

Kommentar

Kollegial revision är inte infört. En uppföljning kommer att ske i oktober.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Lärande organisation genom kollegial revision	2019-01-01	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Stefan Kallström Jansson

Åtgärdsbeskrivning
Minska brister i patientsäkerhetsarbetet genom att lära av goda exempel och använda kollegial revision.

Åtgärder

Kommentar

Ett lärande i organisationen av goda exempel har etablerats genom att lex Maria anmälningar finns tillgängliga på intranätet. Arbetet med att införa kollegial granskning av journaler är inte genomfört. En uppföljning kommer att ske i oktober.

1.5.2 Bristande patientsäkerhet - bristfälliga rutiner

	Riskvärde	**Riskbeskrivning**	**Riskägare**
11925	8	Bristfälliga rutiner för att identifiera patientsäkerhetsrisker. Risk för underrapportering avvikelser och brister i analys, uppföljning och åtgärder. Samma risk avseende klagomål	Stefan Kallström Jansson
	Sannolikhet		
	2	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	Konsekvens	Bristande förebyggande arbete kan leda till vårdskada.	Jennie Portnoff
	4		

Kommentar

En riktlinje för patientsäkerhetsarbetet inom SLSO är klar och publicerad i dokumenthanteringssystemet och är därmed tillgänglig för verksamheterna inom SLSO.

Kontrollmoment

Namn
Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Årligen

Kontrollmoment

Beskrivning
Löpande uppföljning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsberättelser.

Kommentar

En riktlinje för systematiskt patientsäkerhetsarbetet har tagits fram och verksamheternas patientsäkerhetsberättelser har följts upp i SLSO:s interna revision. Resultatet från den interna revisionen har redovisats för SLSO:s ledningsgrupp.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Ledningssystem för patientsäkerhetsarbetet	2019-01-01	2019-12-31	●	■

Åtgärdsansvarig
Stefan Kallström Jansson

Åtgärdsbeskrivning
Ta fram ett ledningssystem för patientsäkerhetsarbetet. Fortsatt utveckling av avvikelsehantering.

Kommentar

Ett ledningssystem för patientsäkerhet har tagits fram och en riktlinje för systematiskt patientsäkerhetsarbete har publicerats.

1.6 Effektiv vård

1.6.1 Brister i informationssäkerheten

11928	**Riskvärde** 9	**Riskbeskrivning** Risk att inte leva upp till regionens riktlinjer för informationssäkerhet.	**Riskägare** Annika Jerhamre
	Sannolikhet 3	**Konsekvens** Ökande risker för dålig hantering av integritetskänsliga uppgifter.	**Risksamordnare** Jennie Portnoff
	Konsekvens 3		

Kommentar

Uppdaterad riktlinje för informationssäkerhet. Handlingsplan framtagen i syfte att ge arbetet med informationssäkerhet struktur och vägledning. Förutom en informationskampanj i syfte att öka andelen genomförda DISA så kommer SLSO även att använda sig av en tretton veckor lång e-learning kurs i informationssäkerhet som är framtagen av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Ny informationssäkerhetsorganisation som ska underlätta arbetet med att öka kunskap och medvetenhet om informationssäkerhet.

Kontrollmoment

Namn
Uppföljning av inrapporterade incidenter
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Årligen

Beskrivning
Uppföljning av inrapporterade incidenter via helpdesk eller händelsevis. Rapporteras årligen till SLG.

Kommentar

Inrapporterade incidenter har följts upp och rapporterats till SLSO:s ledningsgrupp. En handlingsplan för informationssäkerhet har tagits fram.

Kontrollmoment

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Riktlinjer framtagna	2019-01-01	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Annika Jerhamre

Åtgärdsbeskrivning
Riktlinjer framtagna för informationssäkerhet framtagna. Systematisk uppföljning.

Kommentar

Riktlinjen för informationssäkerhet har uppdaterats. En e-learning kurs om informationssäkerhet har tagits fram.

1.6.2 Bristande följsamhet till dataskyddsförordningen

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
11929	8	Risk att vi inte lever upp till dataskyddsförordningen.	Annika Jerhamre
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	2	Ökande risk för dålig hantering av integritetskänsliga uppgifter.	Jennie Portnoff
	Konsekvens		
	4		

Kommentar

Riktlinjen om informationssäkerhet speglar nu även kraven i dataskyddsförordningen. En riktlinje för hantering av personuppgifter är under framtagande precis som en e-utbildning i syfte att öka kunskapen om personuppgiftshantering och därmed följsamhet till dataskyddsförordningen. I samband med Bas-

utbildningen för nya chefer inom SLSO så berättar dataskyddsombuden om dataskyddsförordningen och de skyldigheter SLSO har som myndighet gentemot de registrerade och de registrerades rättigheter enligt dataskyddsförordningen.

Kontrollmoment

Namn
Systematisk uppföljning av hantering av personuppgifter
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Löpande

Beskrivning
Systematisk uppföljning av följsamhet till dataskyddsförordningen. Rapporteras till SLG.

Kommentar

Följsamhet till dataskyddsförordningen har följts upp inom ramen för SLSO:s interna revision. Resultatet har rapporterats till SLSO:s ledningsgrupp och respektive verksamhetsområde.

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Öka kunskapen om dataskyddsförordningen	2019-01-01	2019-12-31	●	

Åtgärdsansvarig
Annika Jerhamre

Åtgärdsbeskrivning
Arbeta med att utbilda och informera om dataskyddsförordningen. Riktlinje om informationssäkerhet uppdaterad.

Åtgärder

Kommentar

Riktlinjen för informationssäkerhet har uppdaterats med kraven i dataskyddsförordningen. Nya chefer inom SLSO har utbildats om skyldigheter och de registrerades rättigheter enligt dataskyddsförordningen. En e-learning utbildning har tagits fram.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0237

Stockholms läns sjukvårdsområde

Plan för intern kontroll 2019, delårsuppföljning

Delår 2019

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Sammanfattning 4
2.1 Arbetet med intern kontroll 4
2.2 Resultat och analys från riskbedömningen 4

3 Intern kontroll 5
3.1 Styr- och kontrollmiljö 5
3.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter 6
3.2.1 Förändrade förutsättningar för intern kontroll 6
3.2.2 Analys och slutsatser 6
3.3 Information och kommunikation 6
3.4 Övervakning 7
3.4.1 Efterlevnad av styrande dokument 7
3.4.2 Hantering av brister och avvikelser 7

4 Sammanställning av risker 9

1 Bakgrund

Enligt kommunallagen 6 kap. 6 § 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 § har lämnats över till någon annan.

Region Stockholm har, utifrån kommunallagen, beslutat om Policy för intern kontroll för Region Stockholm och bolag, LS 1303-0431. Policyns krav på intern kontroll förtydligas i Stödet och i de anvisningar för arbetet med verksamhetsplanen samt för delårs- och årsrapporteringen som publiceras i Ekonomihandboken på intranätet.

2 Sammanfattning

2.1 Arbetet med intern kontroll

SLSO:s arbete med intern kontroll sker i enlighet med regionledningskontorets anvisningar och gällande policy för intern kontroll. Under de senaste åren har arbete med intern kontroll förbättrats inom SLSO. Ett arbete pågår dessutom med att samordna arbetet med intern kontroll, verksamhetsplanering och ledningssystem för att skapa en tydligare struktur och styrning och ledning av verksamheten.

SLSO har en fortsatt hög risk kopplat till kompetensförsörjning och ökad svårighet att rekrytera personal inom verksamheten. Ett intensifierat arbete med detta kommer att fortgå under hösten. I internkontrollplanen för 2019 finns det en ökad ekonomisk risk. Förvaltningen har arbetat med att minska denna risk och har nu fler resultatenheter som visar ett positivt resultat i delårsuppföljningen (per juli).

2.2 Resultat och analys från riskbedömningen

Internkontrollplan för 2019 fastställdes av styrelsen i samband med verksamhetsplan 2019. Denna internkontrollplan och riskbedömning kvarstår vid delårsuppföljningen 2019.

Arbetet med intern kontroll inom SLSO har utgått ifrån en bred och omfattande riskanalys som genomfördes med verksamheterna under 2017. Denna breda riskanalys har varit ett underlag inför den riskanalys som gjordes för att ta fram internkontrollplan för 2019.

Under 2018 införde dåvarande landstingsstyrelsens förvaltning ett stödsystem för intern kontroll där riskerna i internkontrollplanen skulle kopplas samman med Region Stockholms övergripande mål för SLSO. Därför har även region Stockholms budget utgjort ett underlag för riskanalys och framtagandet av SLSO:s internkontrollplan för att säkerställa att förvaltningen uppnår de fastställda målen.

SLSO har under året arbetet intensivt för att ta fram och säkerställa adekvata kontrollmoment och ett flertal är nu etablerade och verksamheten följs upp på ett strukturerat sätt. En del arbete kvarstår dock inom vissa områden.

SLSO:s högsta risk är kopplad till kompetensförsörjning och ökade svårigheter att rekrytera personal. Ett arbete kvarstå för att kunna minimera denna risk och förvaltningen ämnar arbeta med denna fråga under hösten.

I den interna kontrollplanen för 2019 ökade antalet ekonomiska risker. Förvaltningen har arbetat intensivt med att förstärka kontrollmoment och åtgärder och i delårsuppföljningen är det nu fler resultatenheter som visar ett positivt resultat.

Under året har förvaltningen dessutom arbetat för att minimera riskerna kopplade till patientsäkerhet och informationssäkerhet och har även där etablerat ett flertal kontrollmoment och åtgärder som bedöms minska dessa risker.

3 Intern kontroll

Intern kontroll definieras som en process där nämnd/styrelse, ledningen i förvaltningen/bolaget och övrig personal samverkar för att med rimlig grad av säkerhet se till att nämnden/ bolaget:

- Uppfyller fastställda mål, bedrivs effektivt och ändamålsenligt,
- Följer tillämpliga lagar, föreskrifter, avtal och styrande dokument,
- Bedrivs säkert så att verksamheten skyddas samt,
- Har tillförlitlighet i rapportering och information.

Intern kontroll inom Region Stockholm utgår från COSO-modellen, detta innebär att arbeta systematiskt med att förutse risker och möjligheter och att proaktivt hantera och kommunicera dessa. De fem komponenterna i COSO-modellen är:

- Styr- och kontrollmiljö
- Riskbedömning
- Åtgärder och kontrollaktiviteter
- Information och kommunikation
- Övervakning

Regionstyrelsen har det övergripande ansvaret för att se till att det finns en god intern kontroll i hela Region Stockholm. Detta innefattar ansvar för att se till att statusen på den interna kontrollen följs upp och avrapporteras i enlighet med regionstyrelsens anvisningar.

Nämnden/bolaget tar i samband med budgetarbetet fram en plan för intern kontroll, denna plan uppdateras och följs upp vid delårsrapportering och årsbokslut.

Nämnden/styrelsen försäkrar sig genom förvaltningschefens/bolagschefens återrapportering och revisorernas granskning att den interna kontrollen är tillräcklig och att planen för intern kontroll genomförs.

Förvaltningschefen/bolagschefen rapporterar omedelbart brister i den interna kontrollen till nämnden/styrelsen. Nämnden/styrelsen säkerställer att förvaltningschef/bolagschef vidtar åtgärder som hanterar bristerna så att den interna kontrollen är tillräcklig. Vid misstanke om brott vidtar nämnden/styrelsen utan oskäligt dröjsmål, åtgärder och informerar regionens ledning och dess revisorer.

Nämnden/styrelsen lämnar årligen en försäkran i styrrapporten om att man genom förvaltningschefen/bolagschefen vidtagit nödvändiga åtgärder för att uppnå en tillräcklig intern kontroll. Denna plan för intern kontroll utgör grunden för den försäkran.

3.1 Styr- och kontrollmiljö

I styrelsens 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 riktlinjer samt tydliga och dokumenterade instruktioner och rutiner.

Sjukvårdsdirektören rapporterar regelbundet till styrelsen utifrån fastställda rutiner.

Dessutom följer SLSO:s ledningsgrupp upp verksamhetsområdena utifrån förvaltningens styrkort tre gånger per år, efter tertialen, delårsbokslutet och årsbokslutet för att koppla samman kontrollen och uppföljningen av verksamheten till Regions Stockholms budgetprocess.

3.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter

3.2.1 Förändrade förutsättningar för intern kontroll

Under de senaste åren har SLSO:s arbete med intern kontroll utvecklats och förbättrats.

När det gäller internkontrollplanen för år 2019 har regionledningskontoret infört ett systemstöd för arbetet med intern kontroll, som en del av arbetet med det regionövergripande arbetet med styr- och ledningssystem. Detta ska ge en gemensam struktur och göra det möjligt att få fram en gemensam internkontrollsammanställning för hela regionkoncernen. För SLSO innebär detta en delvis förändrad ordning för arbetet med risk- och väsentlighetsanalys, samt utarbetande av internkontrollplan. De risker som SLSO identifierat i internkontrollplanen ska kopplas samman med Region Stockholms övergripande mål för SLSO. Stödsystemet ger en tydlig ram och struktur för arbetet med att följa upp identifierade risker.

3.2.2 Analys och slutsatser

I internkontrollplanen för 2019 ha det skett en ökning av ekonomiska risker för verksamheten. Riskerna finns främst inom affärsmässigheten/kostnadsmedvetande samt ojämnt ekonomiskt resultat inom verksamhetens olika delar.

Andra betydande risker när det gäller verksamheten är verksamhetens personal- och kompetensförsörjning samt informationssäkerhet.

Risker i varierande grad finns när det gäller såväl tillgänglighet och patientsäkerhet samt styrning och ledarskap. När det gäller patientsäkerheten har förvaltningen arbetat för att tydliggöra ansvar och roller.

SLSO har och kommer att fortsätta arbeta aktivt under 2019 för att stärka den ekonomiska uppföljningen inom förvaltningens olika delar för att säkerställa god ekonomisk hushållning och en ekonomi i balans.

SLSO behöver arbete mer aktivt under hösten för att minska risken kopplat till personal- och kompetensförsörjning. Åtgärder och kontrollmoment för att minimera denna risk behöver säkerställas och förstärkas.

3.3 Information och kommunikation

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

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

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

Intern styrning och kontroll definieras enligt COSO som en process där styrelse, ledning och övrig personal samverkar och med rimlig grad av säkerhet ska se till att verksamhetens mål uppnås avseende:
- Effektiv och ändamålsenlig verksamhetsstyrning
- Tillförlitlig finansiell rapportering
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, förordningar och interna regler.

3.4 Övervakning

3.4.1 Efterlevnad av styrande dokument

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. Dessa regionövergripande styrdokument omsätts i SLSO:s interna styrning i form av bland annat riktlinjer, 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 OHSAS 18001 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, LS 1303-0431. Intern kontroll inom Region Stockholm är en tillämpning av COSO-modellen vilken SLSO har använt sig av för att ta fram internkontrollplan 2019.

3.4.2 Hantering av brister och avvikelser

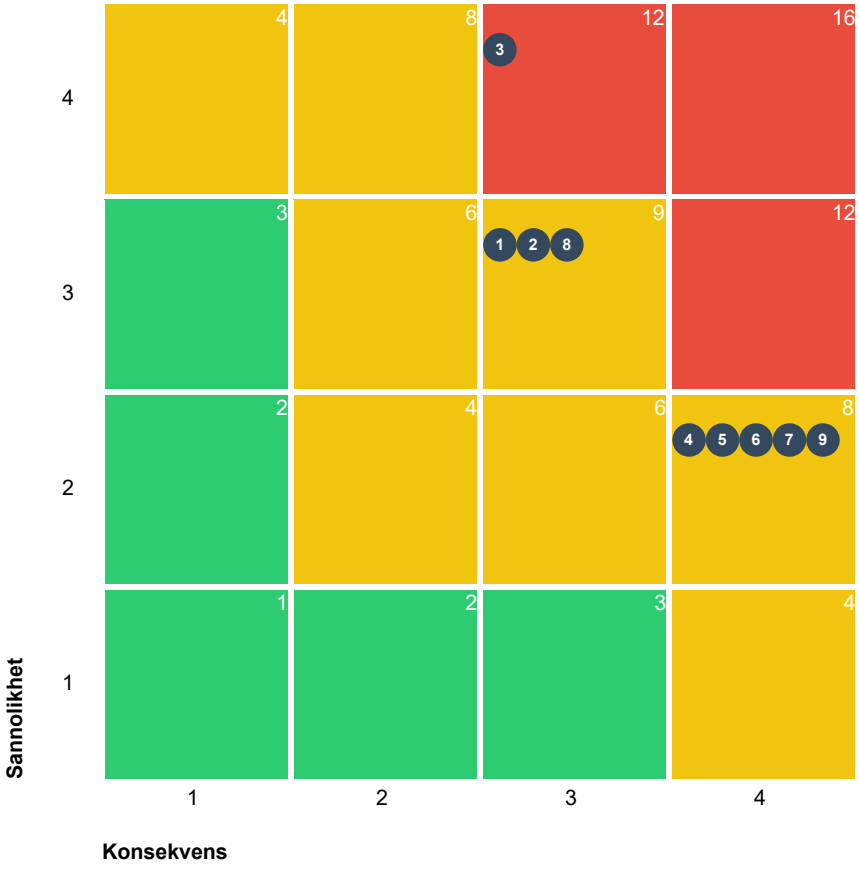
Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde utvärderar kontinuerligt den information förvaltningsledningen lämnar. Det innefattar bland annat att säkerställa att åtgärder vidtas rörande de brister och förslag till åtgärder som framkommit i intern och extern uppföljning, granskning och revision.

Styrelsen fastställde plan för intern kontroll 2019 i samband med antagande av verksamhetsplan för 2019. Områden i planen där väsentliga brister noteras åtgärdas löpande och följs upp. Bland de väsentligaste riskerna i internkontrollplanen för 2019 finns bland annat kompetensförsörjning och ökande svårigheter att rekrytera personal.

SLSO arbetar aktivt med att vara en attraktiv arbetsgivare och en modern arbetsorganisation. Förvaltningen har under året förstärkt HR-funktionen för att intensifiera arbetet med att försöka rekrytera personal och vara en attraktiv arbetsgivare. Man har även inlett ett samarbete mellan HR och kommunikationsavdelningen för att ytterligare förstärka arbete med SLSO som en attraktiv arbetsgivare.

Dessutom finns ett flertal ekonomisk risker i internkontrollplanen och ett särskilt fokus har och kommer att fortsätta läggas på ekonomi i balans under 2019.

4 Sammanställning av risker



1 Hög 8 Medium | Totalt: 9

Hög
Medium
Låg

	Sannolikhet	Konsekvens
4	Mycket sannolik - Det är mycket troligt att problem ska uppstå	Mycket allvarlig - Konsekvensen uppfattas som mycket allvarlig och får helt enkelt ej inträffa
3	Sannolik - Det är troligt att problem ska uppstå	Allvarlig - Konsekvensen är så stor att den helst inte får inträffa
2	Möjlig - Det är mindre troligt att problem ska uppstå	Kännbar - Konsekvensen uppfattas som besvärande
1	Mindre sannolik - Det är inte troligt att problem ska uppstå	Lindrig - Konsekvensen uppfattas som liten

Mål	Lokalt mål	Risk			Riskägare
Ett resultat i balans		1	10913	Bristande affärsmässighet/kostnadsmedvetande	**Riskägare** Karin Persson

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
		2		11919	Ojämnt ekonomiskt resultat inom SLSO:s olika delar	**Riskägare** Karin Persson
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		3		11922	Ökad svårighet att rekrytera personal	**Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis
Systematisk kompetensförsörjning		4		11923	Bristande ledarskap	**Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis
Vård i rätt tid		5		10908	Bristande tillgänglighet	**Riskägare** Stefan Kallström Jansson
Säker vård		6		11924	Bristande patientsäkerhet - felbehandlingar	**Riskägare** Stefan Kallström Jansson
		7		11925	Bristande patientsäkerhet - bristfälliga rutiner	**Riskägare** Stefan Kallström Jansson
Effektiv vård		8		11928	Brister i informationssäkerheten	**Riskägare** Annika Jerhamre
		9		11929	Bristande följsamhet till dataskyddsförordningen	**Riskägare** Annika Jerhamre

Mål och Indikator	Mål 2019 RF/SLSO	Resultat 2019-08	
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I STOCKHOLM SKA PRÄGLAS AV KORTA VÅRDKÖER, HÖG TILLGÄNGLIGHET, GOD KVALITET OCH INVÅNARENS MÖJLIGHET ATT SJÄLV VÄLJA VÅRDGIVARE			
Vård på rätt plats			
Vård i rätt tid			
Andel patienter som får tid till husläkare inom 3 dagar - RF	≥ 90 %	97%	♦
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar - RF	≥ 73 %	79%	♦
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar - RF	≥ 90 %	i.u	
Säker vård			
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner - RF	≤ 7,9 %	2,8%	♦
Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade) - RF/SLSO	≤ 158	107 *	♦
Kontinuitet i vården – andel patienter som träffar samma läkare/behandlare - SLSO	öka	oförändrat	♦
Kvalitetsindex - SLSO	<=50%	år	
Effektiv vård			
Antal avslutade ärenden i 1177 Vårdguidens e-tjänster per 1 000 invånare och månad - RF	≥ 29	i.u	
Antal dagar medicinskt färdigbehandlade patienter är kvar på sjukhus - RF	<=3st	i.u	
Följsamhet till kloka listan (MED tilläggslista) - SLSO	> 86 %	85%	♦
God folkhälsa			
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete - RF	≥ 75 %	91%	♦
Högt förtroende för vården			
Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra - RF	≥ 82 %	84%	♦
Andel patienter som känner sig delaktig i vården - SLSO	≥ 80 %	år	
LÅNGSIKTIGT HÅLLBAR EKONOMI			
Ett resultat i balans			
Resultat före omställningskostnader RF	199 mkr	199 mkr *	♦
Resultatenheter med ekonomi i balans (resultat jmf med budget) - SLSO	80%	56%	♦
Produktivitet produktion/kostnad - SLSO	> 1%	2,6%	♦
Produktivitet produktion/arbetad timma - SLSO	> 0%	0,9%	♦
RE med positiv produktivitetsutveckling - SLSO	≥ 70 %	49%	♦
Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar			
Hållbar investeringsutveckling			
REGION STOCKHOLM SKA VARA EN ATTRAKTIV ARBETSGIVARE			
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare			
Personalomsättning	≤ 10 %	9%	♦
Andel av medarbetarna som uppger att de under året haft ett individuellt medarbetarsamtal med sin närmaste chef	100%	år	
Kompetensstegen för sjuksköterskor implementerad	>=85%	år	
Medarbetarindex	≥ 76	år	
Chefsindex	≥ 78	år	
Kvarstannandegrad - SLSO	>=85%	84%	♦
Andel av medarbetare som utsätts för hot och våld på arbetet	Minska	år	
Andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid	≤ 6,3%	6,4%	♦
Systematisk kompetensförsörjning			
Antalet sjuksköterskor som utbildat sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska med bibehållen lön	≥ 100	år	
Antalet anställda AT-läkare	180	år	
Antalet anställda ST-läkare	650	600*	♦
Andel inhyrd personal (av vårdpersonal) - SLSO	≤ 2 %	3,7%	♦
Andel verksamheter som har mer än 2% andel inhyrd personal - SLSO	< 2018	43%	♦
EN HÅLLBAR REGION STOCKHOLM			
Social hållbarhet			
Antalet anställda som den vid slutet av året har en sammanhängande sjukfrånvaroperiod på 90 dagar - SLSO	>320	år	
Stockholmsregionen ska inom fem år vara en av Europas fem ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa			
Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för arbete med innovationer på ett systematiskt sätt	Ja	år	
FoUU-medel - SLSO	>2018	år	
Antal disputationer senaste treårsperioden - SLSO	>2018	år	
Antal nya docenter - SLSO	>2018	år	

Studerande veckor - SLSO	>2018	ökat	♦
Resultat av studentenkät - SLSO	>2018	år	
Region Stockholms påverkan på klimatet ska minska			
Verksamhets- och fastighetsenergi i fastigheter ägda av Region Stockholm, kWh/kvm (A-temp)	≥-16	år	
Andelen ägda och leasade fordon som drivs på förnybara drivmedel inom Region Stockholms nämnder och bolag	≥3%	0,6%	♦
Klimatpåverkan från utsläpp av växthusgaser, ton koldioxidekvivalenter	≥-48 %	år	
Klimatpåverkan från patientmåltider, ton koldioxidekvivalenter	>=-5%	år	
Klimatpåverkan från Region Stockholms tjänsteresor, ton koldioxidekvivalenter	?	år	
Andelen ekologiska livsmedel i regionens egna verksamheter, i procent	≥50%	41%	♦
Andelen lokalproducerade livsmedel, i procent	>=5%	i.u.	
Region Stockholm ska upprätthålla sina samhällsviktiga funktioner vid extraordinära händelser och klimatförändringar			
Skattepengar ska frigöras till kärnverksamhet			
Skapa goda förutsättningar för en väl fungerande samhällsplanering			
STOCKHOLMSREGIONEN SKA VARA EUROPAS MEST ATTRAKTIVA TILLVÄXTREGION			
Bidra till ett transporteffektivt samhälle i Stockholmsregionen			
Stärka strategiska forskningsstråk och innovationsmiljöer i Stockholmsregionen			

Region Stockholm

Stockholms läns sjukvårdsområde

Mkr	Utfall 2019 jan-aug	Prognos 2019	Budget 2019	Avvikelse 2019	Avvikelse 2019 (%)	Upparbet-ningsgrad 2019 (%)	Total ack. utfall	Total prognos	Total budget	Avvikelse total	Avvikelse total (%)	Total upp-arbetnings-grad (%)	Färdig-ställande (år)
Nämnder och bolag inom Hälso- och sjukvård													
1. Ombyggnader i externt hyrda lokaler													
1.2 Stockholms läns sjukvårdsområde													
Ospecificerade objekt < 100 mkr		15,0	15,0	100,0%	0,0%		5,4	15,0	15,0	0,0	0,0%	36,0%	
Summa Stockholms läns sjukvårdsområde		**15,0**	**15,0**	**100,0%**	**0,0%**		**5,4**	**15,0**	**15,0**	**0,0**	**0,0%**	**36,0%**	
SUMMA INVESTERINGAR I EXTERNT HYRDA LOKALER		**15,0**	**15,0**	**100,0%**	**0,0%**		**5,4**	**15,0**	**15,0**	**0,0**	**0,0%**	**36,0%**	
2. Maskiner, inventarier och IT													
2.4 Stockholms läns sjukvårdsområde													
Ospecificerade objekt < 100 mkr		223,6	223,6	100,0%	0,0%		118,3	223,6	223,6	0,0	0,0%	52,9%	
Utrustning till HS Helix etapp 2			0,0	0,0%	0,0%					0,0			
Summa Stockholms läns sjukvårdsområde		**223,6**	**223,6**	**100,0%**	**0,0%**		**118,3**	**223,6**	**223,6**	**0,0**	**0,0%**	**52,9%**	
Hälso- och sjukvård totalt		**238,6**	**238,6**	**100,0%**	**0,0%**		**123,7**	**238,6**	**238,6**	**0,0**	**0,0%**	**51,8%**	

Region Stockholm

Övriga avsättningar, ansvarsförbindelser och tvister

Bilaga E1

Nämnd/Bolag **Stockholms läns sjukvårdsområde** Period 2019-08-31

Belopp anges i kronor.

Legala Avsättningar

Specificera typ av avsättning: [1]	IB 2019	Ianspr under året	Återföring	Årets avsättning	UB	Tidpunkt då avsättning skall upplösas (ange år)	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
SLSO har inga legala avsättningar					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
TOTALT	0	0	0	0	0		

[1] För varje avsättning ska anges: osäkerhet om belopp el tidpunkt för utflöde av resurser samt eventuella gottgörelser som kan erhållas

Informella Avsättningar (endast bolagen)

Specificera typ av avsättning: [1]	IB 2019	Ianspr under året	Återföring	Årets avsättning	UB	Tidpunkt då avsättning skall upplösas (ange år)	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
SLSO har inga informella avsättningar					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
TOTALT	0	0	0	0	0		

[1] För varje avsättning ska anges: osäkerhet om belopp el tidpunkt för utflöde av resurser samt eventuella gottgörelser som kan erhållas

Ansvarsförbindelser

Specificera typ av ansvarsförbindels	Belopp	Är ansvarsförbindelsen föremål för tvist (JA/NEJ)
SLSO har inga ansvarsförbindelser		
TOTALT	**0**	

Skuld för avslutade tvister

Specificera skuld	Belopp
SLSO har inga skulder för avslutade tvister	
TOTALT	**0**

Definitioner

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

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

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

Ansvarsförbindelse
a) en möjlig förpliktelse som härrör från inträffade händelser och vars förekomst kommer att bekräftas endast av att en eller flera osäkra framtida händelser inträffar eller uteblir
b) en befintlig förpliktelse som härrör från inträffade händelser men som inte redovisas som skuld eller avsättning eftersom någon av följande förutsättningar gäller:
• det är inte är troligt att ett utflöde av resurser kommer att krävas för att reglera förpliktelsen,
• förpliktelsens storlek kan inte beräknas med tillräcklig tillförlitlighet,
eller
c) en händelse som - på grund av etablerad praxis, offentliggjorda riktlinjer eller tillräckligt utförligt och aktuellt uttalande - har skapat en välgrundad förväntan hos externa parter att kommunen eller landstinget kommer att vidta åtgärder vilket kan komma att kräva ett utflöde av resurser, men som inte uppfyller villkoren för en förpliktelse enligt denna rekommendation. (RKR Rek 10.2)

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