Verksamhetsplan 2020 och planår 2021-2023

Verksamhetsplan 2020 och planår 2021-2023 för Stockholms läns sjukvårdsområde har upprättats enligt anvisningar från regionledningskontoret.

Budgeterat resultat för 2020 uppgår till 220 Mkr.

Förslag till beslut

Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att fastställa verksamhetsplan 2020 och planår 2021-2023, samt

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Karin Persson
Ekonomidirektör

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0830
SLSO 19-2229

Stockholms läns sjukvårdsområde

Verksamhetsplan 2020

ÅR 2020

Innehållsförteckning

1 Inledning 3

2 Planering och uppföljning 4
2.1 Verksamhetsfakta 4
2.2 Ledning, styrning och uppföljning av nämnd/bolag 4

3 Inriktningsmål, verksamhetsspecifika mål, indikatorer, uppdrag och aktiviteter 6
3.1 Långsiktig ekonomisk uthållighet 6
3.2 En hållbar regional utveckling 7
3.3 Region Stockholm ska bli en hållbar arbetsgivare 13

4 Nämndspecifika mål, indikatorer, uppdrag och aktiviteter 17
4.1 En hälso- och sjukvård av god kvalitet 17
4.2 Uppnå strukturerad styrning av Region Stockholms verksamheter 19

5 Intern kontroll och regelefterlevnad 20
5.1 Resultat och analys från riskbedömningen 20
5.2 Regelefterlevnad 20

6 Verksamhetstal 23
6.1 Avtal och överenskommelser 23
6.2 Vårdproduktion 24

7 Ekonomi 27
7.1 Resultatbudget 27
7.2 Balansräkning 30
7.3 Investeringar 30

1 Inledning

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har upprättat en verksamhetsplan utifrån den av fullmäktige fastställda budgeten för Region Stockholm 2020.

De ekonomiska och verksamhetsmässiga förutsättningarna som påverkar kommande år är bland annat:

- förmågan att är att kunna attrahera, rekrytera, behålla och utveckla medarbetare med rätt kompetens. SLSO ska därför fortsätta arbeta med aktiviteter kopplat till målet att vara en attraktiv arbetsgivare där ledarskapet är ett fokusområde,
- arbetet fortsätter med strukturerade vårdprocesser inom samtliga verksamhetsområden för att bidra till måluppfyllelse av det övergripande målet: en hälso- och sjukvård av god kvalitet,
- prioriterade åtgärder under perioden är att stärka de delar av FoUU där SLSO kan bidra med specifik kompetens,
- digitaliseringsarbetet inom SLSO bedrivs utifrån respektive verksamhetsområdes prioriteringar med SLSO:s ledningsgrupp, som beslutande för digitalisering och IT inklusive projektportfölj,
- införandet av framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) kommer att ske under planperioden. Detta innebär ett omfattande förberedelse- och implementeringsarbete som kommer att ta resurser i anspråk. SLSO påbörjar även ett arbete med att förbereda etablering av förvaltningsorganisation för FVM,
- resultatkravet ökar successivt under planperioden, vilket innebär att effektiviseringsarbete måste pågå kontinuerligt. För 2020 beräknas effektiviseringskravet till 3%,
- det ekonomiska resultatet på resultatenhetsnivå varierar och den största positiva delen av resultatkravet har genererats av ett fåtal enheter. I avtal 2020 kommer dessa enheter få förändrade förutsättningar, vilket innebär ett minskat överskott. För att ha en långsiktig hållbar ekonomi krävs att flertalet av SLSO:s resultatenheter redovisar en ekonomi i balans.

2 Planering och uppföljning

2.1 Verksamhetsfakta

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

SLSO ska bedriva sin verksamhet i enlighet med överenskommelser som ingås med hälso- och sjukvårdsnämnden eller andra uppdragsgivare.

Stockholms läns sjukvårdsområde ska:

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

2.2 Ledning, styrning och uppföljning av nämnd/bolag

Stockholms läns sjukvårdsområdes styrelse fastställer de övergripande målen med fastställda indikatorer och måltal. Målen utgår från fullmäktiges budget, vårdöverenskommelser samt interna förbättringsområden. Uppfyllelsen av målen rapporteras till styrelsen. Styrkort tillämpas även på verksamhetsområdesnivå.

Varje verksamhet/resultatenhet bryter ner och konkretiserar de övergripande målen i handlingsplaner utifrån sina verksamhetsuppdrag och avtalen med hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN).

SLSO:s ledningsmodell - ”företaget i företaget” - innebär att självständiga resultatenheter har ett decentraliserat resultat- och verksamhetsansvar. Varje resultatenhetschef ansvarar för att åtagandet gentemot HSN, (beställaren) fullföljs inom ramen för den ekonomiska ersättningen. Detta ligger i linje med SLSO:s specifika reglemente och regleras i SLSO:s delegationsordning och chefskontrakt.

Styrelsen ansvarar för att följa upp hur verksamheterna fullföljer sina åtaganden gentemot regionfullmäktige (RF), beställaren samt följsamheten mot SLSO:s mål och riktlinjer. Detta förutsätter en tydlig organisation, ansvarsfördelning och ledningsstruktur. SLSO:s verksamheter är organiserade i fem verksamhetsområden, med var sin verksamhetsområdeschef. Arbete pågår kontinuerligt i organisationen för att identifiera och samordna administrativa stödfunktioner som med fördel kan utföras på färre medarbetare och därigenom avlasta de lokala cheferna ett antal administrativa arbetsuppgifter.

I fullmäktiges budget poängteras att SLSO ska ha konkurrensneutrala villkor i förhållande till andra aktörer och att verksamheten ska bedrivas affärsmässigt. För SLSO innebär detta ett ökat fokus på kostnadskontroll allmänt, insatser för att identifiera verksamheter/uppdrag som inte är finansierade eller långsiktigt ekonomiskt bärkraftiga.

SLSO:s övergripande styr- och ledningssystem är en beskrivning av den struktur för hur SLSO styr och leder verksamheten. Det inbegriper ett antal specifika ledningssystem, såsom t.ex. för tvångsvård, kvalitet, arbetsmiljö och miljö. SLSO är certifierat inom områdena kvalitet (ISO 9000:2015), miljö (ISO 14001:2015) samt arbetsmiljö (OHSAS 18001:2007). Att systemet fungerar säkerställs genom årlig revision.

Omfattningen av ledningssystemet gäller endast SLSO:s egna verksamheter och inbegriper därmed inte samarbetspartners såsom kommun, privata vårdgivare eller andra företag/aktörer i de lokaler där SLSO har sina verksamheter förlagda.

Ledningssystem hjälper SLSO att få ordning och reda, minimera risker, följa upp, analysera och arbeta med ständiga förbättringar för att kunna fokusera på det viktiga; att erbjuda en god vård, ett hållbart arbetsliv samt en minskad miljöpåverkan.

3 Inriktningsmål, verksamhetsspecifika mål, indikatorer, uppdrag och aktiviteter

3.1 Långsiktig ekonomisk uthållighet

Regionfullmäktiges budgetbeslut för 2020 innebär att resultatkravet fastställdes till 220 mkr för 2020, vilket är en höjning med 21 mkr jämfört med 2019. Resultatkravet för planeringsåren 2021-2023 fastställdes till 225 mkr, 228 mkr respektive 228 mkr.

De ekonomiska förutsättningarna för kommande år präglas av effektiviseringar och ökad produktivitet. Bakgrunden till detta är bland annat:

- ökat avkastningskrav,
- minskade intäkter för hjälpmedelsverksamheterna,
- etablering av serviceförvaltningen,
- marknadsanpassning av hyresnivåer.

Effektiviseringsbetinget för 2020 beräknas till 3%.

Det ekonomiska resultatet på resultatenhetsnivå varierar och den största delen av resultatkravet genereras av ett fåtal enhet. För att långsiktigt ha en ekonomi i balans krävs kostnadskontroll, effektiviseringar och en ökad produktivitet. Arbete pågår med att identifiera verksamheter och uppdrag som inte är finansierade eller långsiktigt bärkraftiga.

Översyn pågår av ledningen, centrala och lokala administrationerna i syfte att frigöra resurser för kärnverksamheten. Förändringen får dock inte innebära en ökad administration för vårdpersonal.

3.1.1 Ett resultat i balans

För 2020 är resultatkravet fastställt till 220 mkr. För att se till att SLSO uppnår resultatkravet behövs fortsatt kostnadskontroll, ökad produktivitet samt effektiviseringar.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
Nämnden/bolaget har uppnått sitt resultatkrav	Regionfullmäktige		
Andel resultatenheter som lämnar resultat enligt resultatkrav	Regionfullmäktige		100%
Produktivitet produktion/kostnad	Nämnd	1%	
Produktivitet produktion/arbetad timma	Nämnd		
RE med positiv produktivitetsutveckling	Nämnd	70%	

3.1.2 Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar

SLSO:s investeringsram för ospecificerade utrustningsinvesteringar samt ombyggnation i externt förhyrda lokaler som är beslutat i RF uppgår till 327 mkr. Investeringar i hjälpmedel utgör 170 mkr, IT- investeringar 48 mkr och resterande del medicintekniskt utrustning samt

övriga inventarier.

Avskrivningskostnaderna för de planerade investeringarna ryms inom SLSO:s budget.

3.1.3 Hållbar investeringsutveckling

I den i RF beslutade investeringsbudgeten finns inga genomförandebeslut över 100 mkr avseende SLSO:s verksamheter.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
Andel investeringar där genomförandebeslut har föregåtts av en totalekonomisk bedömning med totalkostnadskalkyl	Regionfullmäktige		100%
Andel investeringar där genomförandebeslut har föregåtts av åtgärdsvalsanalys	Regionfullmäktige		100%
Andel genomförda investeringar där beslutade effektmål har utvärderats	Regionfullmäktige		100%

3.2 En hållbar regional utveckling

3.2.1 Social hållbarhet

Hållbart arbetsliv

SLSO ska under 2020 arbeta vidare med att sänka sina sjuktal. Ett viktigt arbete för att påverka sjukfrånvaron är att arbeta förebyggande med systematiskt arbetsmiljöarbete, tidiga insatser och chefsstöd.

SLSO ska verka för att cheferna har kunskap om faktorer som påverkar arbetsmiljöarbetet, främjar hälsa och minskar risker för ohälsa. SLSO ska även fortsatt stötta chefer i att arbeta utifrån Arbetsmiljölagen, AFS och OSA-föreskrifterna gällande organiserad arbetsanpassning och rehabiliteringsverksamhet.

Till sin hjälp i arbetet avser SLSO att göra uppföljningar med hjälp av Nyckeltalsinstitutets Hälsoindex. Detta för att identifiera prioriterade områden för arbetet med ohälsa.

Jämlikhet och jämställdhet

Alla verksamheter inom SLSO ska arbeta aktivt med jämlikhet och jämställdhet som del i att skapa hållbara och attraktiva arbetsplatser. Verksamheten ska genom handlingsplaner aktivt arbeta förebyggande och främjande för att motverka diskriminering och på annat sätt verka för lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsidentitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Region Stockholms Jämställdhets- och jämlikhetsutbildning erbjuds alla chefer inom SLSO. Det finns också två webbutbildningar som är obligatoriska för alla medarbetare. ”HBT - normer, kön och sexualitet” som ger en grundläggande hbt-kompetens samt ”Att undanröja hinder” vars syfte är att utveckla ett normkritiskt tänkande och undanröja hinder för människor med funktionsnedsättning.

Region Stockholm är med i Nyckeltalsinstitutets jämställdhetsindex, JÄMIX, som är ett mått på hur långt jämställdheten nått. Region Stockholm tar även fram nyckeltal för utländsk

bakgrund med hjälp av Nyckeltalsinstitutet. Rapport tas fram vartannat år. Senaste rapporterna kom 2018.

SLSO arbetar aktivt med att anställa personer med funktionsnedsättning från Arbetsförmedlingen.

Inom SLSO:s verksamheter ser man positivt på att ta emot personer med utländsk utbildning både vad gäller auskultationer, praktik och regelrätta anställningar. SLSO har en stor andel medarbetare med utländsk bakgrund vilket är en tillgång för patienterna och för verksamhetsutvecklingen.

Delaktighet för personer med funktionsnedsättning

I SLSO:s app Alltid Öppet utvecklas funktionen flerpartssamtal där en tredje part ska kunna delta i ett vårdmöte (utöver patient och medicinsk personal), den parten ska kunna vara teckenspråkstolk eller personlig assistent eller liknande.

SLSO arbetar också vidare med fysisk tillgänglighet till våra lokaler där ett samarbete pågår med hälso- och sjukvårdsförvaltningen som syftar till att revidera kraven för fysisk tillgänglighet/checklistan.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
Antalet anställda som vid slutet av året har en sammanhängande sjukfrånvaroperiod på 90 dagar	Nämnd	<320	
Nämnden/bolaget har utifrån sitt uppdrag genomfört aktiviteter avseende social hållbarhet	Regionfullmäktige		Ja

Uppdrag	Status
Upptäcka sexuella övergrepp på barn i IT-miljön	Ej påbörjad

3.2.2 Region Stockholms klimatpåverkan ska minska

Övergripande mål och tillhörande aktiviteter framgår av ”Handlingsplan för miljö 2018-2021” (PLA-13236). SLSO upphandlar och kravställer utifrån de indikatorer som SLSO omfattas av. För att klara de indikatorer som är fastställda inom nollutsläppsfordon har SLSO under 2019 upphandlat ett flertal elbilar. I de upphandlingar som gjorts under 2019 inom patientmåltider har SLSO kravställt till aktuella livsmedelsleverantörer redovisning av klimatpåverkan från patientmåltider, redovisning av andelen ekologiska livsmedel och redovisning av lokalproducerade livsmedel. Detta kommer följas upp under 2020. Gällande klimatpåverkan från tjänsteresor uppmanas medarbetar inom SLSO att i första hand välja tåg framför flyg.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
Andel nollutsläppsfordon av de ägda och leasade fordonen inom nämnden/bolaget	Regionfullmäktige		>=7%
Klimatpåverkan från tjänsteresor, ton koldioxidekvivalenter	Regionfullmäktige		>=-10%

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

3.2.3 Region Stockholms miljöpåverkan ska minska

Övergripande mål och tillhörande aktiviteter framgår av ”Handlingsplan för miljö 2018-2021” (PLA-13236). SLSO upphandlar och kravställer utifrån de indikatorer SLSO omfattas av. I de upphandlingar som gjorts under 2019 inom patientmåltider har SLSO kravställt till aktuella livsmedelsleverantörer listade hållbarhetskrav enligt Plan för hållbara patientmåltider. Gällande hantering av textilier följer SLSO kontinuerligt indikatorn och trenden för SLSO har under de senaste åren stadigt varit positiv.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
Hållbarhetskrav ställs alltid vid upphandling av måltidstjänster och livsmedel	Regionfullmäktige		100%
Minskning av andelen kläder som är uteliggande mer än 30 dagar, jämfört med utfallet 2018.	Regionfullmäktige		>=-10%

3.2.4 Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar

Utifrån den Compliance-deklaration som genomförs på förvaltningsnivå arbetar SLSO löpande med ständiga förbättringar som syftar till att förbättra informationssäkerheten.

SLSO har under hösten 2019 genomfört en klimat- risk- och sårbarhetsanalys (KRSA). Utgångspunkten var de regionala workshops som genomförts under våren 2019 vars syfte var att identifiera väsentliga åtaganden och samhällsviktiga verksamheter, kritiska samband samt risker och sårbarheter samt följande nödvändiga åtgärder. Materialet från dessa regionala workshops användes vid SLSO-specifika workshops för att på central nivå inom SLSO ta fram förvaltningens klimat-, risk- och sårbarhetsanalys.

Det övergripande resultatet av analysen avseende risk, sårbarhet och konsekvens utifrån extraordinära händelser har redovisats för styrelsen i oktober 2019. Utifrån redogörelsen gavs sjukvårdsdirektören i uppdrag att vidta åtgärder utifrån definierade sårbarheter.

Under 2020 kommer en SLSO ta fram en övergripande strategi och plan för aktiviteter för kris- och katastrofberedskap för 2020-2022. Fokus kommer vara på att ta fram kontinuitetsplaner samt en modell för kris- och katastrofberedskap.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
Andel säkerhetsåtgärder enligt Region Stockholms ledningssystem för informationssäkerhet som är implementerade	Regionfullmäktige		>=50%
Nämnden/bolaget har förmåga att hantera extraordinära händelser	Regionfullmäktige		Ja
Andel vidtagna åtgärder av identifierade sårbarheter i klimatanalyser i nämnder och bolag	Regionfullmäktige		>=50%
Andel vidtagna åtgärder av identifierade sårbarheter i risk och sårbarhetsanalyser i nämnder och bolag	Regionfullmäktige		>=50%

Uppdrag	Status
Klimat- och sårbarhetsanalys	▶ Pågående enligt plan

3.2.5 Kärnverksamheten ska prioriteras

SLSO:s styrmodell ska utmärkas av patientnära beslut för goda resultat och innebär en långtgående decentralisering av ansvar och befogenheter. Decentralisering och patientnära beslut ger förutsättningar för att kärnverksamheten prioriteras. Styrmodellen förutsätter också effektiva samordnade lednings- och stödprocesser i syfte att det ska vara ”lätt att göra rätt”. Arbetet med att utveckla styrmodellen fortsätter med att tydliggöra kopplingar mellan ansvar och befogenheter. Under hösten 2019 har ett arbete inletts med att se över de centrala administrativa resurserna i syfte att säkerställa att all administration är ändamålsenlig för att leva upp till lagkrav och skapar mervärde i våra kärnuppdrag. Översynen har som mål att den totala kostnaden för administration ska minska för att i sin tur avlasta kärnverksamheten. Konkret innebär översynen bland annat effektivisering av befintliga administrativa processer men också en genomgång för att identifiera icke-verksamhetskritiska processer som kan tas bort.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
Andel lagakraftvunna domstolsavgöranden där Region Stockholm har vunnit	Regionfullmäktige		>=75%

3.2.6 Hög innovations- och digitaliseringsgrad

SLSO fortsätter att arbeta strukturerat enligt regionens beslutade Policy för innovation och digitalisering samt Strategi för IT och digitalisering. Digitaliseringsarbetet inom SLSO bedrivs utifrån respektive verksamhetsområdes prioriteringar med SLSO:s ledningsgrupp, som beslutande för digitalisering och IT inklusive projektportfölj. Digitaliseringsinitiativen kopplas till region Stockholms övergripande mål och hanteras strukturerat inom SLSO:s process för portföljstyrning.

Idé- och innovationsslussen inom SLSO har till uppgift att både främja och stödja innovationer i verksamheten, där metodiken är integrerad med regionens övergripande

arbete under benämningen ”SLL Innovation”. Idéer/innovationer som behandlas i ”slussen” kommer både från den egna verksamheten såväl som från externa parter. Arbetet bedrivs i många fall i samverkan med övriga nämnder och bolag. I beredningsprocessen belyses och kvalitetssäkras respektive initiativ utifrån olika perspektiv; verksamhetsnytta, konsolidering och samordning, informations- och patientsäkerhet, upphandling/avtal, drift och förvaltning, implementering och verksamhetsbeslut och finansiering.

Pågående ärenden under 2020 berör bland annat automatisering av vårdprocess samt distansmonitorering vid diabetes, arytmi, blodtryck och astma.

Alltid öppet – En app som möjliggör digitala möten mellan invånare och vårdgivare. Appen är integrerad med journalsystemet TakeCare och möjliggör funktioner för att boka tid, nyttja en digital mottagning där invånaren möter sin vårdgivare via videomöten, chatt och symtomguidning. Stort genomslag har skett inom primärvården kring återbesök och förnyelse av recept. Psykiatrin ser fördelar med appen som möter den stora efterfrågan kring videomöten och chatt. Under 2020 breddinförs appen inom SLSO. Övriga egenregi verksamheter inom Regionen visar stort intresse och planering pågår för införande och fortsatt gemensam utveckling. Detta innebär att invånarna på sikt kan nå ännu fler vårdgivare och nyttja de olika funktionerna i appen.

Stöd- och behandlingsplattformen är ytterligare ett fokusområde för SLSO:s verksamheter 2020 för att kunna utöka antalet digitala behandlingsformer för patienter.

Framtidens vårdinformationsmiljö. SLSO deltar aktivt i programmet Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) och under 2020 fortsätter SLSO sin etablering av en mottagarorganisation för FVM för att säkerställa införande och den långsiktiga nyttohemtagningen. SLSO påbörjar även ett arbete 2020 med att förbereda etablering av förvaltningsorganisation för FVM. Detta som ett led i ett större arbete att hos SLSO samla ägarskapet för vårdnära IT-system/objekt som stöttar vårdprocesser och som används av flera vårdproducerande nämnder och bolag. Detta omfattar även vårdnära administrativa stödsystem.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för att arbeta med innovationer på ett systematiskt sätt	Regionfullmäktige		Ja

Uppdrag	Status
Ta fram en handlingsplan för informationssäkerhet	Ej påbörjad

3.2.7 En av Europas ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa (regionstyrelsen)

Patienter inom SLSO ska ha tillgång till bästa tillgängliga vård, vilket förutsätter att organisationen har kapacitet till utveckling och förändring. Forskning, undervisning och utveckling i SLSO ska ske i nära samverkan med övrig hälso- och sjukvård och universitet och

högskolor. Ökat deltagande i kliniska prövningar ska underlättas genom spridning av inbjudningar, aktiv uppföljning och kartläggning av hinder för att delta. Användandet av digitala vårddata för forskning och verksamhetsutveckling ska öka genom förenklade processer till stöd för forskning, utveckling och innovation.

Utvecklingen inom sjukvården går mot så kallad nätverkssjukvård vilket innebär att primärvårdens roll blir allt viktigare. Mer kvalificerad vård kommer att ges i öppna vårdformer, vårdkedjor mellan öppen och sluten vård blir mer integrerade, och kvalificerad hälso- och sjukvård kommer att ske även inom kommunala vårdformer och i hemmen, vilket förutsätter såväl patientmedverkan som inslag av egenvård. Privata och offentliga aktörer förväntas arbeta mot gemensamma mål.

Prioriterade åtgärder under perioden är att stärka de delar av FoUU där SLSO kan bidra med specifik kompetens. Öppna vårdformers FoUU och innovationskraft, åtgärder som påverkar den långsiktiga livskvaliteten för befolkningen, och identifiering av kunskapsluckor som bara kan fyllas via samverkan är exempel på sådana utvecklingsområden.

Förbättring av befolkningens hälsa och utvecklingen av en jämlik hälsa i länet förutsätter satsningar på såväl sjukvård som på det primärpreventiva arbetet. Därtill krävs ett effektivt implementeringsarbete av evidensbaserade metoder i hälso- och sjukvårdens arbete, både när det gäller det direkta vårdarbetet men också när det gäller informationshantering, kommunikation, organisation och ledarskap.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
FoUU-medel	Nämnd		
Antal disputationer senaste treårsperioden	Nämnd		
Antal nya docenter	Nämnd		
Studerande veckor	Nämnd		
Resultat av studentenkät	Nämnd		

3.3 Region Stockholm ska bli en hållbar arbetsgivare

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) ska vara en attraktiv arbetsgivare. Målsättningen är att medarbetarna ska erbjudas ett hållbart arbetsliv med ett tillfredsställande arbetsmiljöarbete utifrån fysiska, sociala och organisatoriska aspekter. Medarbetarna ska ges tydliga uppdrag och verksamhetsnära introduktion samt möjlighet att utvecklas i sitt arbete där ett ständigt arbete pågår för att förebygga skador och ohälsa.

SLSO ska främja ett aktivt medarbetarskap med ett väl fungerande samverkansarbete och långtgående möjligheter till delaktighet och inflytande där ett stort ansvar för att bidra till en god arbetsmiljö är en självklarhet. Med utgångspunkt från ett reviderat kollektivavtal om samverkan, en partsgemensam utbildning i arbetsmiljö för chefer och skyddsombud samt specifika satsningar för SLSO:s samverkansgrupper ska ett fortlöpande förbättringsarbete bedrivas.

SLSO har valt att ISO-certifieras inom områdena kvalitet, arbetsmiljö och miljö vilket innebär att höga krav ställts på att systematiskt bedriva verksamheten mot ständiga förbättringar för att nå de uppsatta målen.

3.3.1 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

Attraktiv arbetsgivare

En av SLSO:s viktigaste framgångsfaktorer för att nå uppsatta mål är att kunna attrahera, rekrytera, behålla och utveckla medarbetare med rätt kompetens. SLSO ska därför fortsätta arbeta med aktiviteter kopplat till målet att vara en attraktiv arbetsgivare där ledarskapet är ett fokusområde.

Ett välfungerande ledarskap är en förutsättning för att tillsammans med medarbetarna främja en kostnadseffektiv och patientsäker vård med hög kvalitet. SLSO ska verka för rimliga och tydliga chefsuppdrag med en verksamhetsnära introduktion. Vidare ska chefer ges möjlighet till kontinuerlig ledarskapsutveckling och chefsstöd. Ett gott ledarskap har ansvar och befogenheter för att skapa en stimulerande och utvecklande arbetsmiljö där goda idéer tas till vara och delaktighet bidrar till att nå verksamhetens övergripande mål.

En öppen dialog och ett transparent förhållningssätt är en förutsättning för att känna engagemang och tillit – arbetsmiljöarbetet är en viktig strategisk fråga som även bidrar till säker vård med goda medicinska resultat. Varje verksamhet ska - bland annat utifrån resultatet i medarbetarundersökningen - kontinuerligt arbeta med aktiviteter som bidrar till att utveckla verksamheten.

SLSO som arbetsgivare ska kännetecknas av ett öppet, tolerant och jämställt arbetsklimat. Ingen medarbetare i SLSO ska uppleva att hen utsätts för diskriminering, kränkande särbehandling eller trakasserier. Alla medarbetare har ett gemensamt ansvar att behandla varandra med ömsesidig respekt. Alla ska känna att deras insats i arbetet är betydelsefullt och att de har ett ansvar för att medverka till goda arbetsförhållanden.

Den övergripande målsättningen är att alla medarbetare ska ha rätt till en arbetsmiljö fri från hot- och våldssituationer. SLSO ska därför arbeta med förebyggande åtgärder, väl fungerande riktlinjer och lokala rutiner och ett bra omhändertagande av den som råkat ut för hot eller våld. Detta är en avgörande framgångsfaktor för att skapa en god arbetsmiljö.

Nedan beskrivs några aktiviteter som syftar till att nå målet attraktiv arbetsgivare.

Personalomsättning: Verksamhetsnära introduktion, möjlighet till kompetensutveckling. För chefer tydligt uppdrag, rimligt antal underställda. Arbeta vidare med lönebildning; lönesättning och löneutveckling. Fortsatt arbete med implementering av kompetensstegar.

Medarbetarsamtal: Fortsatt arbete med implementering av medarbetarsamtal med ProCompetence.

Medarbetarindex: Arbeta med mångfald och jämställdhet, stärka chefers retoriska förmåga att förklara och följa upp mål för verksamheten.

Ledarskapsindex: Introduktion för chefer, chefsutvecklingsprogram, chefsstöd.

Hot och våld: Erbjudande om intern utbildning i hot & våld. Lokala rutiner för hot och våld ska vara kända, användbara och gås igenom kontinuerligt.

Kränkande särbehandling: Lokala rutiner mot kränkande särbehandling ska vara kända, användbara och gås igenom kontinuerligt.

Sjukfrånvaro: Tidiga insatser vid korttidsfrånvaro. Systematiskt arbetsmiljöarbete. Utbildning för chefer i rehab-processen.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
Personalomsättning	Regionfullmäktige		<=13%
Andel av medarbetarna som uppger att de under året haft ett individuellt medarbetarsamtal med sin närmaste chef	Regionfullmäktige		81%
Medarbetarindex	Regionfullmäktige		>=76
Ledarskapsindex	Regionfullmäktige		>=78
Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete	Regionfullmäktige		Minska från år 2 019
Andel av medarbetare som utsätts för kränkande särbehandling som har samband med arbetet	Regionfullmäktige		Minska från år 2 019
Andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid	Regionfullmäktige		<6,2%
Kvarstannandegrad	Nämnd	>=85%	

3.3.2 Systematisk kompetensförsörjning

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har en fortsatt stor utmaning när det gäller att säkra kompetensförsörjningen, främst av sjuksköterskor. Detta är extra tydligt inom framförallt heldygnsvården och primärvården. Mot den bakgrunden arbetar SLSO aktivt med kompetensstegar och ProCompetence för att skapa möjlighet att utveckla yrkesroller och ta till vara medarbetarnas kompetens i det patientnära arbetet.

En allt mer fragmentiserad vård ställer extra stora krav på SLSO som attraktiv arbetsgivare.

Utvecklat stöd till chefer och ledningsgrupper krävs i tider då utmaningarna är stora och ställer höga krav på verksamheterna. SLSO:s aktiviteter handlar bl.a. om samtalsgrupper för chefer, chefsprogram och stöd till ledningsgrupper. Även implementering av strategisk kompetensplanering syftar till att förbättra förutsättningarna för verksamheter och medarbetare.

Verksamhetsnytta uppnås genom tydlighet avseende befintlig kompetens och kompetensbehov (kompetensstegar och ProCompetence). Rekrytering kan inriktas mer specifikt och exempelvis minska behovet av inhyrning. För medarbetarna innebär kompetensplaneringen bättre kontinuitet i bemanningen och bättre förutsättningar för verksamhetsutveckling, vilket är patientnytta.

Kompetensstegar inrättas för samtliga yrkesgrupper i klinisk vård.

Genom SLSO:s strategiska inriktning för 2020 tillvaratas och utvecklas kompetensen för vårdens yrkesgrupper och bidrar därmed till en spännande framtid inom SLSO:s olika verksamheter.

Inom primärvården finns en hög förväntad pensionsavgång avseende distriktssjuksköterskor och barnsjuksköterskor, den närmaste 5-årsperioden handlar det om nästan 20 %.

Jämfört med övriga landet har Region Stockholm en mindre andel sjuksköterskor per 100.000 invånare. Dessutom har sjuksköterskor en större arbetsmarknad, som inte enbart omfattar hälso- och sjukvård. Utmaningen är att bli tillräckligt attraktiva i hård konkurrens med andra arbetsgivare, vilket handlar om såväl privata företag som kommuner.

Exempel på viktiga aktiviteter;

- Fördjupad introduktion för nyutbildade sjuksköterskor. Forskning visar att detta är avgörande för möjligheten att behålla nya sjuksköterskor.
- Särskilda insatser för sjuksköterskor som varit utanför vården de senaste 5-7 åren.
- Erbjudande om avtal med utbildningsersättning för sjuksköterskor under grundutbildning i syfte att knyta studenter nära SLSO, och anställning direkt efter avslutad utbildning.
- Rekrytering från EU ska fortsätta i syfte att möta brist på specialistutbildade läkare och sjuksköterskor.

Utöver ovanstående aktiviteter sker satsningar även på undersköterskors och skötares kompetensutveckling via Centrum för psykiatriforskning (CPF) och Akademiskt specialistcentrum (APC).

SLSO har fått medel för medfinansiering för undersköterskors och skötares kompetensutveckling och inventering pågår för att se över vilka behov som finns inom de närmaste åren med anledning av att beslut om att undersköterskor ska få skyddad yrkestitel med krav på fastställd kompetens förväntas tas under 2020.

Behovet av läkare och specialistläkare ska mötas med ett ökat antal Specialist tjänstgöring (ST)- block och tydligare styrning inom SLSO när det gäller ST-utbildning i närsjukvården. Behoven ska analyseras och tydliggöras för att på bästa sätt styra resursfördelningen. Hösten 2020 ska BT (bastjänstgöring) införas i läkarutbildningen. Det innebär att handledarresurser tas i anspråk och att extra insatser krävs för att klara ST, Allmän tjänstgöring (AT) (som finns kvar fram till 2029) och BT. AT har dessutom en kösituation som kräver fler platser än idag.

En ökad efterfrågan på psykologer kräver att fler Praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP)-tjänster inrättas, och ökad finansiering krävs om detta ska kunna ske.

Verksamheter som är beroende av inhyrd personal ska ha en handlingsplan med konkreta aktiviteter som ska följas upp kontinuerligt. Arbetet med strategisk kompetensplanering ska bidra i detta.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
Kompetensutvecklingsindex	Regionfullmäktige		>=76
Antalet sjuksköterskor som utbildat sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska med bibehållen lön	Regionfullmäktige		Öka från år 2 019
Antalet tillsatta AT-block	Regionfullmäktige		Öka från år 2 019
Antalet ST-läkare	Regionfullmäktige		Öka från år 2 019
Andel inhyrd personal (av vårdpersonal)	Nämnd	<=2%	
Andel verksamheter som har mer än 2% inhyrd personal	Nämnd		

4 Nämndspecifika mål, indikatorer, uppdrag och aktiviteter

4.1 En hälso- och sjukvård av god kvalitet

SLSO har som övergripande strategi att arbeta med strukturerade vårdprocesser för att bidra till måluppfyllelse av det övergripande målet: en hälso- och sjukvård av god kvalitet. Att identifiera och följa upp strukturerade vårdprocesser kan bidra till flera mål som: vård på rätt plats, vård i rätt tid, säker vård samt effektiv vård.

4.1.1 Vård på rätt plats

Utöver arbetet med strukturerade vårdprocesser, som bidrar till att patienter kommer till rätt vårdnivå, planerar verksamhetsområde somatiskt specialistvård aktiviteter för att öka andelen äldre som läggs in direkt på geriatriken utan att först besöka akutsjukhus. Utvecklingen av digitala vårdmötet förväntas också bidra till måluppfyllnad.

Uppdrag	Status
Utveckling av FHS, tredje steget	▶ Pågående enligt plan

4.1.2 Vård i rätt tid

För att uppnå målet för *vård i rätt tid* så kommer förbättrad tillgänglighet fortsatt vara ett av SLSO:s fokusområde. Inom primärvården är tillgängligheten generellt sett hög men utveckling av flexibla mottagningslösningar och online-tjänster för samtliga uppdrag planeras. Också inom psykiatrin planeras ökad användning av både SLSO:s digitala vårdplattform "Alltid öppet" och digitala verktyg inom ramen för internetpsykatrin. Samtliga verksamhetsområden erbjuder eller planerar aktiviteter för att erbjuda digitala lösningar som ett alternativ till fysiska besök.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
Andel patienter som får medicinsk bedömning inom tre dagar på husläkarmottagning	Regionfullmäktige		>=85%
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	Regionfullmäktige		>=73%
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	Regionfullmäktige		>=90%

4.1.3 Säker vård

SLSO arbetar med inriktning mot regionens övergripande nollvision för undvikbara vårdrelaterade skador. Säker vård åstadkoms genom ett strukturerat och systematiskt patientsäkerhetsarbete, i enligt med Patientsäkerhetslagen, där vårdskador förhindras genom aktivt riskförebyggande arbete samt ett ständigt lärande, erfarenhetsutbyte och förbättringsarbete. Riskhantering med riskinventering och riskanalys är en förutsättning för ett strukturerat förebyggande patientsäkerhetsarbete. SLSO:s resultatenheter ska fortsätta att utveckla risk-och avvikelserapportering samt systematiskt genomföra riskinventeringar och riskanalyser av patientsäkerheten inom verksamheten. En riskanalys inleder också arbetet

med att ta fram en handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet inom verksamheterna. Avvikelserapporter, riskrapporter, klagomål, synpunkter mm utgör grunden för riskanalysen. Analysen är bas för beslut om åtgärder, som genomförs och följs upp. Patientens fokus och delaktighet i utredning, vård, behandling och uppföljning har stor betydelse för en patientsäker vård.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	Regionfullmäktige		<=7,7%
Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade)	Nämnd	<=130	
Kontinuitet i vården - andel patienter som träffar samma läkare/behandlare	Nämnd		
Kvalitetsindex	Nämnd	<=50%	

Uppdrag	Status
Möjliggöra FVM SLL (sjukvårdsproducenter)	Pågående enligt plan

4.1.4 Effektiv vård

Utöver arbete med att identifiera och upprätta åtgärdsplaner för verksamheter inom SLSO som inte uppnår ekonomiska resultatkrav räknar nämnden med att digitaliseringsarbetet som bedrivs kommer att bidra till en effektivare vård. Exempelvis planerar primärvården under året att öka implementeringen av "självincheckning" för patienter.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle	Regionfullmäktige		<=2
Följsamhet till kloka listan	Nämnd	>=86%	

Uppdrag	Status
Förbereda etableringen av förvaltningsorganisation för Framtidens vårdinformationsmiljö	Ej påbörjad

4.1.5 Stärkt folkhälsa

Primärvården har ett tydligt uppdrag vad gäller prevention, under 2020 kommer särskilda insatser att riktas mot bland annat tobaksbruk hos patienter med psykisk ohälsa.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete	Regionfullmäktige		>=80%

4.1.6 Vård med patienten i fokus

Arbete med patientmedverkan och patientinflytande pågår bland annat inom psykiatrin. Arbete med att ta tillvara patienters uppfattningar om vården genom patientenkäter fortsätter. Inom primärvården kommer arbetet att inriktas på verksamheter med låga utfall i patientenkäterna.

Indikator	Beslutat av	Mål 2020	RF Mål 2020
Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra	Regionfullmäktige		>=82%
Andel patienter som känner sig delaktig i vården	Nämnd	>=80%	

4.2 Uppnå strukturerad styrning av Region Stockholms verksamheter

Inom nämnden analyseras och värderas ledningsstruktur och ansvarsförhållanden kontinuerligt. Planering och rapportering utvecklas kontinuerligt i syfte att både bli mer korrekt men också för att minska onödig administration. Under 2020 kommer två verksamhetsområden att påbörja rapportering via Stödet/Stratsys, övriga verksamhetsområden följer 2021.

5 Intern kontroll och regelefterlevnad

5.1 Resultat och analys från riskbedömningen

SLSO genomför årligen en riskanalys och utarbetar en plan för intern kontroll, i enlighet med Region Stockholms gällande policy för intern kontroll. Detta sker i anslutning till arbetet med budget och verksamhetsplan. Internkontrollplanen för 2020 ska fastställas av styrelsen i samband med verksamhetsplan 2020.

Riskanalysen har utgått ifrån COSO-modellen och risker med ett samlat värde av sannolikhet och konsekvens över 8 har tagits med i internkontrollplanen.

SLSO ska koppla identifierade risker till Region Stockholms övergripande mål för SLSO.

I planen för intern kontroll 2020 har SLSO identifierat ett ökat antal ekonomiska risker för verksamheten. Riskerna finns främst inom hantering av icke bärkraftiga verksamheter, bristande affärsmässigheten/kostnadsmedvetande samt en kostnadsnivå som inte är ekonomiskt hållbar.

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

Risker i varierande grad finns när det gäller såväl tillgänglighet, regelefterlevnad samt patientsäkerhet. Det pågår ett arbete med att förtydliga både riktlinjer och rutiner samt organisatorisk ansvarsnivå.

5.2 Regelefterlevnad

Med regelefterlevnad avses att nämnder och bolag skall följa dels regler fastställda i lag och författning, dels styrande principer och krav (regler) i de styrande dokumenten beslutade av regionfullmäktige och regionstyrelsen samt anvisningar beslutade av regiondirektören. Nedan redovisas SLSO:s arbete för regelefterlevnad.

Informationssäkerhet

SLSO:s informationssäkerhetsarbete utgår ifrån regionens övergripande informationssäkerhetspolicy samt regionens riktlinjer för informationssäkerhet (justerad 2018-05-25). Inom SLSO har de Region Stockholms övergripande riktlinjer konkretiserats i en handlingsplan för informationssäkerhet som gäller för 2019 och 2020 och denna ingår som en del i ledningssystemet.

Informationssäkerhetsarbetet vilket inkluderar anpassningen till dataskyddsförordningen syftar till att skydda all information i verksamheten och skyddet ska vara anpassat till skyddsvärde, risk och lagkrav. För att säkerställa skyddet av den personliga integriteten har SLSO en strukturerad uppföljning av åtkomst till information i högsta integritetsklass. SLSO fortsätter implementeringen av det regiongemensamma IT-stödet för informationssäkerhet (Compliance-portalen).

Säkerhet samt krisberedskap

SLSO har under hösten 2019 genomfört en klimat- risk-och sårbarhetsanalys (KRSA). Utgångspunkten var de regionala workshops som genomförts under våren 2019 vars syfte var att identifiera väsentliga åtaganden och samhällsviktiga verksamheter, kritiska samband samt risker och sårbarheter samt följande nödvändiga åtgärder. Materialet från dessa

regionala workshops har använts vid SLSO-specifika workshops för att på central nivå inom SLSO ta fram förvaltningens klimat-, risk- och sårbarhetsanalys.

Under 2020 kommer en SLSO ta fram en övergripande strategi och plan för aktiviteter för kris- och katastrofberedskap för 2020-2022. Fokus kommer vara på att ta fram kontinuitetsplaner samt en modell för kris- och katastrofberedskap.

Antikorruption

SLSO arbetar aktivt med att motverka korruption, oegentligheter och jäv. Förvaltningen har ett systematiskt arbetssätt rörande bisysslor där medarbetarna årligen rapporterar in i Heroma om bisyssla i syfte att fånga och motverka jävsituationer.

SLSO har sedan ett antal år tillbaka en etablerad visselblåsarfunktion där medarbetaren anonymt kan rapportera om:

- korruption,
- jäv,
- mutor,
- ekonomiskt bedrägeri, stöld och förskingring etc.

Information om visselblåsarfunktionen finns tillgänglig startsidan på intranätet och funktionen informeras om på utbildningar inom förvaltningen. Det finns en grupp som utreder inkomna ärenden. En sammanställning av inkomna ärenden rapporteras årligen till förvaltningens ledningsgrupp.

SLSO har dessutom en nyligen uppdaterad riktlinje kring misstanke om oegentlighet som finns tillgänglig för alla förvaltningens medarbetare via dokumenthanteringssystemet och intranätet.

SLSO arbetar även systematiskt med att minimera förekomsterna av korruption och jäv i upphandlingar genom utbildningar om jäv inför upphandlingar samt information på intranätet.

Inköp

SLSO:s inköpsarbete bedrivs i enlighet med Policy för inköp (LS 2017–1197) samt riktlinjer för Upphandling/inköp och uppföljning av avtal (SLSO 13-614). Verksamhetsstöd Upphandling och inköp fokuserar på att införa kategoristyrt inköpsarbete samt arbetet med att implementera och förbättra processerna kring detta utifrån de instruktioner som kommer från inköpsdirektören vid regionledningskontoret.

Uppförandekod för leverantörer

SLSO liksom Sveriges övriga myndigheter ansvarar för att de upphandlingar som genomförs innehåller krav på uppförandekod för leverantörer. Det är viktigt för SLSO att bedriva verksamheten så att den främjar en hållbar utveckling. I enlighet med det verkar SLSO för att de varor och tjänster som köps in är producerade under hållbara och ansvarsfulla förhållanden.

Alla leverantörer förväntas respektera uppförandekoden och att de gör sitt yttersta för att uppnå kraven inom den egna organisationen och i leverantörskedjan.

Sedan 2010 samarbetar alla landsting och regioner med att ställa sociala krav vid upphandlingar, en framtagen gemensam uppförandekod för leverantörer finns. Varor och tjänster som levereras till Sveriges regioner och landsting ska vara framställda under förhållanden som är förenliga med:

- FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (1948),
- ILO:s åtta kärnkonventioner nr 29, 87, 98, 100, 105, 111, 138 och 182,
- FN:s barnkonvention, artikel 32,
- det arbetarskydd och den arbetsmiljölagstiftning som gäller i tillverkningslandet,
- den arbetsrätt, inklusive lagstiftning om minimilön, och det socialförsäkringsskydd som gäller i tillverkningslandet,
- den miljöskyddslagstiftning som gäller i tillverkningslandet,
- FN:s deklaration mot korruption.

Social hållbarhet

Alla SLSO:s verksamheter ska bedrivas så att invånarna behandlas och bemöts likvärdigt och individuellt och att ingen diskrimineras. Att länets invånare erbjuds service och utbud på ett jämställt och jämlikt sätt är grunden i ett socialt ansvarstagande.

SLSO betraktar ett hållbart arbetsliv som en del i social hållbarhet vilket ställer krav på nämnden som arbetsgivare. Att skapa en arbetsmiljö som ger förutsättningar för att ett långt och hälsosamt arbetsliv är prioriterat.

SLSO har ett ansvar att skydda och främja de nationella minoritetsspråken och främja de nationella minoriteternas möjligheter att behålla och utveckla sin kultur.

Barn och unga ska bemötas med respekt. Delaktighet för personer med funktionsnedsättning är en viktig del i SLSO:s sociala ansvarstagande.

Förvaltningens verksamheter ska skapa förutsättningar för en god, jämställd och jämlik folkhälsa genom ett aktivt hälsofrämjande arbete.

6 Verksamhetstal

6.1 Avtal och överenskommelser

Stockholms läns sjukvårdsområdes verksamheter har två olika avtalskonstruktioner för den vård som bedrivs och ersätts av hälso- och sjukvårdsnämnden. Dessa är vårdavtal via direktavtal respektive vårdval enligt LOV (Lag om valfrihetssystem). Vårdval innebär bland annat fri etableringsrätt och att avtalsformen regleras i ett förfrågningsunderlag som är konkurrensneutralt. Förfrågningsunderlaget (FFU) kan förändras över tid efter beslut i HSN.

Förfrågningsunderlaget för husläkarverksamheten kommer att revideras under nästa år. Beslut planeras i HSN i februari. den föreslagna förändringen innebär bland annat att kapiteringsersättningen höjs och prestationsersättningen sänks. I denna verksamhetsplan har nuvarande ersättningsmodell använts.

HSN har aviserat förändrade ersättningar för två av SLSO:s hjälpmedelsverksamheter, Förbrukningshjälpmedel i hemmet samt Medicinsk apparatur i hemmet. Förändringen innebär en kraftig sänkning av ersättningen och är inarbetat i verksamhetsplanen.

Nedan redovisas nya respektive avslutade avtal med HSN:

- Verksamhetsövergång av Danderydsgeriatriken till DSAB sker 2020-01-08, vilket innebär att SLSO:s antal geriatriska vårdplatser minskar med 32% (87 vårdplatser) under 2020 jämfört med budget 2019.
- SLSO:s läkarinsatser på Särskilt boenden (SÄBO) Team Äldredoktorn har avvecklats under 2019 (2019-05-31). Under ett normalår har verksamheten haft 1 600 inskrivna boende och utfört ca 6 000 läkarbesök, vilket motsvarat drygt 50% av SLSO:s totala SÄBO.
- SLSO:s Kostenhet har avvecklats succesivt under våren 2019. Ett normalår har verksamheten levererat måltider främst till SLSO:s slutenvård och Södersjukhuset för motsvarande 50 mkr. SLSO:s måltidsförsörjning har under 2019 upphandlats. Södersjukhuset har driftsatt ett eget kök har fr.o.m. våren 2019 egen måltidsförsörjning.
- Nytt avtal har tecknats med HSN om att bedriva Barnhälsovård i Stockholms län för barn, vars ena eller båda föräldrar har eller har haft en alkohol- eller en drogproblematik. Verksamheten har funnits tidigare på Södersjukhuset och verksamheten flyttas över i sin helhet till SLSO. Omsättningen budgeteras till 4,8 mkr.
- Avtal har tecknats med HSN avseende vårduppdraget akutpsykiatrisk kris- och interventionsteam för vuxna. Verksamheten bedrevs tidigare på Södersjukhuset och flyttas i sin helhet till SLSO. Omsättningen budgeteras till 7,8 mkr.

6.2 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall 2018	Budget 2019	Budget 2020	Plan 2021	Plan 2022	Plan 2023
Geriatrisk vård						
Öppenvård	6 045	6 660	3 545	3 545	3 545	3 545
Slutenvård	8 754	10 820	7 420	7 435	7 435	7 435
Läkarbesök i SÄBO	8 404	5 499	2 400	2 400	2 400	2 400
ASiH						
Vårddygn palliativ vård	8 950	9 308	9 335	9 335	9 335	9 335
Psykiatrisk vård						
Öppenvård	1 208 931	1 238 030	1 314 469	1 323 822	1 333 341	1 333 341
Slutenvård	28 903	32 601	30 119	30 105	30 171	30 171
Primärvård*						
Öppenvård	3 776 272	4 037 635	3 919 554	3 938 141	3 959 323	3 978 250
Habilitering och hälsa						
Antal besök	157 108	185 500	192 000	192 000	192 000	192 000
Somatisk specialistvård						
Läkarbesök	238 011	255 120	257 165	257 165	257 165	257 165
Övriga besök	22 896	47 890	43 125	43 125	43 125	43 125
Övrig specialistvård*						
Öppenvård	27 941	25 927	22 803	22 803	22 803	22 803
Antal disponibla vårdplatser psykiatri	**875**	**909**	**994**	**994**	**994**	**994**
Antal disponibla vårdplatser geriatrik	**246**	**280**	**182**	**182**	**182**	**182**

* BUMM, gyn, arbetsmiljömedicin, hälsomottagningar.

Öppenvårdsbesök, totalt	**5 802 261**

Geriatrisk vård

Budget 2020 avseende öppen och sluten geriatrisk vård är väsentligt nedjusterade jämfört med budget 2019 och föregående års utfall. Framför allt är det en effekt av verksamhetsövergången av Danderydsgeriatriken till DSAB, som innebär att den geriatriska slutenvården minskar med drygt 30% 2020. Motsvarande för den geriatriska öppenvården är en minskning med 45%.

Till viss del förklaras nedjusteringen också av att det i budget 2019 inräknades både öppen- och slutenvårdsproduktion på 30 vårdplatser på Sollentuna sjukhus fr.o.m. kvartal 4. Denna

produktion har inför 2020 upphandlats.

56% lägre budget avseende läkarbesök i SÄBO hänger främst samman med avvecklingen av Team Äldredoktorn.

ASiH (Avancerad Sjukvård i Hemmet)

Budget 2020 avseende antal vårddygn inom ASiH är 2 % högre jämfört med budget 2019 men 7% lägre än föregående års utfall. Det senare hänger samman med ASiH-verksamheterna har reducerat antalet (70) inskrivningsplatser som stängts under 2019. Inför 2020 förväntas en ökning av produktionen, främst genom ökat remissinflöde.

Psykiatrisk vård

Psykiatrins slutenvårdsvolymer kommer att öka under 2020 jämfört 2019.

Det har under hösten 2019 pågått arbete med och planering för tillkommande 87 platser, varav 15 av 30 platser startat i Huddinge som nyttjas av Rättspsykiatrin och 57 platser startas på Nacka sjukhus av Psykiatri Södra Stockholm. Alla 87 platser kommer att vara i drift i början av år 2020. Avdelningarnas miljö är utformad för att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet och följer det konceptprogram som är framtaget för psykiatrisk heldygnsvård.

Produktionen av öppenvårdsbesök har ökat under 2019. Ökning sker framför allt av distanskontakter. De nya fyraåriga avtalen för samtliga verksamheter har inneburit förändringar i ersättningsmodell och registreringar. Ändringen av avtalen med en tillitsbaserad modell har fallit väl ut. Verksamheterna räknar med fortsatta ökningar av antalet besök under 2020.

Verksamhetsövergångar: Rosenlunds barnhälsovård, en specialiserad barnavårdscentral för familjer med alkohol- eller annan drogproblematik, kommer att gå över till Beroendecentrum Stockholm fr o m januari 2020.

Akutpsykiatriskt kris- och interventionsteam vid Södersjukhuset AB kommer att gå över till Psykiatri Södra Stockholm, fr om jan 2020.

Primärvård

Besöken kommer totalt att sänka i jämförelse med budget 2019. Nedan beskrivs förändringar gjorda i produktionsbudgeten.

Den virtuella mottagningen som startade i april 2019 beräknas genomföra 25 760 läkarbesök under 2020.

Ungdomsmottagningen vid Odenplan som öppnade den 1 maj 2019 var inte med i 2019 års budget och för 2020 beräknas det att ske 5 000 besök på mottagningen.

Under 2019 har 3 logopedmottagningar öppnat, en i Farsta, Vällingby och Rinkeby och de beräknas ta emot 7 500 patienter under 2020.

Under 2019 har barnavårdscentralerna i Alby och Bredäng stängt, och i april 2020 stänger BVC i Segeltorp. Detta medför en minskning med 6 300 besök på barnavårdscentralerna under 2020. Avtalen avseende läkarinsatser på särskilt boende som har funnits på Älvsjö och

Gröndals vårdcentral har sagts upp från den 1 september 2019 och medför en minskning med 900 läkarbesök.

Besöken inom hemsjukvården beräknas öka även under 2020. Det är ett högt tryck i hemsjukvården, och allt fler vårdcentraler kan inte längre delegera medicindelning till kommunens medarbetare.

Under 2021 och 2022 finns planer på att SLSO skall ta över de ungdomsmottagningar som finns i kommunens regi p.g.a. att kommunen inte längre kan bedriva hälso- och sjukvård. Detta skulle innebära en utökning på ungdomsmottagningar med 15 000 besök under 2021 och med ytterligare 42 000 besök under 2022.

Habilitering och hälsa

Inför 2019 förändrades Habilitering och hälsas ersättningsmodell, där ökad vikt lades på rörliga (prestations)ersättningar. 11 000 distanskontakter inkluderades också till verksamhetens vårdbeställning, motsvarande en andel på 6 %, vilket förklarar den budgeterade ökningen 2019.

Antalet distanskontakter har ökat väsentligt mer än förväntat under 2019, vilket förväntas fortsätta under 2020. Detta i kombination med en avtalad ökning i vårdbeställningen under 2020, förklarar 2% budgeterad produktionsökning.

Somatisk specialistvård

Den budgeterade ökningen 2019 förklaras av helårseffekter av utökade uppdrag inom Akademiskt specialistcentrum samt av att produktionen inom Centrum för cancerrehabiliteringen fr.o.m. 2019 redovisas som somatisk specialistvård.

Budget 2020 visar en fortsatt ökning av antalet läkarbesök (1%), främst genom ökad produktivitet. Övriga besök har budgeterats 10% lägre, vilket i sin helhet förklaras av en nedjustering av Centrum för cancerrehabiliteringens produktionsmål.

Övrig specialistvård

För 2020 förväntas besöken minska med ca 3000 jämfört med budget 2019. Huvudsakligen beror detta på att den Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen på Lidingö stänger under januari 2020 och besöken minskar därmed med 2800.

Antal disponibla vårdplatser

Geriatrisk vård: 35% färre antal disponibla vårdplatser i budget 2020 jämfört med budget 2019 förklaras främst av verksamhetsövergången av Danderydsgeriatriken (87 vårdplatser). Kvarvarande geriatriska kliniker har, i den nya ersättningsmodellen, också färre fastslagna vårdplatser än budget 2019.

Psykiatrisk vård: Antal disponibla platser ökar från 909 stycken i budget 2019 till 994 stycken i budget 2020. Utökningar sker i Huddinge och Nacka.

7 Ekonomi

7.1 Resultatbudget

Resultat*	Utfall 2018	Budget 2019	Budget 2020	Plan 2021	Plan 2022	Plan 2023
Patientavgifter	248	246	250	253	255	258
Sålda primärtjänster	9 000	9 506	9 662	9 877	10 024	10 174
Försäljning övriga tjänster	1 162	1 347	1 453	1 419	1 496	1 558
Erhållna bidrag	717	824	935	876	885	894
- varav ers. omställn. kostn.	*44*	*32*	*0*	*0*	*0*	*0*
Övriga intäkter	307	398	391	388	392	395
Verksamhetens intäkter	**11 434**	**12 322**	**12 692**	**12 813**	**13 052**	**13 279**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-8 046	-8 341	-8 471	-8 569	-8 675	-8 814
- varav inhyrd personal	*-266*	*-2*	*-4*	*0*	*0*	*0*
Köpta primära sjukvårdstjänster	-218	-53	-51	-52	-53	-54
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-395	-406	-361	-368	-375	-383
Läkemedel	-222	-286	-297	-303	-309	-315
Materialkostnader	-699	-846	-950	-965	-1 013	-1 033
Lokal- och fastighetskostnader	-991	-1 001	-1 047	-1 063	-1 084	-1 106
Övriga kostnader	-729	-973	-1 086	-1 032	-1 053	-1 074
Verksamhetens kostnader	**-11 300**	**-11 905**	**-12 262**	**-12 351**	**-12 562**	**-12 778**
*- varav omställn. kostn.****	*-43*	*-32*	*0*	*0*	*0*	*0*
Avskrivningar	-82	-218	-210	-237	-262	-273
Finansnetto	0	0	0	0	0	0
Justering pension mm.	0	0	0	0	0	0
Resultat**	**52,4**	**199**	**220**	**225**	**228**	**228**

* mkr

** Avser resultat före bokslutsdispositioner

*** Omställningskostnader inklusive avskrivningskostnader

Regionfullmäktiges budgetbeslut för 2020 innebar att resultatkravet fastställdes till 220 mkr för 2020, vilket är en höjning med 21 mkr jämfört med 2019. Resultatkravet för planeringsåren 2021-2023 fastställdes till 225 mkr, 228 mkr respektive 228 mkr.

För 2020 uppgår ersättningen för omställningskostnader till 68 mkr.

Den ovan redovisade resultatbudgeten innebär att effektiviseringar motsvarande 3% måste genomföras förr att uppnå fastställt resultatkrav.

7.1.1 Intäkter

Intäktsökningen mellan budget 2019 och budget 2020 motsvarar netto 2,9 %. De största förklaringarna är:

ökning av intäkter:

- nya vårdplatser inom allmän psykiatrin och rättspsykiatrin
- nya uppdrag inom psykiatrin
- helårseffekter av administrationen av ersättning för ST-läkare
- uppräkning vårdavtal/förfrågningsunderlag

minskning av intäkter:

- sänkta ersättningar för Förbrukningshjälpmedel i hemmet och Medicinsk apparatur i hemmet
- avveckling Kostenheten
- avveckling Team Äldredoktorn
- överföring av Danderydsgeriatriken till Danderyds sjukhus AB

7.1.2 Kostnader

Kostnadsökningen mellan budget 2019 och budget 2020 motsvarar netto 2,9 %. De största förklaringsposterna är:

- verksamhetsförändringar; se under intäkter
- löne- och prisuppräkningar

Personalkostnader och inhyrd personal

För 2020 beräknas personalkostnaderna att öka med 1,6 % jämfört med budget 2019.

Det sker ett omfattande omställningsarbete inom SLSO:s samtliga verksamhetsområden vilket innebär såväl volymminskningar som ökningar i verksamheterna. Som del i Region Stockholm kan SLSO även påverkas av det regionsomfattande omställningsarbetet som pågår.

Antalet helårsarbetare budgeteras till 11 574, vilket är en nettominskning med 159 helårsarbeten. De största förändringarna avser:

- Danderydsgeriatriken övergår till DSAB den 8 januari 2020 vilket innebär en reducering med 240 helårsarbetare
- nya vårdplatser öppnas inom vuxen psykiatrin och rättspsykiatrin vilket ökar antalet

helårsarbetare med 50.
- reducerad bemanning till av åtgärder för en ekonomi i balans

I budgeten har löneökningar beräknats med 2,3 % från den 1 april.

SLSO behöver fortsätta arbeta för att öka sin kvarstannandegrad som ett led i att ha kontroll över lönebildningen och löneutvecklingen.

För att minska behovet av inhyrning behöver SLSO fokusera på att arbeta långsiktigt och strategiskt med perspektiven attraktiv arbetsgivare och strategisk kompetensförsörjning. SLSO behöver fortsätta arbeta med att tydliggöra karriärvägar och införa ProCompetence för en effektivare kompetensplanering för verksamheterna och möjliggöra att verksamheter delar bristkompetenser. SLSO:s verksamheter behöver fortsätta arbeta med RAK (Rätt använd kompetens), kompetenssatsningar för sjuksköterskor och undersköterskor samt olika rekryteringsmöjligheter. Vidare behöver SLSO arbeta med att utveckla bättre uppföljning och effektivare hantering av inhyrningsfrågorna för att möta upp verksamheternas behov men också skapa bättre förutsättningar att följa upp leverantörer på området. SLSO kommer därför under 2020 se över möjligheterna med att inrätta en central inhyrningsenhet.

Övriga kostnader, avskrivningar och finansnetto

Kostnadsutvecklingen hänförs framförallt till verksamhetsförändringar, prisuppräkningar och omställningskostnader. Prisuppräkningen beräknas uppgå till 2 % i enlighet med riksbankens långsiktiga inflationsmål.

Lokalkostnaderna beräknas öka med 42 mkr (4,88%), vilket förklaras av nya verksamheter samt ökade hyresnivåer med anledning av Locums marknadsanpassning av hyresnivåer.

Kostnad för läkemedel enligt läkemedelsförmånen i öppenvård ökar med ca 5%, vilket förklaras av ökad förskrivning inom framförallt psykiatrin.

Avskrivningskostnaderna är i princip oförändrade jämfört med föregående års budget men ökar med 8 mkr 2020 jämfört med prognos för 2019.

7.2 Balansräkning

Balansräkning*	Utfall 2018	Prognos 2019	Budget 2020	Plan 2021	Plan 2022	Plan 2023
Anläggningstillgångar	251	593	709	759	838	933
Omsättningstillgångar	2 009	1 814	1 917	2 092	2 241	2 374
- varav kassa och bank	*86*	*266*	*369*	*544*	*693*	*826*
SUMMA TILLGÅNGAR	**2 260**	**2 407**	**2 627**	**2 852**	**3 080**	**3 308**
Eget kapital	667	814	1 034	1 259	1 487	1 715
Avsättningar	0	0	0	0	0	0
Skulder	**1 593**	**1 593**	**1 593**	**1 593**	**1 593**	**1 593**
- varav långfristiga skulder	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*
- varav kortfristiga skulder	*1 593*	*1 593*	*1 593*	*1 593*	*1 593*	*1 593*
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	**2 260**	**2 407**	**2 627**	**2 852**	**3 080**	**3 308**

* mkr

Anläggningstillgångarna ökar mellan prognos 2019 och budget 2020 med 116 mkr. Detta hänförs till:

- Ökat investeringar av hjälpmedel, investeringar i IT-utrustning och byte av lokala spridningsnät inför övergång till IP telefoni
- För planår 2022-23 är utrustning för Helix etapp 2 tillagt. I fullmäktiges budget är detta ett utredningsbeslut.

Kassa och bank ökar succesivt mellan 2019 och 2023 beroende på att reducering av eget kapital för årets resultat inte sker i denna balansräkning. Detta enligt anvisningar från regionlednings-kontoret. Årets resultat regleras först efter att fullmäktige fastställt årsbokslutet för hela regionen. Detta gäller även planåren.

Förändringen av eget kapital hänförs till fastställt resultatkrav.

7.3 Investeringar

Objekt	2020	2021	2022	2023	2024
Medicinteknisk utrustning	8	8	8	8	8
Inventarier	256	219	272	305	208
IT utrustning	48	45	45	40	40
Ombyggnation externt hyrda lokaler	15	15	15	15	15
Summa	327	287	340	368	271

Investeringsbudgeten för 2020 summeras till 327 mkr och utgörs till största delen av ersättningsinvesteringar. De stora objekt som finns för inventarier 2020 hänförs bland annat

till anpassning vårdavdelningar S:t Göran.

Under åren 2022-2023 finns budget för inventarier till Helix.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0830
SLSO 19-2229

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga 1: Sammanställning risker och kontrollmoment, plan 2020

Innehållsförteckning

1 Bilaga 1: Sammanställning risker och kontrollmoment 3

1 Bilaga 1: Sammanställning risker och kontrollmoment

Kommentarer finns i bilaga 3.

Verksamhetsspecifikt mål/Rubrik	Lokalt mål	Risk	Nivå	Trend	Kontrollmoment	Status
Ett resultat i balans		10913 Bristande affärsmässighet/kostnadsmedvetande **Riskägare** Karin Persson			Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar **Frekvens** Månadsuppföljning	
		11919 Hantering av icke bärkraftiga verksamheter **Riskägare** Karin Persson			Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamhetsområdena **Frekvens** Månadsuppföljning	
		27876 En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar **Riskägare** Karin Persson			Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamhetsområdena **Frekvens** Månadsuppföljning	
Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära		27878 Brister i kris- och			Övnings- och utbildningsplan	

Verksamhetsspecifikt mål/Rubrik	Lokalt mål	Risk	Nivå	Trend	Kontrollmoment	Status
händelser och klimatförändringar		katastrofberedskap **Riskägare** Mikael Lindgren Ebenholtz			för 2020 **Frekvens** Resultatet återrapporteras till SLG två gånger per år. Intern revision rapporteras årligen.	
Kärnverksamheten ska prioriteras		27877 Bristande förmåga att hantera ökade krav på regelefterlevnad **Riskägare** Karin Persson		–	Intern revision **Frekvens** Årligen	–
Hög innovations- och digitaliseringsgrad		11928 Brister i informationssäkerheten **Riskägare** Annika Jerhamre		–	Uppföljning av inrapporterade incidenter **Frekvens** Årligen	–
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		11922 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.	–

Region Stockholm

Stockholms läns sjukvårdsområde

Diarienummer
RS 2019-0830
SLSO 19-2229

Verksamhetsspecifikt mål/Rubrik	Lokalt mål	Risk	Nivå	Trend	Kontrollmoment	Status
Systematisk kompetensförsörjning		11923 Bristande ledarskap **Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis			Följ upp verksamhetsområdenas verksamhet **Frekvens** Tre gånger per år, efter T1, delår och årsbokslut.	
Vård i rätt tid		10908 Bristande tillgänglighet **Riskägare** Anna-Lena Berggren			Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort **Frekvens** T1, delår och bokslut	
Säker vård		11924 Bristande patientsäkerhet **Riskägare** Anna-Lena Berggren			Systematiska granskningar och kollegial revision **Frekvens** Årligen	

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0830
SLSO 19-2229

Stockholms läns sjukvårdsområde

Plan för intern kontroll 2020

Verksamhetsplan

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 8

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. Ett arbete pågår med att samordna arbetet med intern kontroll, verksamhetsplanering och ledningssystem för att skapa en tydligare struktur samt styrning och ledning av verksamheten.

SLSO ser ett ökat antal ekonomiska risker under 2020. Riskerna finns främst inom hantering av icke bärkraftiga verksamheter, bristande affärsmässigheten/kostnadsmedvetande samt en kostnadsnivå som inte är ekonomiskt hållbar. Under 2020 kommer förvaltningen ha ett ökat fokus på ekonomiska uppföljning och utveckla den ekonomisk analysen.

Andra betydande risker när det gäller verksamheten är verksamhetens personal- och kompetensförsörjning, informationssäkerhet samt kris- och katastrofberedskap. Förvaltningen kommer därför att intensifiera arbetet med att ta fram utvecklings- och handlingsplaner, samt genomföra utbildningsinsatser främst inom kris- och katastrofberedskap och informationssäkerhet.

2.2 Resultat och analys från riskbedömningen

SLSO genomför årligen en riskanalys och utarbetar en plan för intern kontroll, i enlighet med Region Stockholms gällande policy för intern kontroll. Detta sker i anslutning till arbetet med budget och verksamhetsplan. Internkontrollplanen för 2020 ska fastställas av styrelsen i samband med verksamhetsplan 2020.

Riskanalysen har utgått ifrån COSO-modellen och risker med ett samlat värde av sannolikhet och konsekvens över 8 har tagits med i internkontrollplanen.

SLSO ska koppla identifierade risker till Region Stockholms övergripande mål för SLSO.

I planen för intern kontroll 2020 har SLSO identifierat ett ökat antal ekonomiska risker för verksamheten. Riskerna finns främst inom hantering av icke bärkraftiga verksamheter, bristande affärsmässigheten/kostnadsmedvetande samt en kostnadsnivå som inte är ekonomiskt hållbar.

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

Risker i varierande grad finns när det gäller såväl tillgänglighet, regelefterlevnad samt patientsäkerhet. Det pågår ett arbete med att förtydliga både riktlinjer och rutiner samt organisatorisk ansvarsnivå.

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 styrelsen instruktion och delegationsordning för sjukvårdsdirektören i SLSO säkerställs en tydlig roll- och ansvarsfördelning för att säkerställa en effektiv hantering av verksamhetens risker.

Sjukvårdsdirektören ansvarar 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.

3.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter

3.2.1 Förändrade förutsättningar för intern kontroll

De risker som SLSO identifierat i planen för intern kontroll ska kopplas samman med Region Stockholms övergripande mål för SLSO. Utifrån dessa mål och risker tar SLSO fram indikatorer och aktiviteter. Dessa sammanställs sedan i styrkort för respektive verksamhetsområde inom SLSO. På detta sätt kan den interna styrningen och kontrollen följas upp och måluppfyllelse mätas regelbundet under året.

3.2.2 Analys och slutsatser

I interkontrollplanen för 2020 ha det identifierats ett ökat antal ekonomiska risker för verksamheten. Riskerna finns främst inom hantering av icke bärkraftiga verksamheter, bristande affärsmässigheten/kostnadsmedvetande samt en kostnadsnivå som inte är ekonomiskt hållbar.

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

Risker i varierande grad finns när det gäller såväl tillgänglighet och patientsäkerhet samt regelefterlevnad.

SLSO kommer att arbeta aktivt under 2020 för att stärka den ekonomiska uppföljningen inom förvaltningens olika delar för att säkerställa god ekonomisk hushållning och en ekonomi i balans. SLSO kommer att arbeta med att upprätta business case vid verksamhetsförändringar, genomföra översyn av vårdutbud och konkurrenssituation samt utveckla R12 för att vidta proaktiva åtgärder.

SLSO kommer dessutom att intensifiera arbetet med att utveckla handlingsplaner inom bland annat kompetensförsörjning och säkerställa att riktlinjer och rutiner hanteras på rätt organisatorisk nivå. SLSO kommer även att utveckla stödet till verksamhetens chefer för att säkerställa en god patientsäkerhet och ekonomisk utveckling inom RE.

För att kunna upprätthålla SLSO:s verksamhet och åtaganden vid extraordinära händelser kommer förvaltningen att genomföra övningar och utbildningar både på förvaltningsövergripande nivå samt på RE-nivå.

SLSO kommer även under 2020 att arbeta med att informera, utbilda och följa upp informationssäkerhet för att säkerställa att Region Stockholms riktlinjer för informationssäkerhet följs och att integritetskänsliga uppgifter hanteras på ett korrekt sätt.

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 styrning och kontroll i verksamheterna. Dessa dokument finns tillgängliga för medarbetare och chefer via förvaltningens intranät och dokumenthanteringssystem.

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

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

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 m.m. Dessa regionövergripande styrdokument omsätts i SLSO:s interna styrning i form av bl.a. 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.

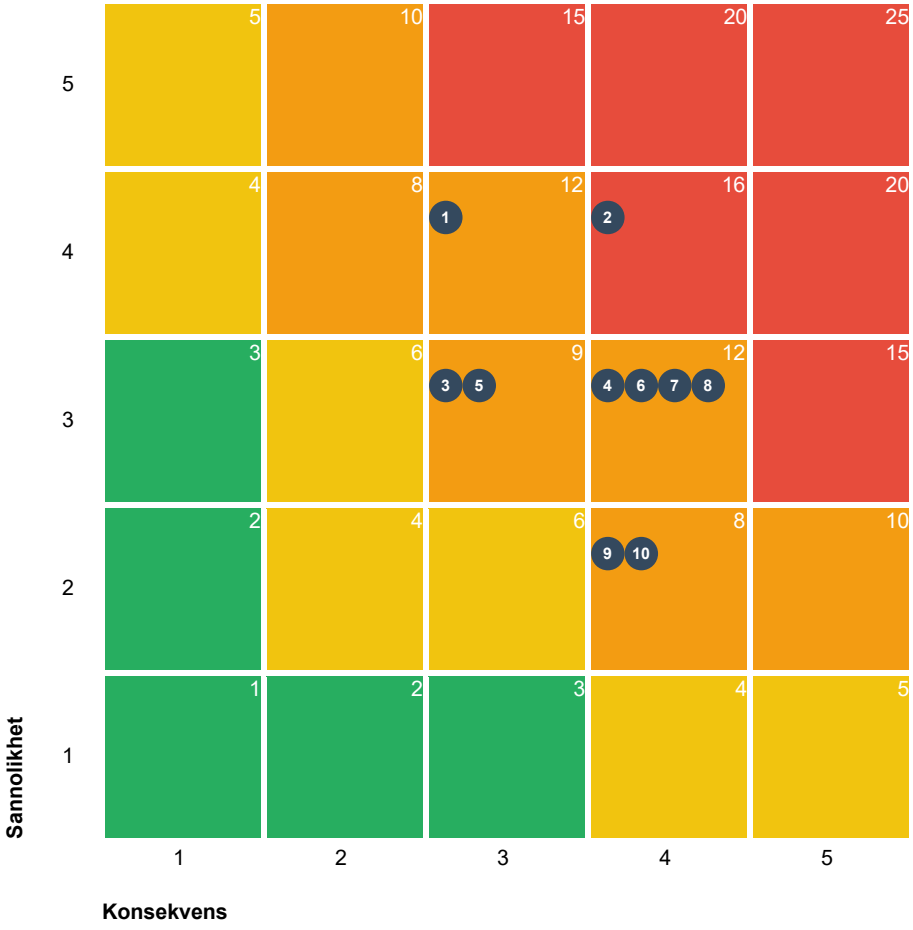
SLSO har utifrån denna styr- och ledningsprocess förtydligat förvaltningens ledningssystem genom att styrning av verksamhet samt styrning utifrån de certifieringar som förvaltningen är certifierade för, kvalitet ISO 9001, arbetsmiljö OHSAS 18001 samt miljö ISO 14001 följer Region Stockholms struktur. 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 2020. Inom ramen för den interna revisionen säkerställer förvaltningen dessutom en god intern styrning och kontroll och följsamhet till styrande dokument.

3.4.2 Hantering av brister och avvikelser

Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde har tagit fram en plan för intern kontroll för 2020. I planen för intern kontroll har de mest väsentliga riskerna identifierats. Områden i planen där väsentliga brister noteras åtgärdas löpande och följs upp. Bland de väsentligaste riskerna i internkontrollplanen för 2020 finns ett flertal ekonomiska risker och ett särskilt fokus kommer att läggas på ekonomi i balans under 2020.

4 Sammanställning av risker



1 Mycket hög risk 9 Hög risk | Totalt: 10

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

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

Verksamhetsspecifikt mål/Rubrik	Lokalt mål	Risk				Riskägare
Ett resultat i balans		1		10913	Bristande affärsmässighet/kostnadsmedvetande	**Riskägare** Karin Persson
		2		11919	Hantering av icke bärkraftiga verksamheter	**Riskägare** Karin Persson
		3		27876	En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar	**Riskägare** Karin Persson
Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar		4		27878	Brister i kris- och katastrofberedskap	**Riskägare** Mikael Lindgren Ebenholtz
Kärnverksamheten ska prioriteras		5		27877	Bristande förmåga att hantera ökade krav på regelefterlevnad	**Riskägare** Karin Persson
Hög innovations- och digitaliseringsgrad		6		11928	Brister i informationssäkerheten	**Riskägare** Annika Jerhamre
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		7		11922	Ökad svårighet att rekrytera personal	**Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis
Systematisk kompetensförsörjning		8		11923	Bristande ledarskap	**Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis
Vård i rätt tid		9		10908	Bristande tillgänglighet	**Riskägare** Anna-Lena Berggren
Säker vård		10		11924	Bristande patientsäkerhet	**Riskägare** Anna-Lena Berggren

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0830
SLSO 19-2229

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga 3: Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment, plan 2020

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
12

Sannolikhet
4

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.

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

Kontrollmoment

Namn
Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar

Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Månadsuppföljning

Beskrivning
Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar på såväl VO- som SLSO-nivå. Utveckla stödet på VO-nivå och inom RE. Prioritera löpande drift och se projekt och aktiviteter som drar personella resurser från verksamheten. Resultatkravet för SLSO kräver åtgärder inom samtliga RE.

Kommentar

Kontrollmoment

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Uppföljning av ekonomi	2012-01-01	2020-12-31	Ej påbörjad

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.

Kommentar

1.1.2 Hantering av icke bärkraftiga verksamheter

11919

Riskvärde
16

Sannolikhet
4

Konsekvens
4

Riskbeskrivning
Svårigheter att få avveckla verksamheter/begränsa vårdutbud, om åtgärder inte bedöms möjliga eller tillräckliga.

Konsekvens
Påverkar det ekonomiska resultatet och tar kraft från verksamheten.

Riskägare
Karin Persson

Risksamordnare
Jennie Portnoff

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

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner **Åtgärdsansvarig** Karin Persson	2020-01-01	2020-12-31	Ej påbörjad

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

Kommentar

Åtgärd

1.1.3 En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
27876	9	Kortsiktig ekonomisk planering/framförhållning	Karin Persson
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	3	Svårt att planera något på längre sikt, med ekonomi i balans	Jennie Portnoff
	Konsekvens		
	3		

Kontrollmoment

Namn
Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamhetsområdena
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Månadsuppföljning

Beskrivning
Uppföljning av det ekonomiska resultatet inom verksamhetsområdena för att säkerställa ekonomisk långsiktighet. Upprätta business case vid verksamhetsförändringar.

Kommentar

Kontrollmoment

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Regelbunden uppföljning	2020-01-01	2020-12-31	Ej påbörjad

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

Åtgärdsbeskrivning
Utveckla stödet av ekonomisk analys på VO-nivå. Regelbunden uppföljning av verksamheternas ekonomi för att säkerställa ekonomisk långsiktighet. Utveckla R12-prognoser för att vidta proaktiva åtgärder.

Kommentar

1.2 Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar

1.2.1 Brister i kris- och katastrofberedskap

27878

Riskvärde
12

Sannolikhet
3

Konsekvens
4

Riskbeskrivning
Svårighet att upprätthålla SLSO:s verksamhet och åtaganden vid extraordinära händelser.

Konsekvens
SLSO kan inte upprätthålla verksamhet och sina åtaganden i händelse av extraordinära händelser.

Riskägare
Mikael Lindgren Ebenholtz

Risksamordnare
Jennie Portnoff

Kontrollmoment

Namn
Övnings- och utbildningsplan för 2020
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Resultatet återrapporteras till SLG två gånger per år. Intern revision rapporteras årligen.

Beskrivning
Utbildningar och övningar genomförs löpande både för krisgruppen och RE inom SLSO. Analys, med hjälp av riskhanteringsforum, av arbetet med kris-katastrofberedskap inom SLSO. Säkerställa inom ramen för den interna revisionen att RE följer fastställda riktlinjer och rutiner inom kris- och katastrof.

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Strategi och plan för kris- och katastrofarbetet för 2020-2022 samt framtagande av ny modell **Åtgärdsansvarig** Mikael Lindgren Ebenholtz	2020-01-01	2020-12-31	Ej påbörjad

Åtgärdsbeskrivning
Ta fram en SLSO övergripande strategi och plan för aktiviteter för arbetet med kris- och katastrofberedskap för 2020-2022. Fokus kommer att vara på

Åtgärd

att ta fram kontinuitetsplaner, både övergripande och lokala. Framtagande av en ny modell för kris- och katastrofberedskap. Etablera riskhanteringsforum.

Kommentar

1.3 Kärnverksamheten ska prioriteras

1.3.1 Bristande förmåga att hantera ökade krav på regelefterlevnad

27877

Riskvärde
9
Sannolikhet
3
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Risk att vi inte lever upp till regionens riktlinjer, anvisningar, policyer, instruktioner och krav på rapportering.
Konsekvens
Risk för övervältring på kärnverksamheten vid avveckling av administrativ personal..

Riskägare
Karin Persson
Risksamordnare
Jennie Portnoff

Kontrollmoment

Namn
Intern revision
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Årligen

Kontrollmoment

Beskrivning
Säkerställ att åtgärder för regelefterlevnad sker på rätt organisatorisk nivå. Tydliggör vilka riktlinjer som ska finnas på lokal nivå. Kontrolleras inom ramen för den interna revisionen.

Kommentar

Åtgärd

Namn	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**
Översyn av styrande dokument **Åtgärdsansvarig** Annika Jerhamre	2020-01-01	2020-12-31	Ej påbörjad

Åtgärdsbeskrivning
Skapa struktur och tydlighet för vilken organisatorisk nivå riktlinjer och rutiner ska finnas på. Etablera en ansvarsorganisation för dokumenthantering inom SLSO.

Kommentar

1.4 Hög innovations- och digitaliseringsgrad

1.4.1 Brister i informationssäkerheten

	Riskvärde	**Riskbeskrivning**	**Riskägare**
11928	12	Risk att inte leva upp till regionens riktlinjer för informationssäkerhet.	Annika Jerhamre

Sannolikhet
3
Konsekvens
4

Konsekvens
Ökande risker för dålig hantering av integritetskänsliga uppgifter.

Risksamordnare
Jennie Portnoff

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

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Riktlinjer framtagna **Åtgärdsansvarig** Annika Jerhamre	2020-01-01	2020-12-31	Ej påbörjad

Åtgärd

Åtgärdsbeskrivning
Kommunicera framtagna riktlinjer för informationssäkerhet inom SLSO. Systematisk uppföljning. Pilotutbildning i informationssäkerhet från MSB.

Kommentar

1.5 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

1.5.1 Ökad svårighet att rekrytera personal

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
11922	12	Svårt att upprätthålla produktion och kontinuitet på grund av rekryteringsproblem	Ann-Charlotte Sturesdotter Francis
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	3	Kan ge brister i patientsäkerhet, arbetsmiljö och försämrad ekonomi.	Jennie Portnoff
	Konsekvens		
	4		

Kontrollmoment

Namn
Löpande uppföljning för att säkerställa kompetensförsörjningen
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

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

Kontrollmoment

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

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning.	2012-01-01	2020-12-31	Ej påbörjad

Åtgärdsansvarig
Ann-Charlotte Sturesdotter Francis

Åtgärdsbeskrivning
Upprätta kompetensförsörjningsplaner inom respektive VO. Införa kompetensstegar och ProCompetens.

Kommentar

1.6 Systematisk kompetensförsörjning

1.6.1 Bristande ledarskap

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
11923	12	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**
	3		

	Konsekvens 4	**Konsekvens** Kan ge brister i patientsäkerhet och försämrad ekonomi.	Jennie Portnoff

Kontrollmoment

Namn
Följ upp verksamhetsområdenas verksamhet
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

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

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. Analys av resultat av ledarskapsindex. Systematiskt arbetsmiljöarbete.

Kommentar

Åtgärd

Namn	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**
Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer **Åtgärdsansvarig** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis	2020-01-01	2020-12-31	Ej påbörjad

Åtgärd

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

Kommentar

1.7 Vård i rätt tid

1.7.1 Bristande tillgänglighet

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
10908	8	För långa väntetider ger bristande kvalitet för patienten och bristande måluppfyllelse. Bristande tillgänglighet kan leda till vårdskada.	Anna-Lena Berggren
	Sannolikhet		
	2	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	Konsekvens	Onödig väntan för patienten, kan leda till ökad oro och senare insatt behandling.	Jennie Portnoff
	4		

Kontrollmoment

Namn
Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
T1, delår och bokslut

Kontrollmoment

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

Kommentar

Åtgärd

Namn	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**
Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen	2020-01-01	2020-12-31	Ej påbörjad

Åtgärdsansvarig
Anna-Lena Berggren

Åtgärdsbeskrivning
Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen i styrkorten. Fortsatt utveckling av digital vård.

Kommentar

1.8 Säker vård

1.8.1 Bristande patientsäkerhet

	Riskvärde	**Riskbeskrivning**	**Riskägare**
11924	8	Risk för felbehandling missad diagnos, biverkningar och ej förutsedda effekter av behandling.	Anna-Lena Berggren
	Sannolikhet	Bristfälliga rutiner för att identifiera patientsäkerhetsrisker. Risk för underrapportering avvikelser och brister i analys, uppföljning och åtgärder.	**Risksamordnare**
	2		

	Konsekvens 4	**Konsekvens** Bristande förebyggande arbete kan leda till vårdskada.	Jennie Portnoff

Kontrollmoment

Namn
Systematiska granskningar och kollegial revision
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Årligen

Beskrivning
Systematiska granskningar av journaler genom kollegial revision.

Kommentar

Åtgärd

Namn	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**
Lärande organisation genom kollegial revision **Åtgärdsansvarig** Anna-Lena Berggren	2020-01-01	2020-12-31	Ej påbörjad

Åtgärd

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

Kommentar

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0830
SLSO 19-2229

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga 2: Sammanställning av risker och åtgärder, plan 2020

Innehållsförteckning

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

Region Stockholm

Stockholms läns sjukvårdsområde

Diarienummer
RS 2019-0830
SLSO 19-2229

1 Bilaga 2: Sammanställning av risker och åtgärder

Kommentarer finns i bilaga 3.

Verksamhetsspecifikt mål/Rubrik	Lokalt mål	Risk	Nivå	Trend	Åtgärd	Status	Effekt
Ett resultat i balans		10913 Bristande affärsmässighet/kostnadsmedvetande **Riskägare** Karin Persson		–	Uppföljning av ekonomi **Startdatum** 2012-01-01 **Slutdatum** 2020-12-31	– Ej påbörjad	
		11919 Hantering av icke bärkraftiga verksamheter **Riskägare** Karin Persson		–	Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner **Startdatum** 2020-01-01 **Slutdatum** 2020-12-31	– Ej påbörjad	
		27876 En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar **Riskägare** Karin Persson		–	Regelbunden uppföljning **Startdatum** 2020-01-01 **Slutdatum** 2020-12-31	– Ej påbörjad	
Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar		27878 Brister i kris- och katastrofberedskap **Riskägare** Mikael Lindgren Ebenholtz		–	Strategi och plan för kris- och katastrofarbetet för 2020-2022 samt framtagande av ny modell **Startdatum** 2020-01-01 **Slutdatum** 2020-12-31	– Ej påbörjad	

Region Stockholm

Stockholms läns sjukvårdsområde

Diarienummer
RS 2019-0830
SLSO 19-2229

Verksamhetsspecifikt mål/Rubrik	Lokalt mål	Risk	Nivå	Trend	Åtgärd	Status	Effekt
Kärnverksamheten ska prioriteras		27877 Bristande förmåga att hantera ökade krav på regelefterlevnad **Riskägare** Karin Persson		–	Översyn av styrande dokument **Startdatum** 2020-01-01 **Slutdatum** 2020-12-31	– Ej påbörjad	
Hög innovations- och digitaliseringsgrad		11928 Brister i informationssäkerheten **Riskägare** Annika Jerhamre		–	Riktlinjer framtagna **Startdatum** 2020-01-01 **Slutdatum** 2020-12-31	– Ej påbörjad	
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		11922 Ökad svårighet att rekrytera personal **Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis		–	Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning. **Startdatum** 2012-01-01 **Slutdatum** 2020-12-31	– Ej påbörjad	
Systematisk kompetensförsörjning		11923 Bristande ledarskap **Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis		–	Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer **Startdatum** 2020-01-01 **Slutdatum** 2020-12-31	– Ej påbörjad	

Region Stockholm

Stockholms läns sjukvårdsområde

Diarienummer
RS 2019-0830
SLSO 19-2229

Verksamhetsspecifikt mål/Rubrik	Lokalt mål	Risk	Nivå	Trend	Åtgärd	Status	Effekt
Vård i rätt tid		10908 Bristande tillgänglighet **Riskägare** Anna-Lena Berggren		–	Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen **Startdatum** 2020-01-01 **Slutdatum** 2020-12-31	– Ej påbörjad	
Säker vård		11924 Bristande patientsäkerhet **Riskägare** Anna-Lena Berggren		–	Lärande organisation genom kollegial revision **Startdatum** 2020-01-01 **Slutdatum** 2020-12-31	– Ej påbörjad	