## Verksamhetsplan 2019 och planår 2020-2022

Verksamhetsplan 2019 och planår 2020-2022 för Stockholms läns sjukvårdsområde har upprättats enligt anvisningar från landstingsstyrelsens förvaltning.

Budgeterat resultat för 2019 uppgår till 199 Mkr.

## Förslag till beslut

Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att fastställa verksamhetsplan 2019 och planår 2020-2022, samt

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Karin Persson
Ekonomidirektör

Region Stockholm

Stockholms läns sjukvårdsområde

Diarienummer
LS 2018-0696
SLSO 2019-100

Stockholms läns sjukvårdsområde

# Verksamhetsplan 2019

## Innehållsförteckning

1. Inledning ..... 3

2. Verksamhet ..... 4
2.1 SLSO:s mål, indikatorer uppdrag och aktiviteter ..... 5
2.1.1 Mål, indikatorer och målvärden ..... 5
2.1.2 Uppdrag och aktiviteter ..... 12
2.2 Avtal och överenskommelser ..... 16
2.2.1 Verksamhetsförändringar ..... 17
2.3 Verksamhetstal ..... 18
2.4 Internkontrollplan 2019 ..... 21
2.4.1 Möjligheter och risker 2019–2022 ..... 21
2.5 Regelefterlevnad ..... 22
2.5.1 Säkerhet ..... 23
2.5.2 Antikorruption ..... 24
2.5.3 Inköp ..... 25
2.5.4 Uppförandekod för leverantörer ..... 25
2.5.5 Social hållbarhet ..... 26

3. Ekonomi ..... 30
3.1 Resultatbudget ..... 30
3.1.1 Intäkter ..... 31
3.1.2 Kostnader ..... 31
3.2 Balansräkning ..... 32
3.3 Investeringar ..... 33

4. Bilagor: ..... 33

# 1. Inledning

I samband med regionfullmäktiges budgetbeslut fastställdes att verksamhetsplaner ersätter de specificerade budgetar som nämnder och bolag tidigare fastställde. Syftet med förändringen är att tydliggöra att Region Stockholm enbart har en budget som nämnder/bolag skall basera sin verksamhetsplanering på. Detta innebär för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) att de mål och indikatorer som har arbetats fram inför 2019 kompletterar regionens målstyrning och redovisas i den följande verksamhetsplanen.

Kompetensförsörjningen är en av de största utmaningarna för SLSO som arbetsgivare. Att behålla nuvarande medarbetare och kunna rekrytera nya med rätt kompetens är en av SLSO:s viktigaste framgångsfaktorer. Detta för att i framtiden kunna möta patienternas krav på tillgänglighet, kontinuitet, gott bemötande och en säker och evidensbaserad vård.

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

- Regionfullmäktiges budgetbeslut innebar bland annat att resultatkravet för SLSO fastställdes till 199 mkr för 2019, vilket är en höjning av kravet med 94 mkr jämfört med 2018. För planperioden 2020-2022 fastställdes resultatkravet till 205 mkr.
- Årsbokslutet för 2018 redovisar ett ekonomiskt resultat på 52,4 mkr, vilket innebar att fullmäktiges resultatkrav på 105 mkr inte uppnåddes
- Det ekonomiska resultatet på resultatenhetsnivå varierar och den största positiva delen av resultatkravet genereras av ett fåtal enheter
- Personalomkostnadspålägget (PO-pålägget) fortsätter att öka på grund av ökade pensionskostnader
- De vårdavtal och förfrågningsunderlag som har beslutats/planeras, ger inte full kostnadstäckning utifrån bland annat löne-prisuppräkning, hyresökning och ökade kostnader med anledning av framtidsplanen för hälso- och sjukvård (FHS)

Under kommande år sker verksamhetsförändringar till stor del hänförda till framtidsplanen för hälso- och sjukvård. De största är driftstarten av Sollentuna sjukhus och samlokaliseringen av psykiatrisk vård på Nacka sjukhus.

# 2. Verksamhet

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 landstinget 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.

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 sju verksamhetsområden, med var sin verksamhetsområdeschef. Arbete pågår kontinuerligt i organisationen för att identifiera och samordna administrativa stödfunktioner som med fördel kan utföras på färre händer 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.

## 2.1 SLSO:s mål, indikatorer uppdrag och aktiviteter

### 2.1.1 Mål, indikatorer och målvärden

Regionfullmäktige har i budget 2019 fastställt övergripande mål som i sin tur har brutits ner i mål och indikatorer för respektive nämnd och bolag. För SLSO har gäller följande övergripande mål:

- Hälso- och sjukvården i Stockholm ska präglas av korta vårdköer, hög tillgänglighet, god kvalitet och invånarens möjlighet att själv välja vårdgivare
- En hållbar region Stockholm
- Region Stockholm ska vara en attraktiv arbetsgivare
- Långsiktigt hållbar ekonomi

Nedan redovisas mål och indikatorer som gäller 2019 (fullmäktiges samt nämndens egna) för respektive övergripande mål. I den fastställda budgeten

redovisas ytterligare indikatorer som kommer att utvecklas under 2019 för att gälla 2020. Komplett indikatorsammanställning bifogas i bilaga 1.

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

| Beslutad av: | Mål/Indikator | Utfall 2017 | Mål 2018 | Mål 2019 | SLSO:s Mål 2019 |
|---|---|---|---|---|---|
| RF | **Vård på rätt plats** | | | | |
| RF | Andel specialistläkarbesök utanför akutsjukhus | 53 % | ≥ 55,0 % | ≥ 57,0 % | n/a [1] |
| RF | Andel besök på närakuter av det totala antalet besök på närakuter och akutsjukhusens akutmottagningar | 38,1 % | ≥ 40,0 % | ≥ 45,0 % | n/a [1] |
| RF | **Vård i rätt tid** | | | | |
| RF | Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar | 72 % | ≥ 73,0 % | ≥ 73,0 % | ≥ 73,0 % |
| RF | Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar | 84 % | ≥ 90,0 % | ≥ 90,0 % | ≥ 90,0 % |
| RF | Andel patienter som får tid för behandling inom 60 dagar | | | | |
| RF | **Säker vård** | | | | |
| RF | Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner | 8,2 % | ≤ 8,1 % | ≤ 7,9 % | ≤ 7,9 % |
| RF | Återinläggning inom 7 dagar inom slutenvården (för personer 80+) | 8,3 % | ≤ 7,5 % | ≤ 7,5 % | ≤ 7,5 % |
| RF/SLSO | Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade) [2] | 331 | ≤ 325 | ≤ 314 | ≤ 314 |
| SLSO | Kontinuitet i vården – andel patienter som träffar samma läkare/behandlare | | | | öka |
| SLSO | Kvalitetsindex | | | | ≤ 50% |
| RF | **Effektiv vård** | | | | |
| RF | Antal avslutade ärenden i 1177 Vårdguidens e-tjänster per 1 000 invånare och månad | 24,1 | ≥ 22,5 | ≥ 29 | n/a [1] |
| SLSO | Följsamhet till kloka listan (utan tilläggslista) | | ≥ 86 % | | ≥ 86 % |
| RF | **God folkhälsa** | | | | |
| RF | Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete | 67,4 % | ≥ 70,0 % | ≥ 75,0 % | ≥ 75,0 % |
| RF | **Högt förtroende för vården** | | | | |
| RF | Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra | 78 % | ≥ 82,0 % | ≥ 82,0 % | ≥ 82,0 % |
| SLSO | Andel patienter som känner sig delaktig i vården | | | | ≥ 80 % |

1) Nämnden rapporterar men nyckeltalet beräknas på regionnivå
2) RFs indikator avser invånare och avser hela regionen, för SLSO avser indikatorn per 1000 listade

Utöver de indikatorer som beslutats av regionfullmäktigen föreslås SLSO:s styrelse att följa ytterligare fyra indikatorer med bäring på målet förbättrad tillgänglighet och kvalitet. Tre av dessa indikatorer är nya för 2019. Andelen patienter som känner sig delaktiga i vården mäts via patientenkäter. Kontinuitet i vården är ett mått på om flerbesökare träffar samma behandlare, här finns ingen målnivå utan måttet betraktas som uppnått om kontinuiteten ökar över tid. Kvalitetsindex är ett kompositmått där ett 50-tal indikatorer från nämndens

kvalitetsbokslut vägs samman. Indikatorerna är i första hand resultatmått och har satts samman utifrån verksamheternas relativa storlek. Målet för kvalitetsindikatorn är att minst 50% av de ingående indikatorerna ska förbättras jämfört med 2018.

För att uppnå målet för *vård i rätt tid* så kommer ökad tillgänglighet fortsatt vara ett av SLSO:s fokusområde. Utveckling pågår av nya sätt att möta patienterna genom bland annat digitala vårdmöten och nya arbetssätt som går över traditionella vårdgrenar

SLSO har som övergripande strategi att arbeta med strukturerade vårdprocesser för att bidra till måluppfyllelse av målen *vård i rätt tid, vård på rätt nivå, effektiv vård* och *säker vård.* Inom vuxenpsykiatrin och ätstörningsvården finns för ett flertal områden redan vårdprocesskartor och arbete med att utse processägare pågår både inom barn- och ungdomspsykiatrin och ätstörningsvården.

## *En hållbar region Stockholm*

| Beslutad av: | Mål/Indikator | Utfall 2017 | Mål 2018 | RF Mål 2019 | SLSO:s Mål 2019 |
|---|---|---|---|---|---|
| RF | **EN HÅLLBAR REGION STOCKHOLM** | | | | |
| RF | **Social hållbarhet** | | | | |
| SLSO | Antalet anställda som den vid slutet av året har en sammanhängande sjukfrånvaroperiod på 90 dagar | 344 | | | >320 |
| RF | **Stockholmsregionen ska inom fem år vara en av Europas fem ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa** | | | | |
| RKL | Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för arbete med innovationer på ett systematiskt sätt | | | | Ja |
| SLSO | FoUU-medel | | | | >2018 |
| SLSO | Antal disputationer senaste treårsperioden | | | | >2018 |
| SLSO | Antal nya docenter | | | | >2018 |
| SLSO | Studerande veckor | | | | >2018 |
| SLSO | Resultat av studentenkät | | | | >2018 |
| RF | **Region Stockholms påverkan på klimatet ska minska** | | | | |
| RF | Verksamhets- och fastighetsenergi i fastigheter ägda av Region Stockholm, kWh/kvm (A-temp) | -14 | | ≥-16 | ≥-16 |
| RF | Andelen ägda och leasade fordon som drivs på förnybara drivmedel inom Region Stockholms nämnder och bolag | | | | [3] |
| RF | Klimatpåverkan från utsläpp av växthusgaser, ton koldioxidekvivalenter | 45 % | ≥-42 % | ≥-48 % | ≥-48 % |
| RF | Klimatpåverkan från patientmåltider, ton koldioxidekvivalenter | | | | [3] |
| RF | Miljöpåverkan från användning av läkemedel | | | | < 2018 |
| RF | Klimatpåverkan från Region Stockholms tjänsteresor, ton koldioxidekvivalenter | | | | [3] |

| Beslutad av: | Mål/Indikator | Utfall 2017 | Mål 2018 | RF Mål 2019 | SLSO:s Mål 2019 |
|---|---|---|---|---|---|
| RF | Andelen ekologiska livsmedel i regionens egna verksamheter, i procent | | ≥40% | | ≥45% |
| RF | Andelen lokalproducerade livsmedel, i procent | | | | 3) |
| RF | **Region Stockholm ska upprätthålla sina samhällsviktiga funktioner vid extraordinära händelser och klimatförändringar** | | | | |
| RF | **Skattepengar ska frigöras till kärnverksamhet** | | | | |

3) Målvärde ej möjligt att fastställa då indikatorn ej är fastställd
4) Målvärde fastställs senare

Utöver de indikatorer som regionfullmäktige fastställt föreslås SLSO :s styrelse följa en ny indikator för målet social hållbarhet: Antalet anställda som den vid slutet av året har en sammanhängande sjukfrånvaroperiod på 90 dagar. För målet om forskning som syftar till bättre hälsa föreslås nämnden att följa fem indikatorer utöver de som beslutats av fullmäktige. Ny indikator för 2019 är resultat av studentenkäter.

*Stockholmsregionen ska inom fem år vara en av Europas fem ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa*
I och med införandet av nätverkssjukvården i Stockholm ritas vårdkartan delvis om. Med större andel patienter som tas om hand utanför sjukhusen behöver såväl den kliniska forskningen som undervisningen följa med. I och med inrättandet av ett särskilt verksamhetsområde för FoUU har SLSO tydliggjort sin höga ambitionsnivå och målsättningen att vara en stark part i universitetssjukvården i Region Stockholm. SLSOs vårdverksamheter omfattar områden där många patienter har långvariga vårdkontakter. SLSO:s centrumbildningar bidrar också med att folkhälsobevakningen i länet, som bidrar med att följa befolkningens hälsa över tid. Detta skapar unika möjligheter till långsiktiga studier som kan bidra till ökad livskvalitet och bibehållen autonomi hos våra patienter. FoUU:s uppgift är också att medverka till att nya behandlingar, metoder och arbetssätt införs effektivt och säkert.

SLSO utbildar för såväl vårdens som samhällets behov. Allt fler studenter gör sin praktik i SLSO:s verksamheter, vilket förutsätter att verksamheten kontinuerligt kan erbjuda en högkvalitativ vård och klinisk utbildning.

SLSO arbetar aktivt enligt regionens beslutade Policy för innovation och digitalisering samt Strategi för digitalisering. Inom SLSO:s Innovationssluss fortsätter arbetet under 2019 med att främja och stödja innovationer i verksamheten där arbetssättet är integrerat med regionens övergripande innovationsarbete.

*Region Stockholms påverkan på klimatet ska minska*
SLSO har antagit en handlingsplan för miljö 2018-2021 i enlighet med regionens Miljöprogram 2017-2021. Handlingsplanen kommer att uppdateras för att inkludera alla indikatorer som ingår i fullmäktiges budget.

Miljöprogram 2017–2021 är indelat i ett flertal målområden och följande områden berörs SLSO av:

*Målområde för hälso- och sjukvården*
- Hållbar läkemedelskedja som med bibehållen patientnytta bidrar till minskad miljöpåverkan från läkemedel vid tillverkning, användning och kassation.
- Effektiv textilhantering samt minskad miljöpåverkan från användning av engångs- och flergångstextilier.
- Hållbara patientmåltider (hållbarhetskrav vid upphandling, ekologiska livsmedel, klimatpåverkan från patientmåltider, matsvinn och lokalproducerade livsmedel)

*Målområde för kollektivtrafiken och övriga transporter*
- Förnybara drivmedel för transporter

Handlingsplanen innehåller övergripande och nedbrutna mål för SLSO. Dessutom finns det förslag på aktiviteter kopplade till målen som kan genomföras av respektive verksamhetsområde och Centralt verksamhetsstöd under perioden 2018-2021. Respektive verksamhetsområde beaktar övergripande mål i sin verksamhetsplan utifrån miljöpåverkan och samordnar resultatenheternas aktiviteter för att bidra till målen. De nedbrutna målen i Handlingsplanen uppdateras årsvis utifrån måluppfyllelse.

## *Region Stockholm ska vara en attraktiv arbetsgivare*

| Beslutad av: | Mål/Indikator | Utfall 2017 | Mål 2018 | RF Mål 2019 | SLSO:s Mål 2019 |
|---|---|---|---|---|---|
| RF | **Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare** | | | | |
| RF | Personalomsättning | 12 % | | ≤ 10 % | ≤ 10 % |
| RF | Andel av medarbetarna som uppger att de under året haft ett individuellt medarbetarsamtal med sin närmaste chef | 80 % | | 100 % | 100 % |
| RF | Kompetensstegen för sjuksköterskor implementerad | | | | 85% |
| RF | Medarbetarindex | 76 | ≥ 76 | ≥ 76 | ≥ 78 |
| RF | Chefsindex | | ≥ 77 | | ≥ 80 |
| SLSO | Kvarstannandegrad | | | | ≥ 85% |
| RF | Andel av medarbetare som utsätts för hot och våld på arbetet | | | Minska | < 2018 |
| RF | Andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid | 6,3 % | | | ≤ 6,3 % |
| RF | **Systematisk kompetensförsörjning** | | | | |

| Beslutad av: | Mål/Indikator | Utfall 2017 | Mål 2018 | RF Mål 2019 | SLSO:s Mål 2019 |
|---|---|---|---|---|---|
| RF | Antalet sjuksköterskor som utbildat sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska med bibehållen lön | | | | ≥ 100 st |
| RF | Antalet anställda AT-läkare | | | | ≥ 180 st |
| RF | Antalet anställda ST-läkare | | | | ≥ 650 st |
| SLSO | Andel inhyrd personal (av vårdpersonal) | | | | ≤ 2% |
| SLSO | Andel verksamheter som har mer än 2% andel inhyrd personal | | | | < 2018 |

För målet attraktiv arbetsgivare föreslås fyra indikatorer utöver de indikatorer som beslutats av fullmäktige. (markeras). Nya indikatorer för 2019 är kvarstannandegrad, andel inhyrd personal samt andel vårdverksamheter som har mer än 2% andel inhyrd personal.

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

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

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

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

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

- SLSO:s kompetensförsörjningsplan vidareutvecklas inom respektive verksamhetsområde.
- Fortsatt satsning på SLSO:s olika chefsprogram
- Kompetensstegen för sjuksköterskor inom psykiatrin och geriatrik ska användas vid medarbetarsamtal för 2019. För primärvården pågår implementeringsarbetet.
- Kompetenstegar för andra yrkesgrupper kommer att implementeras under 2019.
- För psykologer pågår arbetet med framtagande av en kompetensstege som följer regionens generiska modell. SLSO har i uppdrag från regionen att samordna detta arbete.
- SLSO:s specialistutbildning för sjuksköterskor i samverkan med Röda Korsets högskola inom psykiatrisk vård utvecklas och förbättras.

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

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

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

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

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

att se över arbetsuppgifter som kan överföras mellan olika yrkeskategorier eller att nya kompetenser införs i verksamheterna.

### *Långsiktigt hållbar ekonomi*

| Beslutad av: | Mål/Indikator | Utfall 2017 | Mål 2018 | RF Mål 2019 | SLSO:s Mål 2019 |
|---|---|---|---|---|---|
| RF | **Ett resultat i balans** | | | | |
| | Ett positivt resultat enligt balanskravet | 1 474 mkr | | 450 mkr | - |
| RLK | Resultat före omställningskostnader | 104 mkr | 105 mkr | 199 mkr | 199 mkr |
| SLSO | Resultatenheter med ekonomi i balans (resultat jmf med budget) | 45% | 80% | - | 80% |
| SLSO | Produktivitet produktion/kostnad | -08% | 1% | | 1% |
| SLSO | Produktivitet produktion/arbetad timma | | | | > 2018 |
| SLSO | RE med positiv produktivitetsutveckling | 38% | - | | 70% |
| RF | **Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar** | | | | |
| RF | **Hållbar investeringsutveckling** | | | | |

För målet Ekonomi i balans föreslås fyra indikatorer utöver de som fastställts av fullmäktige. SLSO:s styrelse har tydligt pekat på produktivitetsutvecklingen som en nyckelfråga varför tre indikatorer för att följa produktiviteten föreslås.

SLSO har sedan 2004 redovisat ett ekonomiskt resultat enligt det av fullmäktige fastställda resultatkravet. De ekonomiska resultaten varierar dock kraftigt mellan verksamheterna och antalet resultatenheter med ekonomi i balans var i delårsbokslutet 2018 51 %. Inför 2019 har resultatkravet ökat med 94 mkr, vilket innebär att flera enheter måste effektivisera och öka produktiviteten. En avgörande faktor för möjligheten att uppnå målen är bl.a. möjlighet att bemanna och undvika dyra personallösningar.

## 2.1.2 Uppdrag och aktiviteter

I Budget 2019 för Region Stockholm har fullmäktige beslutat om inriktning för nämnden och specificerat följande uppdrag. I nedanstående tabell redovisas de uppdrag som beslutats.

## *Uppdrag*

| | Beskriv uppdraget från fullmäktige | Till vilket mål kan uppdraget kopplas? | Ange om uppdraget baseras på en att-sats eller på löpande text i budget 2019 |
|---|---|---|---|
| 1 | Medarbetarna | Attraktiv arbetsgivare | Löpande text |
| 2 | Omställning till framtidens hälso- och sjukvård | Säker vård, Effektiv vård | Löpande text |
| 3 | Omställning till fossilfritt bränsle<br>öka takten i att byta ut sina fordon mot fordon som drivs med fossilfritt bränsle. | Region Stockholms påverkan på klimatet ska minska | Löpande text |
| 4 | Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) | Säker vård, Effektiv vård | Löpande text |
| 5 | Klimat- och sårbarhetsanalys | En hållbar Region Stockholm | Löpande text |
| 6 | Utse en innovationsansvarig | Stockholmsregionen ska inom fem år vara en av Europas fem ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa | Löpande text |
| 7 | Aktivt stödja utveckling, innovation och förnyelse | Stockholmsregionen ska inom fem år vara en av Europas fem ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa | Löpande text |
| 8 | Fortsatt ombyggnationen av vårdavdelningar på Nacka sjukhus | Hållbar investeringsutveckling | Att-sats |

*Medarbetarna*
SLSO arbetar med en rad åtgärder för att behålla nuvarande medarbetare och kunna rekrytera nya med rätt kompetens. Åtgärder och aktiviteter beskrivs under målet Region Stockholm skall vara en attraktiv arbetsgivare.

*Omställning till framtidens hälso- och sjukvård*
Framtidsplanen för hälso- och sjukvård (FHS) är ett arbete som bl.a. utgår ifrån behov av en annan sjukvårdsstruktur så att vården ges på rätt vårdnivå. I framtidsplanen ingår nätverkssjukvården som en central beståndsdel som i sin tur ställer nya krav på samverkan över vårdgivargränserna. I och med detta påverkas alla SLSO:s verksamhetsområden på olika sätt.

Planerade förändring under planeringsperioden relaterade till framtidsplanen är bland annat:

- Övertagande av verksamheter i samband med utflytt av vård från Karolinska universitetssjukhuset
- Driftsättning av Sollentuna sjukhus
- Samlokalisering av psykiatri vid Nacka sjukhus

- Ombyggnation på S:t Göran sjukhus område för SLSO:s verksamheter
- Ombyggnation på Danderyds sjukhusområde för SLSO:s verksamheter

I dessa projekt deltar SLSO i planering av byggnationer i anslutning till SLSO:s verksamhet och till byggnationerna kopplade upphandlingar, installationer avseende it-infrastruktur, medicinteknisk utrustning och övrig byggnadspåverkande utrustning.

*Omställning till fossilfria drivmedel*
Under 2019 genomför SLSO en satsning i syfte att öka mängden förnybar energi som verksamhetens fordon drivs av. Satsningen motsvarar en merkostnad om 6 miljoner kronor och ska bidra till att bland annat öka beståndet av elektrifierade fordon. Elektrifiering av fordon är en del i SLSO:s strategi för att nå förnybara drivmedelsmålet 2021.

*Framtidens vårdinformationsmiljö*
SLSO deltar aktivt i programmet Framtidens vårdinformationsmiljö SLL (FVM SLL) och under 2019 fortsätter SLSO sin etablering av en mottagarorganisation för FVM SLL för att säkerställa införande och den långsiktiga nyttohemtagningen.

*Klimat- och sårbarhetsanalys*
SLSO ska i enlighet med fullmäktiges uppdrag upprätta en klimat- och sårbarhetsanalys för att undvika behov av plötsliga och dyra investeringar eller att verksamhet inte kan utföras med anledning av ett förändrat klimat.

*Innovation*
SLSO ska i enlighet uppdrag i budgeten under året utse en innovationsansvarig samt upprätta en plan för att aktivt stödja utveckling, innovation och förnyelse som bidrar till en högkvalitativ och kostnadseffektiv verksamhet samt en god arbetsmiljö.

*Fortsatt ombyggnationen av vårdavdelningar på Nacka sjukhus*
Utifrån den reviderade tidplanen för ombyggnationen av Nacka sjukhus kommer SLSO teckna ett fortsatt uppdragsavtal med Locum AB för färdigställande och därefter teckna hyresavtal.

***Aktiviteter***
I nedanstående tabell redovisas planerade övergripande aktiviteter för att uppnå fullmäktiges mål och uppdrag för respektive aktivitet följer, i löptext, en beskrivning av pågående och planerat arbete.

| Beskriv nämndens/bolagets aktivitet | Till vilket mål eller uppdrag kan aktiviteten kopplas? |
|---|---|
| Vårdprocesser | Målen Vård i rätt tid, Vård på rätt plats, Säker vård, samt Effektiv vård |
| Medarbetare | Uppdrag 2 (se ovan) samt målet Attraktiv arbetsgivare och Systematisk kompetensförsörjning |
| Styrmodell "företaget i företaget" | Målen Vård i rätt tid, Vård på rätt plats, Säker vård, Effektiv vård, Attraktiv arbetsgivare samt Ekonomi i balans |
| Digitalisering | Målen Säker vård/Effektiv vård |

*Vårdprocesser*
Vårdprocesser ska fokusera verksamheternas arbete med att utveckla och upprätthålla standardiserade vårdprocesser för bästa möjliga värde. Arbetet syftar till att utveckla en säkrare och tillgängligare vård genom samverkan och kontinuitet för hela länets sjukvård bland annat genom att använda och utveckla innovation och digitalisering. Utöver det arbete som görs inom respektive verksamhetsområde kommer under året minst en gemensam process som sträcker sig över flera VO:n identifieras, definieras samt utvecklas.

*Medarbetare*
Inom SLSO ska medarbetarskap innebära frihet under ansvar. Medarbetarskap innebär också att bidra till helheten, både inom SLSO och i sjukvården i stort samt att dela SLSO:s värderingar som de uttrycks i vår värdegrund. För att stärka den gemensamma värdegrunden planeras aktiviteter under året som inkluderar alla medarbetare.

*Styrmodell "företaget i företaget"*
SLSO:s styrmodell ska utmärkas av patientnära beslut för goda resultat och innebär en långtgående decentralisering av ansvar och befogenheter. Styrmodellen förutsätter effektiva samordnade lednings- och stödprocesser i syfte att det ska vara "lätt att göra rätt". Arbetet fortsätter med att tydliggöra kopplingar mellan ansvar och befogenheter samt delegation. För att styrmodellen ska genomsyra ledarskapet planeras bland annat en översyn chefsintroduktionen samt möjligheterna till dialogseminarium.

*Digitalisering*
Under 2018 har alla SLSO:s verksamhetsområden, integrerat i mål- och budgetarbetet, arbetat med att definiera digitaliseringsinitiativ som ligger till grund för 2019 års digitaliseringsplaner. Övergripande satsningsområden är:

- Digital utbildning för medarbetare, patienter, brukare och anhöriga genom utbildningsportalen Lärtorget
- Fortsatt implementering av Stöd- och behandlingsplattformen, ett verktyg för att skapa och utveckla olika typer av stöd- och behandlingsprogram för patienter och invånare
- Ökad användning av nationella tjänster (1177 mfl)

- Fortsatt implementation av digitala möten med patient samt mellan vårdgivare
- Förändrade arbetssätt genom mobil journalhantering i ipad
- "Tal till text", vilket innebär att vid diktering omvandlas talet direkt till journaltext för effektivisering av administration
- Digitala patientenkäter och webbformulär för ökad patientdelaktighet

Den grundläggande IT-infrastrukturen samt processer knutna till dessa kommer under 2019 fortsatt att vidareutvecklas för att stödja SLSO:s digitaliseringsplaner. Detta innebär exempelvis anpassning av nät men också påbörjad övergång till IP-telefoni.

Utöver detta arbetar SLSO målmedvetet med att bedriva en kostnadseffektiv IT-verksamhet där styr-, kärn- och stödprocesser kopplat till IT-leveranser ses över och effektiviseras under 2019. Ökad samordning med regionens övriga egenägda vårdgivare avseende digitalisering och IT är också ett fokusområde för 2019, där gemensam portföljhantering och konsolidering är särskilt prioriterade fokusområden.

## 2.2 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 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.

Inför 2019 har några vårdavtal omförhandlats samt ersättningsmodeller förändrats. Den största förändringen sker inom verksamhetsområde Psykiatri där man går från 24 till 9 avtal. Ersättningsmodellen blir gemensam för avtalen och kommer att innebära att heldygnsvården ersätts med fast uppdragsersättning per vårdplats och öppenvård ersätts med en fast uppdragsersättning med 70 % och en rörlig produktionsersättning med 30 %.

Arbete pågår med att ta fram nya avtalsförslag för bl.a. geriatrik i syfte att harmonisera dessa med de avtal som upphandlades enligt LOU (Lagen om offentlig upphandling).

HSN har aviserat att en översyn skall ske av ett antal förfrågningsunderlag under 2019. Hur detta påverkar verksamheterna inom SLSO är i dagsläget svårbedömt.

### 2.2.1 Verksamhetsförändringar

Under år 2019 kommer det att ske verksamhetsförändringar som påverkar SLSO avseende inriktning och omfattning. De största och hittills kända förändringarna är:

- Övertagande av SESAM- city (enhet för bla provtagning, diagnostik och behandling av sexuellt överförda infektioner) från Karolinska universitetssjukhuset. Start 1 januari 2019. Verksamheten har en omslutning på 12,3 mkr, 17 800 patientkontakter och 11 anställda.

- Övertagande av ungdomsmottagningarna i Haninge och på Gullmarsplan från kommunen. Start 1 januari 2019. Verksamheten har en omslutning på 8,9 mkr, 12 600 patientkontakter och 15 anställda.

- Övertagande av Överviktscentrum från Karolinska universitetssjukhuset. Start 1 januari 2019. Verksamheten har en omslutning på 17 mkr, 6 000 patientkontakter och 15 anställda

- Utökat vårdplatsantal på Beroendecentrum med 8 vpl för patienter med särskilt vårdbehov. Verksamheten startar under januari. Verksamheten har en omslutning på 18 mkr, 3 000 vårdtillfällen och ca 20 anställda.

- Utökat vårdplatsantal för Psykiatri med 32 vårdplatser. Verksamheten planeras starta successivt under året. Verksamheten beräknas ungefärligt – beroende på start - ha en omslutning på 35 mkr för 2019, 1000 vårdtillfällen och ca 45 anställda.

- Övertagande av administrationen av placeringen för ST-läkare samt hantera ersättningar till även privata vårdgivare för ST-läkare i närsjukvårdens specialiteter från Hälso- och sjukvårds-förvaltningen. Avtalet har en omslutning på 355 mkr för 2019 varav 152 mkr avser ersättning till privata vårdgivare

- Start av ytterligare sprutbytesmottagning inom Beroendevården så fort den geografiska placeringen är klar. Verksamheten har en omslutning på 5 mkr för 2019, 5000 besök och ca 4 anställda.

- Sollentuna sjukhus planerar driftstart för 30 vårdplatser geriatrik under sista kvartalet 2019. Verksamheten kommer denna period att producera ca 270 vårdtillfällen med 36 anställda och omsluta ca 12,5 mkr.

- Nedläggning av kostverksamheten på Rosenlund under juni 2019. Det ger en negativ effekt på omslutningen med 24,5 mkr samt 12,5 färre anställda.

- Nedläggning av ett team ASiH Södra från 1 februari 2019. Verksamheten har en omslutning på 13 mkr och 14 anställda.

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

## 2.3 Verksamhetstal

| Vårdproduktion antal besök/vtf | Utfall 2017 | Prognos 201810 | Budget 2018 | Tillkommande verksamhet | Överlämnad verksamhet budget 2019 | Förändrad volym BU19/BU18 befintl. Vård | Budget 2019 | Förändring BU19/BU18 | Förändring BU19/Prog18 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Geriatrisk vård** | | | | | | | | | |
| Öppenvård | 6 187 | 6 170 | 7 170 | 160 | | -670 | 6 660 | -510 | 6 500 |
| Slutenvård | 9 802 | 8 950 | 11 550 | 270 | | -1 000 | 10 820 | -730 | 10 550 |
| Läkarbesök i SÄBO | 9 952 | 8 640 | 10 990 | | | | 5 500 | -5 490 | 5 500 |
| **ASiH** | | | | | | | | | |
| Vårddygn ASiH | 238 663 | 219 000 | 246 850 | | | | 218 270 | -28 580 | 218 270 |
| Vårddygn palliativ vård | 8 727 | 8 775 | 9 235 | | | | 9 310 | 75 | 9 310 |
| **Psykiatrisk vård** | | | | | | | | | |
| Öppenvård | 1 178 967 | 1 203 000 | 1 193 000 | 5 000 | | 40 030 | 1 238 030 | 45 030 | 1 233 030 |
| Slutenvård | 28 700 | 29 200 | 28 575 | 4 026 | | 0 | 32 601 | 4 026 | 28 575 |
| **Primärvård*** | | | | | | | | | |
| Öppenvård | 3 869 691 | 3 802 450 | 3 885 482 | 30 412 | -31 500 | 153 241 | 4 037 635 | 152 153 | 4 007 223 |
| **Habilitering och hälsa** | | | | | | | | | |
| Antal besök | 158 649 | 156 100 | 161 000 | | | | 185 500 | 24 500 | 185 500 |
| **Somatisk specialistvård*** | | | | | | | | | |
| Läkarbesök | 35 923 | 236 000 | 230 000 | 900 | | 24 220 | 255 120 | 25 120 | 254 220 |
| Övriga besök | 6 759 | 22 500 | 26 500 | 5 100 | | 16 290 | 47 890 | 21 390 | 42 790 |
| **Övrig specialistvård**** | | | | | | | | | |
| Öppenvård | 22 698 | 27 500 | 29 120 | | | | 25 927 | -3 193 | 25 927 |
| **Antal disponibla vårdplatser psykiatri** | 867 | 875 | 876 | 33 | | 0 | 909 | 33 | 876 |
| **Antal disponibla vårdplatser geriatrik** | 266 | 254 | 302 | | | | 280 | -22 | 280 |

* I budget 2018 ingick Akademiskt specialistcentrum och Närakuter. I budget 2019 ingår även Centrum för cancerrehabilitering som redovisades under Övrig specialistvård i budget 2018

** I budgeten för 2019 ingår Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, gynmottagningar, arbetsmiljömedicin. I budget och prognos 2018 ingår även Centrum för Cancerrehabilitering

### *Geriatrik*

Under hela 2018 försvårade bristen på sjuksköterskor och ett periodvis minskat remissinflöde klinikernas möjligheter att nå budgeterade produktionsmål, inom såväl öppen- som slutenvård. Under 2019 förväntas ett något förbättrat bemanningsläge och fler öppna vårdplatser, vilket förklarar högre budgeterade nivåer jämfört med prognoserna i oktober 2018. Dock kvarstår utmaningen att uppnå en fullbemanning, vilket är en förutsättning för att klara en full produktion, dvs 2018 års budgeterade nivåer. Den budgeterade ökningen 2019 förklaras också utökat antal vårdplatser (30) genom den planerade driftsättningen av Sollentuna sjukhus under sista kvartalet.

De kraftigt negativa avvikelserna i produktionen i SÄBO under 2018 hänger ihop med kontinuerligt minskat antal inskrivna under året. I halvårsskiftet 2019 avvecklas verksamheten Team Äldredoktorn, vilket motsvarar ca 70% av den samlade geriatriska SÄBO-verksamheten inom SLSO. Det senare förklarar således varför läkarbesök i SÄBO budgeterats väsentligt lägre än såväl budget 2018 som prognos 2018.

***ASiH***

Den inför 2018 förväntade produktionsökningen inom ASiH uppnåddes inte, vilket främst förklaras av dels ett minskat remissinflöde, dels av en högre utskrivningstakt av patienter som ett led i att uppnå kortare medelvårdtider. Även brist på sjuksköterskor bidrog till svårigheten att nå de budgeterade produktionsmålen. I budget 2019 har hänsyn tagits till rådande konkurrenssituation kring såväl patientremisser som personalresurser, varför de budgeterade nivåerna är på samma nivåer som lagda prognoser i oktober 2018 men lägre än budget 2018.

***Psykiatri***

Psykiatrins slutenvårdsvolymer kommer att öka under 2019 jämfört 2018. Dels har antalet vårdplatser ökat under 2018, t ex i Huddinge och Ytterö och dels kommer det att tillkomma platser under 2019. Beroendevården ökar sitt platsantal med 8 platser och det kommer att göras ytterligare ökningar om 32 platser under året. Beläggningen är fortfarande hög generellt.

Produktionen av besök planeras att öka 2019. Psykiatrins satsningar på ökad produktion har medfört ökad produktion under 2018 och förutsätts fortsätta öka under 2019. De nya fyraåriga avtalen för samtliga verksamheter innebär en del förändringar i ersättningsmodell och registreringar.

**Primärvård**

Primärvårdens besök 2019 beräknas öka med 3,9 % jämfört med budget 2018. Den största ökningen förväntas ske inom primärvårdsrehabilitering där bemanningsläget bedöms vara bättre. Flera privata aktörer har lagt ner, inom kommunerna är det fullbemannat och det sker inga nyetableringar av rehabiliteringsmottagningar. Samtidigt behöver de befintliga mottagningarna öka sin produktivitet för att uppnå en ekonomi i balans.
Primärvårdsrehabiliteringsbesöken beräknas öka med 9,5 % 2019.

Inom hemsjukvården förväntas besöken fortsätta att öka under 2019. Kommunerna slutar att ta emot delegeringar från primärvården som behöver anställa fler undersköterskor för att klara dessa ökade volymer. Det är också så att primärvården får överta allt fler patienter från ASIH p.g.a. att de har uppnått maximal vårdtid. Dessa är ofta vårdkrävande och erfordrar många besök. Hemsjukvårdens besök beräknas öka med 10,2 %.

Psykosociala besök ska öka utifrån den primärvårdssatsning som Region Stockholm gör i budget 2019 samt ett ökat behov. Detta hanteras med nyrekryteringar och att man kan börja med videobesök och kortare besök när det är möjligt.

Övertagande av de två ungdomsmottagningarna i Haninge och vid Gullmarsplan från kommunal regi och SESAM-city från Karolinska kommer att medföra en ökning med 30 000 besök 2019 jämfört med 2018.

Läkarbesöken beräknas blir färre än budget 2018, men fler än utfallet 2018. Ökningen förklaras av ökat ST-anslag (fler ST-läkare), mer videobesök, borttagen telefonrådgivning, och nyrekryteringar.

**Övrig specialistvård**
Centrum för cancerrehabilitering har organisatoriskt flyttat till Somatisk specialistvård. För 2018 var 12 000 besök budgeterade.

***Habilitering***
Habilitering och hälsas vårdavtal har inför 2019 omförhandlats. Det nya avtalet har en förändrad ersättningsmodell som innebär ökat fokus på prestationsintäkter. Den kraftiga ökningen i budget 2019 jämfört med såväl prognos 2018 och budget 2018 förklaras dels av en ökad vårdbeställning, dels av högre interna prestationskrav för att klara en ekonomi i balans 2019.

***Somatisk specialistvård***
Produktionen inom somatisk specialistvård ökade kraftigt under 2018 jämfört med föregående år. Främst förklaras detta av tillkommande verksamheter under 2018 (fyra närakuter) samt helårseffekt av tillkommande verksamheter i slutet av 2017 (två verksamheter inom Akademiskt specialistcentrum).

Den fortsatta ökningen som visas i budget 2019 förklaras dels av ytterligare en tillkommande verksamheter till Akademiskt specialistcentrum (Överviktscentrum med uppskattningsvis 6000 besök), dels av att Centrum för Cancerrehabilitering fr.o.m. 2019 ingår i vårdgrenen somatisk specialistvård (Övrig specialistvård under 2018).

## 2.4 Internkontrollplan 2019

SLSO utarbetar årligen en internkontrollplan, i enlighet med gällande policy för intern kontroll. Detta sker i anslutning till arbetet med verksamhetsplan. Internkontrollplanen för 2019 ska fastställas av styrelsen i samband med verksamhetsplan 2019 (se bilaga 2).

Under de senaste åren har SLSO:s arbete med intern kontroll utvecklats och förbättrats. När det gäller internkontrollplanen för år 2019 har regionledningskontoret (RLK) infört ett systemstöd för arbetet med intern kontroll, som en del av arbetet med Region Stockholms övergripande arbete med styr- och ledningssystem. Detta ska ge en gemensam struktur och göra det möjligt att få fram en gemensam internkontrollsammanställning för hela regionkoncernen. För SLSO innebär detta en delvis förändrad ordning för arbetet med risk- och väsentlighetsanalys, samt utarbetande av internkontrollplan. De risker som SLSO identifierat i internkontrollplanen ska kopplas samman med Region Stockholms övergripande mål för SLSO.

Arbetet med intern kontroll utgår från en omfattande riskanalys, som gjordes inför utarbetande av internkontrollplan för 2017. Denna riskbedömning gäller i stort även inför de närmast följande åren och någon mer omfattande riskanalys har därför inte gjorts inför internkontrollplan 2019. I samband med bedömningen av riskerna identifierade i riskanalysen har det däremot skett en viss förändring av de risker som tas upp inom ramen för internkontrollplan 2019.

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

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

Risker i varierande grad finns när det gäller såväl tillgänglighet och patientsäkerhet samt styrning och ledarskap. När det gäller patientsäkerheten pågår ett arbete att tydliggöra ansvar och roller.

### 2.4.1 Möjligheter och risker 2019–2022

Nedan görs en bedömning av de risker som kan ha en negativ ekonomisk påverkan på budget 2019 och prognos för planeringsåren.

En av de största utmaningarna när det gäller verksamheten för de kommande åren är förmågan att rekrytera och behålla personal. Detta har avgörande

betydelse för att kunna öka produktionen enligt vårdavtalen, genomföra framtidsplanen och få en ekonomi i balans.

Produktionsvolymerna för 2018 prognostiseras inte nå upp till den budgeterade nivån. För att öka produktion och tillgänglighet pågår arbete med nya sätt att möta patienten genom bland annat digitala vårdmöten och nya arbetssätt som går över de traditionella vårdgrenarna. Från 2019 finns incitament i vårdavtal/förfrågningsunderlag för denna förändring.

Årsbokslutet för 2018 visar ett ekonomiskt resultat på 52,4 mkr. Detta är 52,6 mkr sämre än de av fullmäktige fastställda resultatkravet. För att verksamheten långsiktigt skall ha en hållbar ekonomi krävs att samtliga enheter skall ha en ekonomi i balans. I dagsläget varierar det ekonomiska resultatet på resultatenhetsnivå och den största positiva delen av resultatkravet genereras av ett fåtal enheter. Detta innebär att flertalet av resultatenheter behöver anpassa sin verksamhet till det givna ekonomiska förutsättningarna. Några verksamheter behöver struktureras om alternativt avvecklas utifrån att förutsättningar inte finns för ekonomisk bärkraftighet.

För kommande år kommer behovet av effektiviseringar öka ytterligare med anledning av resultatet för 2018 samt tillkommande kostnader såsom exempelvis; ökat personalomkostnadspålägg, Locum:s marknadsanpassning av hyresnivåer, löne- och prisökningar som inte täcks av uppräkningar av vårdavtalen.

Framtidsplanen för hälso- och sjukvården är nu inne i en genomförandefas. Detta innebär för SLSO:s del bland annat driftsättning av Sollentuna sjukhus, flytt av psykiatri till Nacka sjukhus, ombyggnad på sjukhusområdena S:t Göran och Danderyd för SLSO:S verksamheter samt mottagande av somatisk specialistvård från akutsjukhusen. De nyrenoverade lokalerna samt anpassning till enkel/dubbelrum innebär bland annat ökade hyres- och kapitalkostnader samt ökat behov av personal. I dagsläget är inte alla kostnader kända och vårdavtalen för alla delar inte förhandlade vilket innebär en risk.

Sollentuna sjukhus kommer driftsättas under hösten 2019. Diskussioner pågår med beställarna om i vilken omfattning SLSO skall driva vård vid sjukhuset. Oavsett de vårdavtal som kommer att tecknas så kommer de uppstartskostnader som uppstår inte ha kostnadstäckning.

## 2.5 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.

### 2.5.1 Säkerhet

***Informationssäkerhet***
SLSO:s informationssäkerhetsarbete utgår ifrån regionens övergripande informationssäkerhetspolicy samt regionens riktlinjer för informationssäkerhet (justerad 2018-05-25). Inom SLSO ska de Region Stockholms övergripande riktlinjer konkretiserats i en handlingsplan för informationssäkerhet 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).

Under 2019 ska SLSO:
- fortsätta etableringen av ett systematiskt informationssäkerhetsarbete med hjälp av Compliance-portalen
- fastställa en handlingsplan för informationssäkerhet
- fortsätta e-utbildningen i informationssäkerhet (Disa) med målet att minst 70 % av medarbetarna ska ha genomgått utbildningen
- skapa en e-utbildning för att tillgodose utbildningsbehov gällande dataskyddsförordningen
- utveckla säkerhetskulturen inom SLSO genom en etablering av informationssäkerhetsombud

***Säkerhet samt krisberedskap***
Utifrån gällande övergripande styrdokument (SLL policy och riktlinjer för säkerhet, LS 1407-0877 och SLL krisberedskapsplan, LS 2017-0149 // LDR 7191 m.fl.) arbetar förvaltningen med att utveckla sitt säkerhets- och krisberedskapsarbete genom bl.a.:

- inrätta ett forum för säkerhet och beredskap
- genomföra kontinuerliga säkerhetssamordnarmöten
- implementera det systematiska säkerhetsarbetet i SLSO:s ledningssystem
- tillsätta en riskhanteringsgrupp för genomförande av risk- och sårbarhetsanalys (RSA) och kontinuitetshantering

- genomföra RSA ur ett samhällsperspektiv
- genomföra kontinuitetshanteringsarbetet ur ett verksamhetsperspektiv
- säkerställa att fler verksamheter upprättar lokala kris- och katastrofplaner
- fortsatta arbete med att säkerställa brandskyddet i vårdlokaler enligt gällande lagstiftning
- fortsatta arbetet med trygghetsskapande åtgärder för vårdpersonal och patienter
- inleda arbetet gällande återtagande av förmågan till civilt försvar utifrån primärvårdperspektivet
- utbilda och öva organisationen enlig Region Stockholms krisberedskapsplan

### 2.5.2 Antikorruption

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

SLSO har sedan ett antal år tillbaka en etablerad en 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 framtagen riktlinje kring misstanke om oegentlighet som finns tillgänglig för alla medarbetare via dokumenthanteringssystemet och insidan.

SLSO har även påbörjat ett arbete med att minimera förekomsterna av korruption och jäv i upphandlingar och fortsätter att förbättra detta systematiskt under 2019. SLSO ska verka för ett medvetet förhållningsätt kring dessa frågor genom diskussioner och information inför tex. upphandlingar.

### 2.5.3 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 under 2019.

Kategorin Hjälpmedel är den kategori inom Region Stockholm som SLSO i dag har hela ansvaret för. Arbete har inletts med att skapa en kategoristrategi för Hjälpmedel, denna ska vara färdigställd under första kvartalet 2019.

För övriga kategorier kommer mer översiktliga planer att göras med start under första kvartalet 2019, ansvaret för dessa kategorier ligger i dag inte hos SLSO och vi kommer därmed inte att göra kategoristrategier för dessa kategorier.

Strategiarbetet innefattar en djupgående analys av verksamhetens behov, omvärlden, leverantörsmarknaden, inköpsmönster, kostnadseffektivitet, leverantörsprioritering, hållbarhetsperspektiv, informationssäkerhetsperspektiv. Upphandlingsstrategier kommer att tas fram med förankring i kategoristrategin (om sådan finns) för samtliga upphandlingar som inleds från och med 2019. Det förändrade arbetssättet kommer att ge oss möjlighet att bättre möte målet i riktlinjen att "Genom effektiv avtalsuppföljning och affärsmässig upphandling ska kostnaderna minska och därmed frigöra resurser för SLSO:s kärnverksamhet".

### 2.5.4 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

### 2.5.5 Social hållbarhet

Alla regionfinansierade verksamheter i regionen 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.

Region Stockholm 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 mötas med respekt. Delaktighet för personer med funktionsnedsättning är en viktig del i regionens sociala ansvarstagande.

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

Uppförandekoden för leverantörer bidrar till ett socialt ansvarstagande hos aktörer utanför den egna organisationen. Verksamheterna ska identifiera riskområden, ställa krav som är kopplade till uppförandekoden inom dessa områden och följa upp utvalda leverantörer.

Aktiviteter kopplade till social hållbarhet redovisas i respektive avsnitt.

***Jämlikhet och jämställdhet***
Aktiva åtgärder är ett förebyggande och främjande arbete för att inom en verksamhet motverka diskriminering och på annat sätt verka för lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Arbetet med aktiva åtgärder ska genomföras fortlöpande och åtgärder ska tidplaneras och genomföras så snart som möjligt.

Under första kvartalet 2019 kommer anvisningar tas fram för att underlätta för SLSO:s verksamheter att arbeta med aktiva åtgärder. Respektive verksamhet tar sedan fram lokala handlingsplaner.

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.

Regionen är med i Nyckeltalsinstitutets jämställdhetsindex, JÄMIX, som är ett mått på hur långt jämställdheten nått. Regionen tar även fram nyckeltal för utländsk bakgrund med hjälp av Nyckeltalsinstitutet. Rapport tas fram vart tredje år. Senaste rapporterna kom 2016.
Ingen medarbetare inom SLSO ska uppleva att de utsätts för trakasserier, sexuella trakasserier eller kränkande särbehandling. SLSO har en riktlinje för diskriminering och kränkande särbehandling och det är ett område som SLSO arbetar aktivt med. Till hjälp för chefer finns en checklista som kan användas om kränkande särbehandling eller diskriminering förekommer. SLSO:s utbildning "Arbetsmiljö och hälsa" är obligatorisk för alla chefer.

SLSO arbetar aktivt med att anställa personer med funktionsnedsättning från Arbetsförmedlingen och har i snitt ca 55 medarbetare per månad med anställningsstöd.

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.

***Nationella minoriteter och minoritetsspråk***
På SLSO:s externa webbsida finns följande områden översatta på finska: vilken vård våra verksamheter bedriver, patientsäkerhetsfrågor och allmän vård- och kontaktinformation samt vilka personer som sitter i SLSO:s ledning. Kontinuerlig översyn och komplettering sker löpande.

En inventering har gjorts gällande verksamheter som har möjlighet att ta emot finsktalande patienter och närstående och de är idag BUP finska teamet och Minnesmottagningen Danderydsgeriatriken. BUP Finska teamet vänder sig till sverigefinska barn och ungdomar upp till 18 år samt deras familjer boende i hela Stockholms län.

Vid årliga planeringssamtal med medarbetare inhämtas information omkring språkkunskaper och eventuell vilja att hjälpa till när behov uppstår.

Verksamhetsstöd kommunikation har löpande nätverk/redaktionsråd med varje vårdområde där språk- och översättningsbehov gällande trycksaker eller webbar fångas upp.

Informationen omkring minoritetsspråk på intranätet och kommer att ses över i samband när det nya intranätet lanseras under 2019.

Webbutbildningen Etnicitet, normer och möten i vardagen lanserades i december 2016 med syftet att öka kunskapen om nationella minoriteter samt bemötandefrågor. SLSO uppmuntrar all personal att gå kursen och avser att under 2019 göra utbildningen obligatorisk för nya medarbetare.

***Barnkonventionen***
Barnkonventionen innehåller bestämmelser för barns rätt till bra bemötande, information och delaktighet.

Hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen betonar specifikt barns delaktighet i hälso-och sjukvården. Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården har alla vårdgivare skyldighet att ha ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i sin verksamhet. Det ska finnas rutiner för att patienter och närstående informeras och görs delaktiga, om det inte finns hinder för detta enligt bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt.

Sedan 2010-01-01 finns en bestämmelse i Hälso- och sjukvårdslagen som ger hälso- och sjukvårdens verksamheter och deras personal skyldighet att särskilt uppmärksamma barns behov av information, råd och stöd när en förälder har psykisk ohälsa, missbrukar, har en allvarlig somatisk sjukdom eller en funktionsnedsättning. I de verksamheter som vänder sig till barn ska det alltid säkerställas att barnets talan framförs och att hänsyn tas till denne i den vård och behandling som SLSO ger. Barnets medverkan och talan varierar utifrån mognad och lämplighet.

SLSO har tagit fram en riktlinje för barn som närstående. Utifrån detta har lokala rutiner utformats och arbete pågår med att etablera ett barnombud per enhet och barnsamordnare inom SLSO:s verksamheter. Andra styrande dokument ses över löpande, de olika verksamhetsområdena har kommit olika långt i detta arbete.

***Folkhälsa***
För folkhälsoarbetet följer SLSO Region Stockholms Folkhälsopolicy. I vårdverksamheten pågår strukturerat processarbete för att implementera ett systematiskt arbete med aktivt arbetssätt kring levnadsvanor i patientmötet. För detta finns web-skattningar kring levnadsvanor (enligt Nationella riktlinjer) och självskattningar kring psykisk hälsa och beroende/riskbruk för patienter i anslutning till besök och behandling. SLSO följer användning av självskattningar och utfallsmått för patientresultat i verksamheten och vårdmedarbetare kan följa resultaten för sina patienter.

En prioriterad fråga är att patienter över 13 år tillfrågas om sina rökvanor. SLSO remitterar till Sluta Röka-linjer direkt från journalsystemet TakeCare när behov finns.

För våra medarbetare arbetar SLSO aktivt med att erbjuda friskvårdsbidrag/friskvårdstimme samt möjlighet till kontakt med företagshälsovården vid upplevd stress. SLSO följer medarbetarupplevd arbetsmiljö i årliga medarbetarenkäten samt antalet sjukskrivningsdagar månatligen vid verksamhetsuppföljningarna.

***Delaktighet för personer med funktionsnedsättning***
I enlighet med FN-konventionen för personer med funktionsnedsättning förs en regelbunden dialog med intresseorganisationer som representerar personer med funktionsnedsättning, i det så kallade Samverkansrådet. Behov och synpunkter fångas upp och i de fall de inte enbart kan och ska hanteras av SLSO förs de vidare till respektive ansvarig. En balanslista finns med de åtgärder som önskas och den följs upp på varje samverkansmöte.

Policyn för uppförande, bemötande och likvärdig behandling för Region Stockholms uppförandekod och anger styrande principer för hur regionen ska bedriva och utveckla verksamheten på ett etiskt riktigt och hållbart sätt.

SLSO deltar aktivt i arbetet med policyn, tillämpningsanvisningar och checklista bland annat genom de nätverksträffar som regionen anordnar. 2018 användes checklistan för att göra en baselinemätning, ytterligare kartläggning kommer att göras under 2019.

EU:s tillgänglighetsdirektiv trädde i kraft den 23 september 2018 och med det påbörjades en inventering och uppstart av arbete med att säkerställa ökad tillgänglighet när det gäller dokument, externa webbar och mobila applikationer.

Alla ska på lika villkor kunna ta del av SLSO:s verksamheter. Alla verksamheter/enheter arbetar med att säkerställa att policyn kommer att spridas och genomsyra verksamheten. Särskilt fokus läggs på digital tillgänglighet för patienterna. Det innebär bland annat att tjänster för att kunna få inbjudan till besök via sms och mail ska vara tillgängliga för personer med funktionsnedsättning.

SLSO:s habiliteringsläkare arbetar verksamhetsområdesövergripande för att stärka hälso-sjukvårdens förmåga att erbjuda en likvärdig hälso- och sjukvård för personer med funktionsnedsättning.

Att samverka och utveckla samarbetet med andra vårdgrenar är en viktig del i att skapa en jämlik och effektiv hälso-och sjukvård. Primärvården har ansvar för

medicinsk uppföljning, behandling och intyg för de allra flesta vuxna med funktionsnedsättningar. SLSO har under 2018 tagit fram en e-kurs för primärvårdens medarbetare. Kursen ger en bra förståelse om vad utvecklingsrelaterade diagnoser innebär, vanliga hälsoproblem som är viktig att uppmärksamma och hur man bemöter vuxna patienter med intellektuell funktionsnedsättning, autism, medfödd eller tidigare förvärvad rörelse-nedsättning och flerfunktionsnedsättning.

Det finns också en webbutbildning som är obligatoriska för alla medarbetare, "Att undanröja hinder" vars syfte är att utveckla ett normkritiskt tänkande och undanröja hinder för människor med funktionsnedsättning.

# 3. Ekonomi

## 3.1 Resultatbudget

| Resultat* | Utfall 2017 | Budget 2018 | Budget 2019 | Förändring BU19/ BU18 | Plan 2020 | Plan 2021 | Plan 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Patientavgifter | 240 | 244 | 246 | 2 | 247 | 248 | 248 |
| Sålda primärtjänster | 8 592 | 9 053 | 9 506 | 454 | 9 785 | 10 063 | 10 305 |
| Försäljning övriga tjänster | 773 | 1 034 | 1 347 | 314 | 1 374 | 1 404 | 1 433 |
| Erhållna bidrag | 706 | 777 | 824 | 47 | 822 | 824 | 840 |
| *varav ersättning för omställningskostnader* | *53* | *98* | *32* | -66 | 14 | 0 | 0 |
| Övriga intäkter | 307 | 245 | 398 | 153 | 395 | 402 | 402 |
| **Verksamhetens intäkter** | **10 618** | **11 353** | **12 322** | **969** | **12 623** | **12 941** | **13 229** |
| Bemanningskostnader | -7 575 | -8 004 | -8 341 | 336 | -8 555 | -8 818 | -8 991 |
| *varav inhyrd personal* | *-221* | *0* | *-2* | *2* | *-2* | *-2* | *2* |
| Köpta primära sjukvårdstjänster | -211 | -233 | -209 | -24 | -213 | -217 | -221 |
| Köpta verksamhetsanknutna tjänster | -395 | -386 | -406 | 20 | -416 | -426 | -437 |
| Läkemedel | -186 | -199 | -286 | 86 | -293 | -299 | -306 |
| Material | -424 | -636 | -846 | 210 | -875 | -898 | -920 |
| Lokal- och fastighetskostnader | -961 | -953 | -1 014 | 62 | -1 036 | -1 053 | -1 070 |
| Övriga kostnader | -681 | -755 | -804 | 49 | -789 | -771 | -820 |
| **Verksamhetens kostnader** | **-10 433** | **-11 166** | **-11 905** | **739** | **-12 178** | **-12 485** | **-12 764** |
| *varav omställningskostnader*** | -53 | -98 | -32 | -66 | -14 | 0 | 0 |
| Avskrivningar | -80 | -82 | -218 | 136 | -239 | -251 | -259 |
| Finansnetto | | | | | | | |
| Justering pension mm. | | | | | | | |
| **Resultat** | **104** | **105** | 199 | **94** | **205** | **205** | **205** |

Regionfullmäktiges budgetbeslut innebar att resultatkravet för SLSO fastställdes till 199 mkr för 2019, vilket är en höjning av kravet med 94 mkr jämfört med 2018. För planperioden 2020-2022 fastställdes resultatkravet till 205 mkr.

### 3.1.1 Intäkter

Intäktsökningen mellan budget 2018 och budget 2019 motsvarar 8,5 %. De största förklaringsposterna till ökningen är:

- Verksamhetsförändringar enligt avsnitt 2.2.1.
- Helårseffekt av förändringar 2018 bl a
  - Förbrukningshjälpmedel i hemmet (FHH)
  - Akademiskt specialistcentrum
  - Närakuter
  - Utökning psykiatriska vårdplatser på Ytterö
- Uppräkning av vårdavtal/förfrågningsunderlag
- Förändringar av vårdavtalet för Rättspsykiatri Stockholm, vilket innebär att kostnadsansvaret för köpt rättspsykiatrisk vård överförs till HSF

### 3.1.2 Kostnader

Kostnadsökningen mellan budget 2018 och budget 2019 motsvarar 6,6 %. De största förklaringsposterna till ökningen är:

- Verksamhetsförändringar enligt avsnitt 2.1.1
- Helårseffekter enligt ovan
- Löne- och prisuppräkningar
- Ökat personalomkostnadspålägg från 47,07% till 47,71%
- Ökat kostnadsansvar för läkemedel enligt läkemedelsförmånen inom psykiatrins öppenvård
- Förändringar av kostnadsansvar för köpt rättspsykiatrisk vård enligt ovan

***Övriga kostnadsslag, avskrivningar och finansnetto***
Kostnadsutvecklingen hänförs framförallt till verksamhetsförändringar samt prisuppräkningar. Prisökning för övriga varor och tjänster beräknas uppgå till 2,0 % enligt prognos från SKL för KPIF (underliggande inflation och syftar till att ta bort effekten av förändrade räntesatser).

Avskrivningskostnaderna har ökat kraftigt från 2019 framförallt p.g.a. av ändrade redovisningsprinciper avseende hjälpmedelslager som från 2019 klassificeras som materiella anläggningstillgångar istället för lager. Detta innebär att kostnaderna flyttas från övriga kostnader till avskrivnings-kostnader. Även start av nya verksamheter ex närakuter och akademiskt specialistcentrum har bidragit till ökade avskrivningskostnader. Dessa verksamheter investeringar var inte budgeterade 2018. Därutöver ökar volymerna inom hjälpmedelsverksamheterna.

### *Bemanning*

Bemanningskostnaderna beräknas öka med 4,2 % jämfört med budget 2018. Lönerevisionen beräknas uppgå till max 2,3 % fr o m 1 april 2019. Inhyrd personal har i princip inte budgeterats. Merparten av ökningar beror på de verksamhetsförändringar som tidigare beskrivits och redovisas i nedanstående tabell

| FÖRÄNDRING AV ANTAL HELÅRSARBETEN (närvaro- och frånvarotid exkl extratid) | BU 2018 | BU 2019 | BU 2020 | BU 2021 | BU 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Totalt antal helårsarbeten** | **11 104** | **11 415** | **11 505** | **11 595** | **11 595** |
| ***nytt uppdrag per förändring*** | | | | | |
| Sesam City | | *11* | | | |
| Ungdomsmottagningarna Haninge och Gullmarsplan | | *15* | | | |
| Överviktscentrum | | *15* | | | |
| 8 nya vårdplatser Beroendecentrum | | *15* | | | |
| Utökat vårdplatsantal psykiatri | | *8* | | | |
| Sprutbytesenhet | | *3* | | | |
| Driftstart geriatrik Sollentuna | | *9* | | | |
| ***minskat uppdrag per förändring*** | | | | | |
| Nedläggning kostverksamheten | | *-6* | | | |
| Nedläggning team ASiH | | *-7* | | | |
| Nedläggning Äldredoktorn | | *-3* | | | |

## 3.2 Balansräkning

| Balansräkning Mkr | AC1812 (Controller) | BU1912 (Controller) | Plan 2020 | Plan 2021 | Plan 2022 |
|---|---|---|---|---|---|
| **ANLÄGGNINGSTILLGÅNGAR** | | | | | |
| Materiella anläggningstillgångar | 251 | 625 | 582 | 590 | 593 |
| **Summa anläggningstillgångar** | **251** | **625** | **582** | **590** | **593** |
| **Omsättningstillgångar** | 2 009 | 1 834 | 2 082 | 2 279 | 2 480 |
| *- varav kassa och bank* | 86 | 286 | 534 | 730 | 932 |
| **TILLGÅNGAR** | **2 260** | **2 459** | **2 664** | **2 869** | **3 074** |
| **EGET KAPITAL** | | | | | |
| Eget kapital | 667 | 866 | 1 071 | 1 276 | 1 481 |
| *- varav årets resultat* | *52* | *199* | *205* | *205* | *205* |
| **SKULDER** | | | | | |
| Långfristiga skulder | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Kortfristiga skulder | 1 593 | 1 593 | 1 593 | 1 593 | 1 593 |
| **Summa skulder** | **1 593** | **1 593** | **1 593** | **1 593** | **1 593** |
| **EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER** | **2 260** | **2 459** | **2 664** | **2 869** | **3 074** |

Anläggningstillgångarna ökar mellan bokslut 2018 och budget 2019 med 374 mkr. Detta hänförs till:

- I budget 2019 ändras redovisningsprinciper avseende hjälpmedel vilket innebär att dessa redovisas som anläggningstillgångar istället för omsättningstillgångar
- Strategiska utrustningsinvesteringar för Psykiatri sydväst, Närakuter och Akademiskt specialistcentrum har tillkommit utöver ordinarie investeringsram

Omsättningstillgångarna minskar bla på grund av de ändrade redovisnings-principerna för hjälpmedel.

Kassa och bank ökar med 200 mkr mellan 2018 och 2019. I kassa och bank 2019 har inte reducering skett med årets resultat enligt anvisningar från regionledningskontoret. Detta regleras först efter att fullmäktige fastställt årsbokslutet för hela regionen. Detta gäller även planåren.

## 3.3 Investeringar

| Investeringar<br>Mkr | BU<br>2018 | BU<br>2019 | Plan<br>2020 | Plan<br>2021 | Plan<br>2022 | Plan<br>2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Medicinteknisk utrusning/inventarier | 158 | 184 | 214 | 233 | 257 | 260 |
| It utrustning | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 |
| Ombyggnation extern hyrda lokaler | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| **Totalt investeringar** | **213** | **238,6** | **268,6** | **287,6** | **312,4** | **315,4** |

Investeringsbudgeten för 2019 och plan åren utökas succesivt. Detta förklaras bland annat av investeringsutrymme för utbyggnad av Rättspsykiatri på Helix år 2021-2023.

Utöver ovan redovisad investeringsbudget finns medel för strategiska utrustningsinvesteringar på Regionstyrelsens förvaltning kopplade till SLSO:s FHS relaterade objekt:

- Sollentuna sjukhus
- Psykiatri på Nacka sjukhus
- Psykiatri på Huddinge sjukhus

# 4. Bilagor:

1. Mål och indikatorer
2. Internkontrollplan 2019

# Bilaga 1: Mål och indikatorer- SLSO

## Reviderad version 20181214

**RF= Regionfullmäktige, RLK = Regionledningskontoret**
**Röd färg= ändring i förhållande till Budget 2019**

| Be-slut-ad av | Övergripande mål, mål och indikatorer | Utfall 2017 RF | Utfall 2017 Nämnd bolag | Mål 2018 RF | Mål 2018 Nämnd bolag | Mål 2019 RF | Mål 2019 Nämnd bolag |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RF** | **KONCERNGEMENSAMMA MÅL** | | | | | | |
| **RF** | **LÅNGSIKTIGT HÅLLBAR EKONOMI** | | | | | | |
| RF | **Ett resultat i balans** | | | | | | |
| | Ett positivt resultat enligt balanskravet | 1474 mkr | | | | 450 mkr | |
| RLK | Resultat före omställningskostnader | | 104 mkr | | 105 mkr | 199 mkr | 199 mkr |
| SLSO | Resultatenheter med ekonomi i balans (resultat jmf med budget) | | 45 % | | 80 % | - | 80 % |
| SLSO | Produktivitet produktion/kostnad | | -0,8% | | 1 % | - | 1% |
| SLSO | Produktivitet produktion/arbetad timma | | | | | | > 201 |
| SLSO | RE med positiv produktivitetsutveckling | | 38 % | | - | - | 70 % |
| RF | **Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar** | | | | | | |
| **RF** | **Hållbar investeringsutveckling** | | | | | | |
| | | | | | | | |
| RF | **EN HÅLLBAR REGION STOCKHOLM** | | | | | | |
| **RF** | **Social hållbarhet** | | | | | | |
| | Indikator att utveckla: Social hållbarhet | | | | | | n/a [1] |
| SLSO | Antalet anställda som den vid slutet av året har en sammanhängande sjukfrånvaroperiod på 90 dagar | | 344 | | | | >320 |
| **RF** | **Stockholmsregionen ska inom fem år vara en av Europas fem ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa** | | | | | | |
| RKL | Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för arbete med innovationer på ett systematiskt sätt | | | | | | Ja |
| **RF** | Indikator att utveckla: Andel svar inom tio dagar på intresseförfrågningar från life science-bolag om att delta i kliniska studier | | | | | | n/a [1] |
| **RF** | Indikator att utveckla: Antalet kliniska prövningar ska öka | | | | | | n/a [1] |
| SLSO | FoUU-medel | | | | | | >2018 |
| SLSO | Antal disputationer senaste treårsperioden | | | | | | >2018 |
| SLSO | Antal nya docenter | | | | | | >2018 |
| SLSO | Studerande veckor | | | | | | >2018 |
| SLSO | Resultat av studentenkät | | | | | | >2018 |
| **RF** | **Region Stockholms påverkan på klimatet ska minska** | | | | | | |
| **RF** | Verksamhets- och fastighetsenergi i fastigheter ägda av Region Stockholm, kWh/kvm (A-temp) | -14 | | | | ≥-16 | ≥-16 |

| Be-slut-ad av | Övergripande mål, mål och indikatorer | Utfall 2017 RF | Utfall 2017 Nämnd bolag | Mål 2018 RF | Mål 2018 Nämnd bolag | Mål 2019 RF | Mål 2019 Nämnd bolag |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RF | Andelen ägda och leasade fordon som drivs på förnybara drivmedel inom Region Stockholms nämnder och bolag | | | | | | |
| **RF** | Klimatpåverkan från utsläpp av växthusgaser, ton koldioxidekvivalenter | 45 % | | ≥-42 % | | ≥-48 % | ≥-48 % |
| **RF** | Klimatpåverkan från patientmåltider, ton koldioxidekvivalenter | | | | | | |
| **RF** | Indikator att utveckla: Miljöpåverkan från användning av läkemedel | | | | | | |
| **RF** | Klimatpåverkan från Region Stockholms tjänsteresor, ton koldioxidekvivalenter | | | | | | |
| **RF** | Andelen ekologiska livsmedel i regionens egna verksamheter, i procent | | | | ≥40% | | ≥45% |
| **RF** | Andelen lokalproducerade livsmedel, i procent | | | | | | |
| RF | **Region Stockholm ska upprätthålla sina samhällsviktiga funktioner vid extraordinära händelser och klimatförändringar** | | | | | | |
| **RF** | Indikator att utveckla: Säkra processer | | | | | | n/a [3] |
| **RF** | Indikator att utveckla: Krisberedskap | | | | | | n/a [3] |
| **RF** | **Skattepengar ska frigöras till kärnverksamhet** | | | | | | |
| **RF** | Indikator att utveckla: Administrationens andel av de totala kostnaderna | | | | | | n/a [3] |
| | | | | | | | |
| **RF** | **STOCKHOLMSREGIONEN SKA VARA EUROPAS MEST ATTRAKTIVA TILLVÄXTREGION** | | | | | | |
| **RF** | **Skapa goda förutsättningar för en väl fungerande samhällsplanering** | | | | | | |
| RF | Indikator att utveckla | | | | | | |
| **RF** | **Bidra till ett transporteffektivt samhälle i Stockholmsregionen** | | | | | | |
| **RF** | Indikator att utveckla | | | | | | |
| **RF** | **Stärka strategiska forskningsstråk och innovationsmiljöer i Stockholmsregionen** | | | | | | |
| **RF** | Indikator att utveckla | | | | | | |
| | | | | | | | |
| **RF** | **REGION STOCKHOLM SKA VARA EN ATTRAKTIV ARBETSGIVARE** | | | | | | |
| **RF** | **Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare** | | | | | | |
| **RF** | Personalomsättning | 12 % | | | | ≤ 10 % | |
| **RF** | Andel av medarbetarna som uppger att de under året haft ett individuellt medarbetarsamtal med sin närmaste chef | 80 % | | | | 100 % | |
| **RF** | Kompetenssstegen för sjuksköterskor implementerad | | | | | | |
| **RF** | Medarbetarindex | 76 | | ≥ 76 | | ≥ 76 | |
| RF | Chefsindex | | | | | | |
| SLSO | Kvarstannandegrad | | | | | | ≥ 80% |
| **RF** | Andel av medarbetare som utsätts för hot och våld på arbetet | | | | | Minska | |

| Be-slut-ad av | Övergripande mål, mål och indikatorer | Utfall 2017 RF | Utfall 2017 Nämnd bolag | Mål 2018 RF | Mål 2018 Nämnd bolag | Mål 2019 RF | Mål 2019 Nämnd bolag |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RF | Andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid | 6,3 % | | | | | |
| RF | **Systematisk kompetensförsörjning** | | | | | | |
| RF | Antalet sjuksköterskor som utbildat sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska med bibehållen lön | | | | | | |
| RF | Antalet anställda AT-läkare | | | | | | |
| RF | Antalet anställda ST-läkare | | | | | | |
| SLSO | Andel inhyrd personal (av vårdpersonal) | | | | | | ≥ 2% |
| SLSO | Andel verksamheter som har mer än 2% andel inhyrd personal | | | | | | < 2018 |
| | | | | | | | |
| | **Mål för kärnverksamheterna** | | | | | | |
| RF | **Övergripande mål för hälso- och sjukvården** | | | | | | |
| RF | **HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I STOCKHOLM SKA PRÄGLAS AV KORTA VÅRDKÖER, HÖG TILLGÄNGLIGHET, GOD KVALITET OCH INVÅNARENS MÖJLIGHET ATT SJÄLV VÄLJA VÅRDGIVARE** | | | | | | |
| RF | **Vård på rätt plats** | | | | | | |
| RF | Andel specialistläkarbesök utanför akutsjukhus | 53 % | | ≥ 55,0 % | | ≥ 57,0 % | n/a [1] |
| RF | Andel besök på närakuter av det totala antalet besök på närakuter och akutsjukhusens akutmottagningar | 38,1 % | | ≥ 40,0 % | | ≥ 45,0 % | n/a [1] |
| RF | **Vård i rätt tid** | | | | | | |
| RF | Indikator att utveckla: Andel patienter som får kontakt med sin vårdcentral samma dag | | | | | | n/a [2] |
| RF | Indikator att utveckla; Andel patienter som får svar inom den digitala vårdgarantin | | | | | | n/a [2] |
| RF | Indikator att utveckla: Andel patienter som får vård inom 3 dagar hos primärvård | | | | | | n/a [2] |
| RF | Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar | 72 % | | ≥ 73,0 % | | ≥ 73,0 % | ≥ 73,0 % |
| RF | Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar | 84 % | | ≥ 90,0 % | | ≥ 90,0 % | ≥ 90,0 % |
| RF | Andel patienter som får tid för behandling inom 60 dagar | | | | | | |
| RF | **Säker vård** | | | | | | |
| RF | Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner | 8,2 % | | ≤ 8,1 % | | ≤ 7,9 % | ≤ 7,9 % |
| RF | Återinläggning inom 7 dagar inom slutenvården (för personer 80+) | 8,3 % | | ≤ 7,5 % | | ≤ 7,5 % | ≤ 7,5 % |
| RF | Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 invånare) | 331 | | ≤ 325 | | ≤ 314 | ≤ 314 |
| SLSO | Kontinuitet i vården – andel patienter som träffar samma läkare/behandlare | | | | | | öka |
| SLSO | Kvalitetsindex | | | | | | ≤ 50% |
| RF | **Effektiv vård** | | | | | | |
| RF | Antal avslutade ärenden i 1177 Vårdguidens e-tjänster per 1 000 invånare och månad | 24,1 | | ≥ 22,5 | | ≥ 29 | n/a [1] |
| RF | Antal dagar medicinskt färdigbehandlade patienter är kvar på sjukhus | | | | | | n/a [2] |
| RF | Indikator att utveckla: Hög produktivitet i vården | | | | | | n/a [2] |
| RF | Indikator att utveckla: Hög effektivitet i vården | | | | | | n/a [2] |

| Be-slut-ad av | Övergripande mål, mål och indikatorer | Utfall 2017 RF | Utfall 2017 Nämnd bolag | Mål 2018 RF | Mål 2018 Nämnd bolag | Mål 2019 RF | Mål 2019 Nämnd bolag |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SLSO | Följsamhet till kloka listan (utan tilläggslista) | | | | | | ≥ 86 % |
| **RF** | **God folkhälsa** | | | | | | |
| **RF** | Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete | 67,4 % | | ≥ 70,0 % | | ≥ 75,0 % | ≥ 75,0 % |
| **RF** | **Högt förtroende för vården** | | | | | | |
| **RF** | Andel av befolkningen som har ett stort förtroende för vården | 60 % | | ≥ 65,0 % | | ≥ 65,0 % | ≥ 65,0 % |
| **RF** | Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra | 78 % | | ≥ 82,0 % | | ≥ 82,0 % | ≥ 82,0 % |
| SLSO | Andel patienter som känner sig delaktig i vården | | | | | | ≥ 80 % |
| | | | | | | | |

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2019-100

Bilaga 2

Stockholms läns sjukvårdsområde

# Plan för intern kontroll 2019

Verksamhetsplan

# Innehållsförteckning

1 **Bakgrund** ..... 3

2 **Sammanfattning** ..... 4

3 **Intern kontroll** ..... 6

4 **Sammanställning av risker** ..... 10

5 **Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment** ..... 13

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2019-100

Stockholms läns sjukvårdsområde
Plan för intern kontroll 2019

# 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 riskanalys och internkontrollplan sker i enlighet med anvisningarna från regionstyrelsens förvaltning. Arbetet sker tidsmässigt parallellt med budgetarbetet. Internkontrollplanen för 2019 fastställs av styrelsen i samband med verksamhetsplan 2019.

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

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

## 2.2 Resultat och analys från riskbedömningen

SLSO utarbetar årligen en internkontrollplan, i enlighet med Region Stockholms gällande policy för intern kontroll. Detta sker i anslutning till arbetet med budget och verksamhetsplan. Internkontrollplanen för 2019 ska fastställas av styrelsen i samband med verksamhetsplan 2019.

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

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

Arbetet med intern kontroll utgår från en bred och omfattande riskanalys, som gjordes inför utarbetande av internkontrollplan för 2017. Den riskbedömningen gäller i stort även inför de närmast följande åren och någon mer omfattande riskanalys har därför inte gjorts inför internkontrollplan 2019. I samband med bedömningen av riskerna identifierade i riskanalysen har det däremot skett en viss förändring av de risker som tas upp inom ramen för internkontrollplan 2019.

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2019-100

Stockholms läns sjukvårdsområde
Plan för intern kontroll 2019

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

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

Risker i varierande grad finns när det gäller såväl tillgänglighet och patientsäkerhet samt styrning och ledarskap. När det gäller patientsäkerheten pågår ett arbete att tydliggöra ansvar och roller.

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

# 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 kontoll 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 fastsällda rutiner.

## 3.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter

### 3.2.1 Förändrade förutsättningar för intern kontroll

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

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

### 3.2.2 Analys och slutsatser

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

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

Risker i varierande grad finns när det gäller såväl tillgänglighet och patientsäkerhet samt styrning och ledarskap. När det gäller patientsäkerheten pågår ett arbete att tydliggöra ansvar och roller.

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

## 3.3 Information och kommunikation

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

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

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

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

## 3.4 Övervakning

### 3.4.1 Efterlevnad av styrande dokument

Den interna styrningen utgår ifrån regionfullmäktiges beslut om mål och budget och reglemente. Därtill kommer särskilda policyer, program och planer inom olika områden såsom miljö/hållbarhet, IT, socialt ansvarstagande 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.

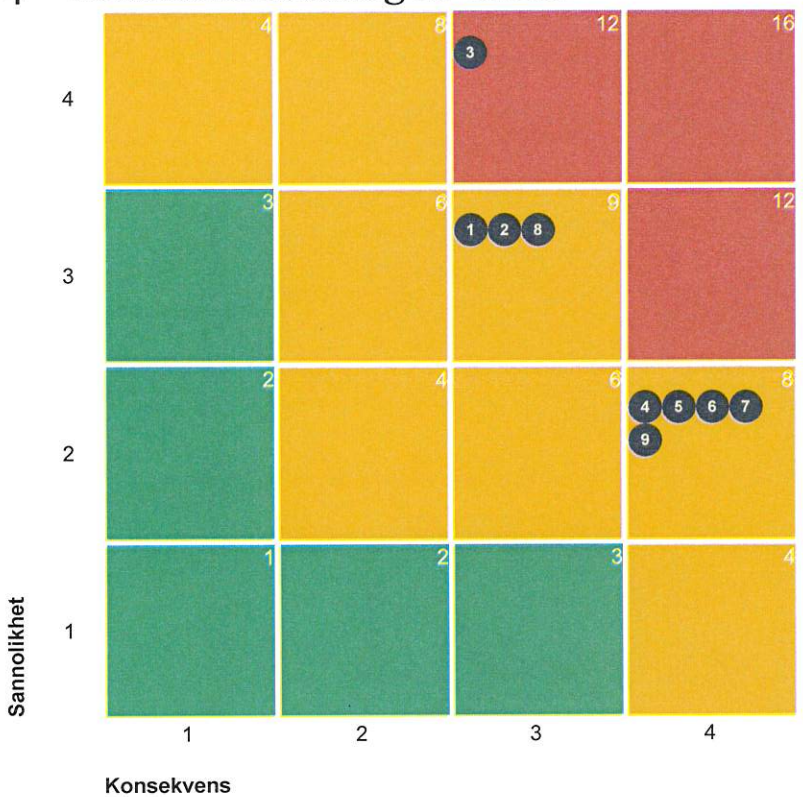
SLSO har utifrån denna styr- och ledningsprocess förtydligat förvaltningens ledningssystem genom att styrning av verksamhet samt styrning utifrån de certifieringar som förvaltningen är certifierade för, kvalitet ISO 9001, arbetsmiljö OHSAS 18001 samt miljö ISO 14001 följer Region Stockholms struktur. 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 2019.

### 3.4.2 Hantering av brister och avvikelser

Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde har tagit fram en plan för intern kontroll för 2019. 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 2019 finns ett flertal ekonomisk risker och ett särskilt fokus kommer att läggas på ekonomi i balans under 2019.

# 4 Sammanställning av risker




Hög
Medium
Låg

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

1 Hög 8 Medium Totalt: 9

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2019-100

Stockholms läns sjukvårdsområde
Plan för intern kontroll 2019

| Mål | Lokala mål | Risk | | | | | Riskägare |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ett resultat i balans** | | 1 | | 10913 | → | **Bristande affärsmässighet/kostnadsmedvetande** | **Riskägare** Karin Persson |
| | | 2 | | 11919 | – | **Ojämnt ekonomiskt resultat inom SLSO:s olika delar** | **Riskägare** Karin Persson |
| **Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare** | | 3 | | 11922 | – | **Ökad svårighet att rekrytera personal** | **Riskägare** Karin Persson |
| **Systematisk kompetensförsörjning** | | 4 | | 11923 | – | **Bristande ledarskap** | **Riskägare** Karin Persson |
| **Vård i rätt tid** | | 5 | | 10908 | → | **Bristande tillgänglighet** | **Riskägare** Karin Persson |
| **Säker vård** | | 6 | | 11924 | – | **Bristande patientsäkerhet - felbehandlingar** | **Riskägare** Karin Persson |
| | | 7 | | 11925 | – | **Bristande patientsäkerhet - bristfälliga rutiner** | **Riskägare** Karin Persson |

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2019-100

Stockholms läns sjukvårdsområde
Plan för intern kontroll 2019

| Mål | Lokala mål | Risk | | | | | Riskägare |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Effektiv vård** | | 8 | | 11928 | – | **Brister i informationssäkerheten** | **Riskägare** Karin Persson |
| | | 9 | | 11929 | – | **Bristande följsamhet till dataskyddsförordningen** | **Riskägare** Karin Persson |

# 5 Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment

## 5.1 Ett resultat i balans

### 5.1.1 Bristande affärsmässighet/kostnadsmedvetande

| | Riskvärde | Riskbeskrivning | Riskägare |
|---|---|---|---|
| 10913 | 9 | Bristande förmåga att anpassa kostnader till ändrad ersättning. Risk för fler RE med ekonomiskt underskott, bl.a. som en följd av generella och opåverkbara kostnadsökningar och begränsande eller inga höjningar av ersättningar från HSF. Svårigheter att få avveckla verksamheter, om åtgärder inte bedöms möjliga eller tillräckliga | Karin Persson |
| | **Sannolikhet** | | **Risksamordnare** |
| | 3 | | Jennie Portnoff |
| | **Konsekvens** | | |
| | 3 | | |

**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.

**Kontrollmoment**

**Namn**
Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar
**Kontrollansvarig**
Jennie Portnoff

**Frekvens**
Månatligen

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2019-100

Stockholms läns sjukvårdsområde
Plan för intern kontroll 2019

**Kontrollmoment**

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

***Kommentar***

**Åtgärder**

| **Namn** | **Startdatum** | **Slutdatum** | **Status** |
|---|---|---|---|
| Uppföljning av ekonomi | 2019-01-01 | 2019-12-31 | – |

**Åtgärdsansvarig**
Karin Persson

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

***Kommentar***

**Åtgärder**

## 5.1.2 Ojämnt ekonomiskt resultat inom SLSO:s olika delar

| | | |
|---|---|---|
| 11919 | **Riskvärde**<br>9 | **Riskbeskrivning**<br>Säkerställa ekonomisk bärkraftighet och minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas ekonomiska resultat. |
| | **Sannolikhet**<br>3 | **Konsekvens**<br>Risk för att inte uppnå ett resultat i balans. |
| | **Konsekvens**<br>3 | |

**Riskägare**
Karin Persson
**Risksamordnare**
Jennie Portnoff

**Kontrollmoment**

**Namn**
Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamhetsområdena
**Kontrollansvarig**
Jennie Portnoff

**Frekvens**
Månadsuppföljning

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2019-100

Stockholms läns sjukvårdsområde
Plan för intern kontroll 2019

**Kontrollmoment**

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

***Kommentar***

**Åtgärder**

| Namn | Startdatum | Slutdatum | Status |
|---|---|---|---|
| Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner | 2019-01-01 | 2019-12-31 | – |

**Åtgärdsansvarig**
Karin Persson

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

***Kommentar***

## 5.2 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

### 5.2.1 Ökad svårighet att rekrytera personal

| | Riskvärde | Riskbeskrivning | Riskägare |
|---|---|---|---|
| 11922 | 12 | Svårt att upprätthålla produktion och kontinuitet på grund av rekryteringsproblem | Karin Persson |
| | Sannolikhet | Konsekvens | Risksamordnare |
| | 4 | Kan ge brister i patientsäkerhet och försämrad ekonomi. | Jennie Portnoff |
| | Konsekvens | | |
| | 3 | | |

**Kontrollmoment**

**Namn**
Löpande uppföljning för att säkerställa kompetensförsörjningen
**Kontrollansvarig**
Jennie Portnoff

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

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

***Kommentar***

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2019-100

Stockholms läns sjukvårdsområde
Plan för intern kontroll 2019

**Kontrollmoment**

**Åtgärder**

| Namn | Startdatum | Slutdatum | Status |
|---|---|---|---|
| Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning. | 2019-01-01 | 2019-12-31 | – |

**Åtgärdsansvarig**
Karin Persson

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

***Kommentar***

# 5.3 Systematisk kompetensförsörjning

## 5.3.1 Bristande ledarskap

| | Riskvärde | Riskbeskrivning | Riskägare |
|---|---|---|---|
| 11923 | 8 | Verksamhetschefen är en nyckelroll i SLSO:s styr- och ledningsmodell. Ska ges stöd att ha förutsättningar att kunna ta sitt ansvar. Om chefer sviktar eller brister i sitt uppdrag, äventyras både kvalitet och ekonomi. | Karin Persson |
| | Sannolikhet | | Risksamordnare |
| | 2 | | Jennie Portnoff |
| | Konsekvens | Konsekvens | |
| | 4 | Kan ge brister i patientsäkerhet och försämrad ekonomi. | |

**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.

**Kontrollmoment**

***Kommentar***

**Åtgärder**

| Namn | Startdatum | Slutdatum | Status |
|---|---|---|---|
| Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer | 2019-01-01 | 2019-12-31 | – |

**Åtgärdsansvarig**
Karin Persson

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

***Kommentar***

## 5.4 Vård i rätt tid

### 5.4.1 Bristande tillgänglighet

| | Riskvärde | Riskbeskrivning | Riskägare |
|---|---|---|---|
| 10908 | 8 | För långa väntetider. Bristande kvalitet för patienten. Bristande måluppfyllelse. Bristande | Karin Persson |

**Sannolikhet** tillgänglighet kan leda till vårdskada.
2 **Konsekvens**
**Konsekvens** Onödig väntan för patienten, kan leda till ökad oro och senare insatt behandling.
4

**Risksamordnare**
Jennie Portnoff

**Kontrollmoment**

**Namn**
Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort
**Kontrollansvarig**
Jennie Portnoff

**Frekvens**
T1, delår och bokslut

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

***Kommentar***

**Åtgärder**

| Namn | Startdatum | Slutdatum | Status |
|---|---|---|---|
| Uteveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen | 2019-01-01 | 2019-12-31 | – |

**Åtgärdsansvarig**
Karin Persson

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

***Kommentar***

## 5.5 Säker vård

### 5.5.1 Bristande patientsäkerhet - felbehandlingar

11924

**Riskvärde**
8

**Sannolikhet**
2

**Konsekvens**
4

**Riskbeskrivning**
Risk för felbehandling missad diagnos, biverkningar och ej förutsedda effekter av behandling. Vårdskada.

**Konsekvens**
Patienten får skada av mer eller mindre allvarlig art.

**Riskägare**
Karin Persson

**Risksamordnare**
Jennie Portnoff

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2019-100

Stockholms läns sjukvårdsområde
Plan för intern kontroll 2019

**Kontrollmoment**

**Namn**
Systematiska granskningar, journalgranskningar och kollegial revision
**Kontrollansvarig**
Jennie Portnoff

**Frekvens**
Årligen

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

***Kommentar***

**Åtgärder**

| Namn | Startdatum | Slutdatum | Status |
|---|---|---|---|
| Lärande organisation genom kollegial revision<br>**Åtgärdsansvarig**<br>Karin Persson | 2019-01-01 | 2019-12-31 | – |

**Åtgärder**

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

***Kommentar***

## 5.5.2 Bristande patientsäkerhet - bristfälliga rutiner

11925

**Riskvärde**
8

**Sannolikhet**
2

**Konsekvens**
4

**Riskbeskrivning**
Bristfälliga rutiner för att identifiera patientsäkerhetsrisker. Risk för underrapportering avvikelser och brister i analys, uppföljning och åtgärder. Samma risk avseende klagomål

**Konsekvens**
Bristande förebyggande arbete kan leda till vårdskada.

**Riskägare**
Karin Persson

**Risksamordnare**
Jennie Portnoff

**Kontrollmoment**

**Namn**
Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet

**Kontrollansvarig**
Jennie Portnoff

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2019-100

Stockholms läns sjukvårdsområde
Plan för intern kontroll 2019

**Kontrollmoment**

**Frekvens**
Årligen

**Beskrivning**
Löpande uppföljning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsberättelser.

***Kommentar***

**Åtgärder**

| **Namn** | **Startdatum** | **Slutdatum** | **Status** |
|---|---|---|---|
| Ledningssystem för patientsäkerhetsarbetet | 2019-01-01 | 2019-12-31 | |

**Åtgärdsansvarig**
Karin Persson

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

***Kommentar***

**Åtgärder**

## 5.6 Effektiv vård

### 5.6.1 Brister i informationssäkerheten

11928

**Riskvärde**
9

**Sannolikhet**
3

**Konsekvens**
3

**Riskbeskrivning**
Risk att inte leva upp till regionens riktlinjer för informationssäkerhet.

**Konsekvens**
Ökande risker för dålig hantering av integritetskänsliga uppgifter.

**Riskägare**
Karin Persson

**Risksamordnare**
Jennie Portnoff

**Kontrollmoment**

**Namn**
Uppföljning av inrapporterade incidenter

**Kontrollansvarig**
Jennie Portnoff

**Frekvens**
Årligen

Stockholms läns sjukvårdsområde
Plan för intern kontroll 2019

**Kontrollmoment**

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

***Kommentar***

**Åtgärder**

| Namn | Startdatum | Slutdatum | Status |
|---|---|---|---|
| Riktlinjer framtagna | 2019-01-01 | 2019-12-31 | – |

**Åtgärdsbeskrivning**
Riktlinjer framtagna för informationssäkerhet framtagna. Systematisk uppföljning.

***Kommentar***

## 5.6.2 Bristande följsamhet till dataskyddsförordningen

11929

**Riskvärde**
8

**Sannolikhet**
2

**Konsekvens**
4

**Riskbeskrivning**
Risk att vi inte lever upp till dataskyddsförordningen.

**Konsekvens**
Ökande risk för dålig hantering av integritetskänsliga uppgifter.

**Riskägare**
Karin Persson

**Risksamordnare**
Jennie Portnoff

**Kontrollmoment**

**Namn**
Systematisk uppföljning av hantering av personuppgifter

**Kontrollansvarig**
Jennie Portnoff

**Frekvens**
Löpande

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

***Kommentar***

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2019-100

Stockholms läns sjukvårdsområde
Plan för intern kontroll 2019

**Kontrollmoment**

**Åtgärder**

| Namn | Startdatum | Slutdatum | Status |
|---|---|---|---|
| Öka kunskapen om dataskyddsförordningen | 2019-01-01 | 2019-12-31 | – |

**Åtgärdsansvarig**
Karin Persson

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

***Kommentar***