Stockholms läns sjukvårdsområde
Sjukvårdsdirektören

BESLUTSUNDERLAG
2023-09-13

SLSO 2023-1398
RS 2023-0407

Delårsrapport för Stockholms läns sjukvårdsområde 2023-08-31

Rapport för delår 2023 för Stockholms läns sjukvårdsområde har upprättats enligt regionstyrelsens beslut och enligt anvisningar från regionstyrelsens förvaltning.

Förslag till beslut

Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att godkänna delårsrapport per 2023-08-31 med rapport och bilagor, samt

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Karin Persson
Tf. Sjukvårdsdirektör/Ekonomidirektör

Bifogas
Delårsrapport med bilagor

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2023-0407
SLSO 2023-1398

Stockholms läns sjukvårdsområde

Delårsrapport

Augusti 2023

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens kommentar 4
1.1 Väsentliga händelser 4
1.2 Ledningens åtgärder 5

2 Styrning och ledning 7
2.1 Mål 7
2.1.1 God ekonomisk hushållning 7
2.1.2 Behovsstyrd hälso- och sjukvård av god kvalitet 7
2.1.3 En hållbar regional utveckling 9
2.1.4 God och hållbar arbetsgivare 13
2.2 Uppdrag 14
2.3 Intern kontroll 14
2.3.1 Arbetet med intern kontroll 14
2.3.2 Risker, åtgärder och kontroller 15
2.3.3 Försäkran 16

3 Verksamhet 17
3.1 Vårdproduktion 17
3.1.1 Vårdproduktion-prognos 20
3.2 Produktivitet 21

4 Personal 23
4.1 Helårsarbeten 25
4.1.1 Helårsarbeten-prognos 27
4.2 Sjukfrånvaro 27

5 Ekonomi 30
5.1 Resultat 30
5.1.1 Resultat-prognos 33
5.1.2 Personalkostnader inklusive inhyrd personal 34
5.1.3 Återrapportering medel för åtgärder god ekonomisk hushållning 36
5.1.4 Säsongsvariationer (krav på återrapportering endast i delår) 36
5.2 Investeringar 37
5.2.1 Kommande investeringsbeslut för investeringsobjekt > 300 mkr 38

Bilagor

Bilaga 1: Bilaga 1 Åtgärdsplan SLSO 2023

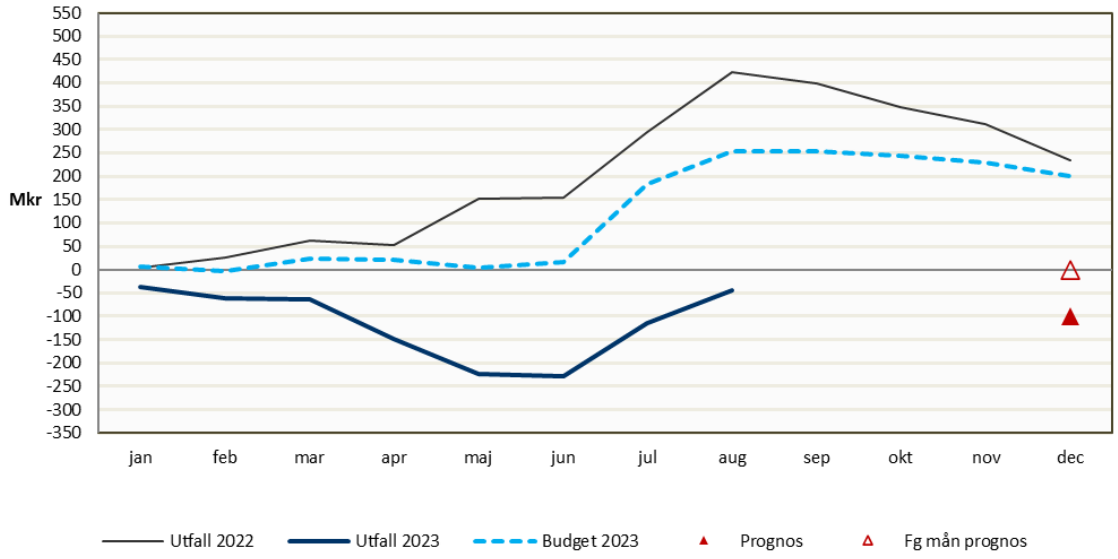
Bilaga 2: Plan för intern kontroll delår 2023

Bilaga 3: Sammanställning av mål, risker, kontroller och åtgärder delår

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

1 Förvaltningschefens kommentar

1.1 Väsentliga händelser



Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) redovisar ackumulerat för augusti ett negativt resultat på 44,4 mkr, vilket är 297,6 mkr sämre än budget och 423,2 mkr sämre än samma period föregående år. Samtliga vårdgrenar redovisar resultat som avviker negativt från budget.

Verksamhetens intäkter utfaller 159,8 mkr (1,6 %) högre än budget och 906,3 mkr (9,8 %) högre än samma period föregående år. Främst har intäkter kopplade till FoUU samt externa projekt utfallit högre än budget. Tillskott av ersättningar till vårdavtal (psykiatri) efter att budget för 2023 rapporterats har också bidragit till ökningen jämfört med budget. Ökningen jämfört med föregående år förklaras i stort av kompensationen från Region Stockholm för ökade po-påläggskostnader under 2023. Samtliga vårdgrenar visar också ökade produktionsintäkter jämfört med samma period föregående år. Det hänger främst ihop med att produktionen under januari-mars 2022 var negativt påverkad av covid-19.

Utökade vårduppdrag inom somatisk specialistvård, nya vårdavtal för psykiatrin, indexuppräkning inom primärvården samt ökade försäljningsvolymer inom hjälpmedelsverksamheten bidrar också till intäktsökningen mellan åren.

Verksamhetens kostnader utfaller 457,4 mkr (4,7 %) högre än budget och 1 373,9 mkr (15,6 %) högre än samma period föregående år. Främst har kostnader för bemanning (inklusive inhyrd personal) och material ökat mer än förväntat. Ökade personalkostnader är en effekt av det högre po-pålägg under 2023 samt årets

lönerevision som utfallit högre än budgeterat. Ökningen mellan åren förklaras i huvudsak av kraftigt högre personalkostnader till följd av det ökade po-pålägget under 2023. Kostnader för inhyrd personal visar också en ökning mellan åren. Det rådande höga inflationsläget har resulterat i väsentligt ökade kostnader 2023 för lokalhyra och övriga driftskostnader. Kostnader för material ökar väsentligt och beror på dels stigande priser, kopplat till inflationen 2023, dels högre volymer inom Hjälpmedelsverksamheten.

Årsprognos

SLSO:s prognos för år 2023 justeras ner till ett negativt ekonomiskt resultat på 100 mkr. Detta innebär en negativ avvikelse mot resultatkravet med 301 mkr.

Den åtgärdsplan som upprättades i samband med fastställande av verksamhetsplan 2023 förväntas inte täcka de kostnadsökningar som prognostiseras. Framför allt har verksamhetens kostnader ökat mer än förväntat avseende framför allt:

- högre po-pålägg än budgeterat p.g.a. förändringar i Region Stockholms pensionsavtal
- högre lönerevision än budget
- högre inflationsläge som driver kostnadsökning mer än förväntat

1.2 Ledningens åtgärder

För att säkerställa en långsiktig hållbar ekonomi har samtliga verksamheter getts uppdraget att upprätta plan för ekonomi i balans. En SLSO övergripande handlingsplan som konsoliderar effekterna av verksamheternas åtgärder samt gemensamma övergripande åtgärder har tagits fram.

I SLSO:s övergripande åtgärdsplan för ekonomi i balans finns åtgärder för bland annat minska bemanningskostnader (inkl. inhyrd personal), minska administrativa kostnader, produktivitetsökning mm. Upprättad åtgärdsplan omfattar åtgärder om 227 mkr, där den största posten avser minskade bemanningskostnader på 115 mkr, produktivitetsökningar och minskning av inhyrd personal omfattar 35 mkr vardera. Därutöver planeras minskning av administrationskostnader med 26 mkr och övriga åtgärder summeras till 16 mkr. Ackumulerat t.o.m. augusti har åtgärderna haft en ekonomisk effekt på 23,8 mkr. Åtgärderna i planen tar tid att nå full effekt varför de ekonomiska effekterna kommer under senare delen av året, det finns dock risk för att åtgärderna inte uppnår full effekt under 2023.

I samband med tertialbokslutet konstaterades att ett antal ökade kostnader tillkommit under året, bland annat högre po-kostnader samt ett högre utfall av lönerörelsen än budgeterat. Detta innebär att arbetet med en mer omfattande åtgärdsplan pågår, vilken skall fokuseras på verksamheter som inte bedöms ha förutsättningar att över tid uppnå

en ekonomi i balans.

2 Styrning och ledning

2.1 Mål

2.1.1 God ekonomisk hushållning

Ett resultat i balans

SLSO redovisar ett negativt resultat på 44,4 mkr, vilket är 297,6 mkr sämre än budget och 423,2 mkr sämre än samma period föregående år.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Produktivitet produktion/kostnad *(Nämnd)*	3,5%	-0,3%		1%	
Produktivitet produktion/arbetad timma *(Nämnd)*	1,1%	1,8%		>1%	
RE med positiv produktivitetsutveckling *(Nämnd)*	66%	62%		70%	

Kommentar

Målet, en andel på 70 %, är inte nått. 64 av 97 resultatenheter har haft en positiv produktivitetsutveckling, d.v.s. 66 %. Det är en något större andel jämfört med motsvarande period förra året men lägre än i tertial 1. Skillnaden mot T1 finns inom geriatrik och ASiH.

Hållbar investeringsutveckling

Periodens ackumulerade investeringsutfall uppgår till 129,6 mkr vilket motsvarar en upparbetningsgrad mot budget på 51 %.

2.1.2 Behovsstyrd hälso- och sjukvård av god kvalitet

En hälso- och sjukvård av god kvalitet

SLSO uppnår målnivån för 4 av 8 indikatorer som rapporteras i delårsrapporten. Tillgängligheten är fortsatt hög inom primärvården. Tid till första besök inom 30 dagar respektive behandling uppnås inte men ligger högre än värdet motsvarande period föregående år.

Vårdprocessarbetet är en nämndövergripande aktivitet under året som bland annat har till syfte att öka måluppfyllelsen. Arbete med att inom psykiatrin digitalisera definierade vårdprocesskartor (31 st) i syfte att erbjuda bättre logik, stöd och förståelse för vad som ska göras fortsätter under 2023.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Vård i rätt tid: Andel patienter som får medicinsk bedömning inom tre dagar på husläkarmottagning *(Regionfullmäktige)*	94%	95%			>=90%
Vård i rätt tid: Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	63%	59%			>=70%

Kommentar

Andelen väntande till första besöket inom 30 dagar uppgick till 63 % vilket innebär att målnivån inte uppnås. Värdet är en förbättring jämfört samma period föregående år (delår 2022: 59 %). Värdet för delåret tenderar att vara lägre på grund av att väntetiderna försämras under sommaren.

Vård i rätt tid: Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	78%	74%			>=80%

Kommentar

Resultatet avser verksamhetsgren psykiatri, patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan exkluderad. 78 % av patienterna påbörjade behandling inom 90 dagar vilket är bättre än motsvarande period föregående år men målnivån uppnås inte.

Säker vård: Suicidriskbedömning av nya patienter inom psykiatrisk öppenvård *(Regionfullmäktige)*	82%	79%			82%
Effektiv vård: Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle *(Regionfullmäktige)*	4	2,4			<=1,3

Kommentar

Målnivån uppnås inte. Mäts enbart av psykiatrin och arbetet med övergång mellan psykiatrin och kommunen försvåras av att kommunerna inte har betalningsansvar för färdigbehandlade i psykiatrisk vård och därmed saknar incitament att påskynda övertagande.

Kontinuitet i vården - andel patienter som träffar samma läkare/behandlare *(Nämnd)*	73%	75%		Öka från år 2 022	

Kommentar

Målvärdet för behandlarkontinuitet (andel patienter som träffar samma läkare/behandlare) är att andelen ska öka jämfört samma period föregående år, vilket den inte gjort. Samtliga vårdgrenar uppvisar försämrad kontinuitet jämfört med samma period föregående år.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Säker vård: Förekomsten av vårdrelaterade infektioner *(Regionfullmäktige)*	2,3%				<=4,4%
Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade) *(Nämnd)*	57	42,3		<=100	

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Uppdrag till närsjukvårdsområden - Alltid öppet		Pågående enligt plan		

Region Stockholm bidrar till att förbättra folkhälsan för alla

Beslut har tagits om för vilka nämndärenden sociala konsekvensanalyser ska göras. Arbete pågår med analys och framtagande av de stödjande och styrande dokument som krävs. SLSO deltar i regionledningens arbete med att ta fram en förändrad indikator för konsekvensanalyser inom folkhälsa och/eller social hållbarhet.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete *(Regionfullmäktige)*	92%	91%			>=80%

2.1.3 En hållbar regional utveckling

Region Stockholms verksamheter har år 2035 minimerat sina utsläpp av skadliga ämnen

SLSO arbetar med att fasa ut skadliga ämnen enlig Region Stockholms hållbarhetsstrategi. SLSO kravställer i upphandlingar utifrån de utfasningslistor som finns i väntan på nya styrdokument från regionledningskontoret.

Region Stockholm är tillgänglig för alla och bemötandet likvärdigt

Inom Primärvården har följande aktiviteter genomförts:

Uppstart av mottagningar för "Samordnat medicinskt omhändertagande för vuxna personer med funktionsnedsättning" (SMO-mottagningar) som pilotprojekt.

Successiv uppstart på fyra vårdcentraler med verksamhet som specifikt vänder sig till patientmålgrupp med funktionsnedsättning där de som väljer att tillhöra sådan vårdcentral kan erbjudas t.ex. längre besökstider, teambesök med rehab och årliga kontroller. Därtill finns krav på anpassade lokaler och utrustning såsom taklift.

Utbildning i digital kompetens för patienter

Efter att i många år utbildat personal i olika aspekter av E-hälsa så har det tillsammans med pensionärsorganisationer och företrädare för organisationer till stöd för funktionsnedsatta tagits fram ett material som nu prövats ute på vårdcentral för intresserade patienter.

Inom Hjälpmedel pågår följande aktiviteter:

Hjälpmedel haft en tillgänglighetskonsult på besök då Hjälpmedel Stockholm ska få ett nytt vårdavtal efter årsskiftet och där ingår det en kontroll. Detta avsåg lokaler i Långbro där patienter vistas. Förvaltningen fick några mycket små anmärkningar på bl.a. att det inte fanns hörselslinga i receptionen, att handtag och vissa skyltar satt felplacerade samt att vissa golvmarkeringar i trappor behövde åtgärdas. Allt detta kommer åtgärdas under hösten. När detta ändå håller på kommer även eventuellt samma typ av brister åtgärdas på alla adresser där Hjälpmedelsverksamheterna finns och där det tas emot patienter.

Inom Habilitering pågår följande aktiviteter:

Genomgång av övergripande anvisningar och checklistor görs kontinuerligt i existerande lokaler och inför inflyttning i nya lokaler gällande den fysiska tillgängligheten. Genomgång sker även av informationsmaterial på hemsida etc. regelbundet för att säkerställa kognitiv tillgänglighet.

Vad gäller likvärdigt bemötande arbetar förvaltningen med information och kunskapsöverföring i linjen och lyfter kontinuerligt goda exempel och tar upp svåra frågor i olika forum.

Samt inom Psykiatri pågår följande aktiviteter:

Inom psykiatrin följer verksamheterna som rutin tillgänglighetsdata och svar på patientenkät med frågor rörande bemötande. Uppföljningen sker både centraliserat och enskilt för varje verksamhet.

Förvaltningen har också ett utvecklingsprojekt, Psykiatri 2025, som innehåller flera undergrupper där frågor om tillgänglighet och bemötande utgör viktiga delar.

En grupp arbetar specifikt med frågan om psykiatrins tillgänglighet och inventerar samt analyserar data rörande tillgänglighet inom olika delar av psykiatrin med speciellt fokus på skillnader mellan olika verksamheter och kommer även föreslå åtgärder för att ytterligare öka denna samt förslag till åtgärder för att i de fall det ter sig motiverat utjämna skillnader mellan verksamheterna.

Frågor om bemötande ingår i flera av arbetsgruppernas uppdrag till exempel de som arbetar med utveckling av psykosvård samt den grupp som fördjupar sig i lämplig organisation och utveckling av den äldrepsykiatriska vården.

En arbetsgrupp arbetar specifikt med frågor om brukarinflytande där bemötande är ett av flera fokusområden.

Alla arbetsgrupperna inom Psykiatri 2025 rapporterar regelbundet under arbetets gång till psykiatrins ledningsgrupp.

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

SLSO fortsätter sitt arbete med att byta ut fordonsflottan till fordon med nollutsläpp. Förvaltningen ser även över hantering av textilier så att klimatpåverkan blir så liten som möjligt, detta genom att förbättra de processer som finns vid till exempel beställning av textilier.

Region Stockholms måltider främjar hälsa och är hållbara

SLSO upphandlar i största del de måltider som serveras och följer Region Stockholms plan för hållbara patientmåltider. Dock håller planen på att revideras och nya styrdokument håller på att arbetas fram av regionledningskontoret.

2035: Flöden i Region Stockholms verksamheter är cirkulära

SLSO håller tillsammans med regionledningskontoret på att se över materialflöden för att se var i organisationen förbättring kan ske av de processer som finns. I dagsläget arbetar SLSO med cirkuläritet främst inom området hjälpmedel.

2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta

Förvaltningen har deltagit i regionala, kommunala och av Länsstyrelsen initierade samverkansmöten med inriktning på kris- och katastrofmedicinsk beredskap och civilt försvar.

Det har genomförts utbildningar inom kris- och katastrofmedicinsk beredskap, stabsutbildning och signalskydd.

Förvaltningen har deltagit med två närakuter i katastrofmedicinsk övning genomförd av Karolinska Huddinge.

Samlat SLSO:s alla RAKEL-användare i en talgrupp och genomför sedan i maj veckovisa förbindelseprov med tre av SLSO:s talgrupper.

En signalskyddsorganisation för hantering av tilldelade signalskyddade system har inrättats.

Upprättat förslag till stabsinstruktion som inkluderar höjd beredskap och krig.

Kärnverksamhet ska prioriteras

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

SLSO verksamhetsgren Administration utfall för perioden är 117,3 mkr vilket innebär en positiv avvikelse jämför mot budget för perioden på 1,4 mkr. Kostanden är 6 mkr lägre än motsvarande period föregående år.

Arbetet med att centrala funktioner ska ha sin tyngdpunkt i det som knyts till

styrning/controlling inkl. det som är myndighetskrav, administrativa expertfunktioner, chefsstöd, digitalisering och verksamhetsutveckling knutet till effektivisering av vård fortsätter. Ett arbete med översyn av lokaler för den centrala administrationen pågår.

Den förväntade sänkning av administrativa kostnader som förväntats i och med överföringen av bland annat redovisnings-, löne- och IT-funktioner till fastighets- och service nämnden har inte realiserats.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Administrativa kostnader ska minska *(Regionfullmäktige)*	117mkr	123mkr			Enligt budget 2 023

Kommentar

Utfallet för perioden uppgår till 117 mkr, vilket är lägre än budget och lägre än motsvarande period föregående år.

Hög innovations- och digitaliseringsgrad

För att säkerställa digitalisering mellan vårdgrenar har ett SLSO övergripande Digitaliseringsråd etableras. Digitaliseringsrådet agerar som ett beredningsforum innan slutgiltigt beslut tas av SLSO:s ledning.

Under året har analyser gjorts för att utröna möjligheten att införande automation av administrativa rutiner samt vilka möjligheter ett införande av egenmonitorering skulle kunna ge. Analyserna påvisar en verksamhets- och patientnytta inom båda områdena. I kommande steg kommer beredning och prioritering hanteras inom ramen för SLSO:s digitaliseringsråd.

Inför 2023 beslutades om målvärden kopplat till vårdkontakt via video. Dessa har inte uppfyllts under året. I huvudsak beror detta på en förändrad kontaktbild där chatt har ökat markant under året.

Under 2023 har utveckling av Alltid öppet Webb påbörjats. Digital incheckning via Alltid öppet har levererats och piloter är under uppstart. Parallellt pågår utveckling för betalning av vårdbesök via appen Alltid öppet. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har gett uppdraget till SLSO att utveckla ett Regionalt Smittspårningsverktyg då funktionaliteten som utvecklats i Alltid öppet kan återanvändas för digital smittspårning.

Utvecklingen av Alltid öppet Webb sätter fokus på användarvänligheten och tillgänglighet, nytt gränssnitt samt möjlighet att använda Alltid öppet via en webbläsare på dator/surfplatta/smartphone utan att behöva ladda ner appen Alltid öppet.

Under våren genomfördes en innovationsutbildning för medarbetare och chefer. I april arrangerades för första gången ett innovationsforum med fokus på att skapa en dialog runt pågående eller avslutade innovationsaktiviteter.

Projekt Psykiatri direkt, ett samarbete mellan primärvård och psykiatri med en gemensam första linje för bedömning på video, lades ned i nuvarande form i juni 2023.Diskussion pågår om det finns möjlighet att plocka in några delar av förändrade arbetssätt i verksamheten.

En av Europas ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa

Översynen av Akademiskt primärvårdscentrum i syfte att stärka kliniknära forskning och utveckling har fortsatt och rekrytering av ny verksamhetschef är nu klar.

FoUU-kommitténs särskilda satsning på primärvårdens FoUU fortsätter.

FoUU-kommittén har inlett ett arbete med att förtydliga processen kring långsiktig kompetensförsörjning av medbetare med förenad anställning, gemensamt för SLSO och för berörda KI-institutioner. Arbetet med en långsiktig kompetensförsörjningsplan fortsätter.

Socialstyrelsens utvärdering av universitetssjukvården visade på mycket hög kvalitet i de verksamheter i SLSO som granskades: Akademiskt primärvårdscentrum samt barn- och ungdomspsykiatri.

2.1.4 God och hållbar arbetsgivare

Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

SLSO erhåller ekonomiskt stöd till arbetsmiljöprojekt och chefstödjande insatser i likhet med 2022. Arbetet syftar till att möta verksamheternas behov och är en viktig del i SLSO:s strävan att bli en mer attraktiv arbetsgivare.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Kvarstannandegrad *(Nämnd)*	87%	87%		>=85%	

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Avbryta införandet av arbetstidsmodellen hälsosam schemaläggning	2023	Pågående enligt plan	**4:e kvartalet 2023**	Arbete pågår i berörda verksamheter med att, i samverkan med fackliga företrädare, se över schemat och helgtjänstgöringen utifrån ekonomi, arbetsmiljö och patientsäkerhet. Arbetsgruppen arbetar parallellt med att revidera scheman utifrån den nya regleringen om 11 timmars dygnsvila.

Systematisk kompetensförsörjning

Sjuksköterskor är SLSO:s största bristgrupp utifrån antalet. Det finns i nuläget ett behov av en fördjupad detaljplanering kring behovet av antalet specialistläkare och distriktssköterskor inom SLSO och en genomlysning planeras att göras under 2023 som även belyser pensionsavgångar för bristyrken.

Under 2023 startade SLSO upp ST-råd för respektive vårdgren för att arbeta strukturerat med läkarförsörjning på kort och lång sikt. Inom SLSO vidtas åtgärder för att minska inhyrd personal från bemanningsföretag. En styrgrupp är tillsatt i SLSO med syfte att samordna uppdraget om minskad inhyrning. Det kommer till exempel behövas lokala handlingsplaner för de verksamheter som hyr in mycket personal.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Prognos-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel inhyrd personal (av all personal) *(Nämnd)*	3,3%	3,7%		<=2%	
Kommentar					
Andelen inhyrd vårdpersonal uppgick till 3,3 % vilket är en förbättring jämfört med tertialet och samma period föregående år, men målnivån uppnås inte. Störst andel inhyrning har vårdgren Geriatrik/ASIH (4,7 %) och somatisk specialistvård (7,7 %).					
Andel verksamheter som har mer än 2% inhyrd personal *(Nämnd)*	49%	45		30	
Kommentar					
Andelen vårdverksamheter med en inhyrning över 2 % uppgår till 49 % vilket är en förbättring jämfört med samma period föregående år. Geriatrik/ASiH har flest enheter med mer än 2 % inhyrd personal (67 %), Målnivån för indikatorn uppnås inte.					

2.2 Uppdrag

2.3 Intern kontroll

2.3.1 Arbetet med intern kontroll

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

SLSO ser fortsatt ett antal risker inom ekonomi och styrning under 2023. SLSO har dessutom identifierat ett ökat riskvärde kopplat till kompetensförsörjning under 2023 och det är ett av nämndens prioriterade frågor under året. Under 2023 har förvaltningen haft och kommer fortsatt ha fokus på uppföljning av ekonomi, personal och verksamhet samt fokusera på att utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

De risker som SLSO identifierat i planen för intern kontroll kopplas samman med Region Stockholms övergripande mål för SLSO. Utifrån dessa mål och risker tar SLSO fram indikatorer och aktiviteter. Dessa sammanställs sedan i styrkort för respektive

vårdgren. På detta sätt kan den interna styrningen och kontrollen följas upp och måluppfyllelse mätas regelbundet under året. Dessa kontroller bedöms kunna genomföras enligt plan under 2023. Förvaltningen följer upp indikatorer i styrkorten i samband med T1, delår och årsuppföljning. Dessutom följs verksamhetens resultat och ekonomi upp regelbundet under året vid månadsvisa uppföljningar.

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

2.3.2 Risker, åtgärder och kontroller

Internkontrollplan för 2023 fastställdes av nämnden i samband med verksamhetsplan 2023. Denna internkontrollplan och riskbedömning kvarstår vid delårsuppföljningen 2023.

I planen för intern kontroll 2023 identifierade SLSO ett antal risker för verksamheten. De risker med högst riskvärde finns inom kompetensförsörjning samt ekonomi och styrning. Riskerna finns inom ökade svårigheter att rekrytera personal, en kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar, hantering av icke bärkraftiga verksamheter, övervältring av administration på vårdpersonal samt bristande kostnadsmedvetande i organisationen.

Det ekonomiska läget är fortsatt försämrat jämfört med verksamhetsplanen. Handlingsplaner har upprättats för att uppnå en ekonomi i balans och SLSO har under våren arbetat aktivt med att stärka ekonomiska-, personal- och verksamhetsanalyser för att säkerställa god ekonomisk hushållning och en ekonomi i balans.

Region Stockholm har beslutat att minska inhyrning av personal för att öka den egna rekryteringen och öka kompetensförsörjningen inom Region Stockholm. SLSO arbetar aktivt med att minska inhyrningen och SLSO har etablerat ett dispensförfarande vid behov av inhyrning där beslut fattas av en särskilt utsedd grupp. SLSO har även påbörjat ett arbete för att öka attraktiviteten som arbetsgivare genom exempelvis utökat friskvårdsbidrag, utbildning och ökat stöd till chefer. En arbetsgrupp för strategisk komptensförsörjningsstrategi har etablerats under våren. Ett utbildningsutskott under SLSO:s ledningsgrupp (SLG) kommer att etableras under hösten för att möjliggöra ökad framtida rekrytering. SLSO ser trots vidtagna åtgärder en fortsatt risk kopplat till kompetensförsörjning och ett fortsatt arbete för att minska denna risk kommer pågå under hösten.

För att säkerställa en god och säker vård pågår ett arbete med att stärka

verksamheternas egenkontroller. Patientsäkerhetsberättelsen för 2022 är framtagen och presenterad i nämnden. Arbetet med patientsäkerhetsberättelsen för 2023 pågår enligt plan. Ett arbete pågår dessutom med att integrera fler verksamheter i Stratsys/Stödet.

SLSO har under våren medverkat i arbetet med upphandling av nytt huvudjournalsystem. Upphandlingen planeras genomföras under hösten. En upphandling av digitalt stöd för förlossningsvård är genomförd och digitalt stöd för tvångsvård ingår i upphandlingen av nytt huvudjournalsystem. SLSO har infört en strategisk styrning för digitalvård och fortsatt arbete med att utveckla Alltid öppet kommer pågå under hösten.

När det gäller de två obligatoriska riskerna så finns en etablerad rutin för utbetalningar och stickprov genomförs kontinuerligt. När det gäller den finansiella rapporteringen så följer SLSO gällande lagar och regler och det ingår som en del i revisorernas granskning. Revisorernas rekommendationer följs upp i regelbundet under året. SLSO för en kontinuerlig dialog med serviceförvaltningen gällande granskning av fakturaunderlag samt utanordningslistor i Heroma.

För att kunna upprätthålla SLSO:s verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinära händelser har förvaltningen tagit fram en checklista som stöd för verksamheterna. Utbildningar har genomförts enligt plan under våren och kommer pågå även under hösten. En krigsorganisation samt en krigsplaceringsplan är framtagna. Ett arbete pågår med att ta fram brev och mallar för krigsplacering. SLSO har fått ett regionalt uppdrag om att öka läkemedelsförsörjningen och ett arbete med att säkerställa detta pågår enligt plan.

2.3.3 Försäkran

Nämnden har försäkrat sig om att man genom förvaltningschefen vidtagit nödvändiga åtgärder för att uppnå en tillräcklig internkontroll inom verksamheten, i enlighet med riktlinjen för intern kontroll RS 2022–0326.

3 Verksamhet

3.1 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Geriatrisk vård						
Öppenvård	4 116	3 629	487	67,9 %	6 525	5 780
Slutenvård, vtf	4 222	4 754	-532	1,2 %	6 710	7 360
Läkarbesök i SÄBO	734	770	-36	-48,2 %	1 155	1 155
ASiH						
Vårddygn ASiH	156 540	160 368	-3 828	0,6 %	239 000	242 360
Vårddygn palliativ vård	4 963	6 200	-1 237	-8,6 %	8 000	9 308
Psykiatrisk vård						
Öppenvård	911 945	896 964	14 981	9,9 %	1 372 281	1 369 973
Slutenvård, vtf	20 538	20 329	209	2,3 %	30 716	30 627
Primärvård						
Öppenvård	2 346 802	2 278 063	68 739	4,6 %	3 623 500	3 536 762
Habilitering						
Antal besök	121 873	128 270	-6 397	3,1 %	189 912	202 000
Somatisk specialistvård						
Öppenvård	228 448	225 925	2 523	11,7 %	353 100	344 500
Övrig specialistvård *						
Öppenvård	6 556	7 065	-509	12,6 %	10 000	11 200
Antal disponibla vårdplatser psykiatri	**927**	**997**	**-70**	**-4,1 %**	**999**	**997**
Antal disponibla vårdplatser geriatrik	**138**	**144**	**-6**	**-0,7 %**	**146**	**157**

* Gyn, arbetsmiljömedicin, tom 2021 även BUMM.

Utfall i jämförelse med budget

Geriatrisk vård

Produktionen inom geriatrisk öppenvård utfaller 13 % högre än budget. Uppdraget *Förstärkt utskrivning* har bidragit till den positiva avvikelsen genom att fler besök kunnat produceras på de kognitiva mottagningarna samt på osteoporosmottagningen.

Produktionen i slutenvården utfaller 11 % lägre än budget. Geriatriken påverkas alltjämt negativt av covid-19 med vård av covid-19 patienter med långa medelvårdtider (främst i början av januari för att sedan trappas ner) samt med beredskap. Totalt har omkring 236 covid-19 patienter vårdats under första halvåret.

Fortsatt råder svårighet att bemanna vårdplatser på grund av brist på sjuksköterskor, vilket har påverkat produktionsutfallet negativt.

Avancerad Sjukvård i Hemmet (ASiH)

Antalet vårddygn i ASiH utfaller 2 % färre än budget, främst på grund av ett lägre remissinflöde än förväntat i början av året och under sommaren. Antalet vårddygn i palliativ slutenvård utfaller 18 % färre än budget. Det förklaras av perioder med lågt remissinflöde samt av viss neddragning av antalet vårdplatser på grund av personalbrist.

Psykiatrisk vård

Antalet besök utfaller 1,7 % högre än budget. Under hösten 2022 ökade produktionen och SLSO ser fortsatta positiva tal efter årsskiftet samt fortsatt under våren och sommaren.

I allmänpsykiatrin utfaller besöken 0,5 % högre än budget. Beroendevården utfaller 2,7 % högre än budget. BUP har ett besöksutfall som är 3,7 % högre än budget. Uppstart av nya enheter för BUP pågår löpande under året vilket medför fler besök.

Antal avslutade vårdtillfällen utfaller 1 % högre än budget för perioden, vid summering av alla verksamheter. Antalet vårddagar är något lägre än budgeterat. I några verksamheter ses långa vårdtider. Det finns skillnader mellan de olika verksamheterna. Allmänpsykiatrins utfall ligger 3 % lägre än budget. BUP har 20 % högre antal vårdtillfällen jämfört budget. Beroendevården ligger 5 % högre än budget.

Primärvård

Besöken har ökat med 69 000 eller 3 % jämfört med budget.

På husläkarmottagningarna har besöken sammantaget varit enligt budget. Läkarbesöken har varit något under budget, sköterska besök har varit över budget och psykosociala besök har varit enligt budget. Inom hemsjukvården har besöken ökat och varit 9 % eller 58 000 fler än budget. Ökningen inom hemsjukvården beror på ett ökat vårdbehov och en ökad vårdtyngd hos de inskrivna patienterna, samt en fortsatt ökning av patienter med medicindelning som ibland behöver två besök om dagen.

Inom primärvårdsrehabilitering har det varit ett bra inflöde av patienter och verksamheten är tillbaka till ett normalläge jämfört med pandemiåren. Besöken har ökat med 4 % eller 14 500 besök jämfört med budget.

På grund av att antalet nyfödda barn har minskat under åren 2022 - 2023 så har besöken på barnmorskemottagningar och på barnvårdcentralerna minskat. På barnmorskemottagningarna har besöken varit 10 % färre än budget och på barnvårdcentralerna har besöken varit 4 % under budget. Ungdomsmottagningarna har haft 11 % fler besök än budget p.g.a. en återgång till ett normalläge med en välfungerande drop-in verksamhet som inte var medräknat i budgeten.

Habilitering och hälsa

Produktionen inom Habilitering och Hälsa utfaller 5 % lägre än budget. Produktionen utföll väsentligt högre än budget i början av året som en effekt av att flera startade kurser än förväntat inom barnsektionen. Under februari-mars utföll dock produktionen lägre än budget på grund av högre sjukfrånvaro hos patienter (främst VAB). Verksamhetens andel uteblivna besök utfaller som 13 % (12 % samma period 2022). I övrigt förklaras verksamhetens lägre produktionsutfall av fortsatta svårigheter med att rekrytera och nå full bemanning.

Verksamhetens besöksmix, fysiska kontra distansbesök, utfaller som planerat med en andel distansbesök runt 30 %.

Somatisk specialistvård

Produktionen inom somatisk specialistvård utfaller totalt 2 % högre än budget. Det förklaras av fler producerade vårdkontakter inom Akademiskt specialistcentrum (ASC) samt ökat antal läkarbesök inom SLSO Närakuter.

ASC har ett produktionsutfall som är 5,5 % (2 500) högre än budget. Verksamheten har ett högt remissinflöde, vilket omhändertas genom förbättrade arbetsrutiner. Till viss del förklaras den positiva budgetavvikelsen även av en något försiktigt periodiserad budget under årets början.

Besöken inom SLSO:s närakuter utföll i början av året väsentligt lägre (10 %) än förväntat, vilket förklaras av ett lågt infektionsläge i samhället. Sedan i mitten av februari har produktionen dock ökat väsentligt för att ackumulerat augusti utfalla 1,5 % (2500) högre än budget.

Produktionen inom Centrum för cancerrehabilitering utfaller närmare 16 % (1950) lägre än budget. Verksamheten har sen i början av 2022 varit i en expansiv fas vad gäller såväl bemanning som produktionsvolym. Detta har krävt nya arbetssätt, vilka tagit tid att sätta sig fullt ut. Jämfört med samma period 2022 har produktionen ökat med 66 %.

Övrig specialistvård

Besöken har varit färre än budget p.g.a. lägre läkarbemanning än planerat på

Liljeholmens gynmottagning.

Antal disponibla vårdplatser

Geriatrik: Tabellen ovan visar fel budgeterat antal vårdplatser. Det korrekta är 154. Antalet disponibla vårdplatser inom geriatriken har varit 10 % färre än planerat. Alltjämt finns en viss covid-19 påverkan inom geriatriken. Bristen på sjuksköterskor har också bidragit till färre öppna vårdplatser.

Psykiatri: Antalet disponibla vårdplatser i Psykiatrin var den sista onsdagen i augusti 927 st av 999 st fastställda. Sedan budget blev klar har Rättspsykiatrin utökats med 2 platser från och med februari månad. Differensen på 72 platser beror på tillfälligt stängda platser p.g.a. vakanser som uppstått i samband med planerad flytt av verksamhet i Psykiatri Södra samt att några platser i vuxenpsykiatrin är stängda just nu med anledning av pågående arbete med att minska inhyrd personal. Därtill kommer att under semestermånaderna hålls ett antal platser stängda.

3.1.1 Vårdproduktion-prognos

Prognos i jämförelse med budget

Geriatrisk vård

Prognosen avseende produktion av sluten geriatrisk vård justeras ner, jämfört med prognosen i tertialet, till en nivå som understiger budget med 8,8 % (5,5 %). Prognosen förutsätter en produktionstakt som är i nivå med budget resten av året. Osäkerhetsfaktorerna handlar främst om ökad konkurrens avseende geriatrisk vård i länet, vilket främst kan påverka remissinflödet negativt men även försvåra arbetet med att rekrytera och bemanna upp med sjuksköterskor och upprätthålla planerat antal öppna vårdplatser.

Prognosen för produktionen inom öppenvården justeras upp till 13 % högre (8 %) än budget och hänger ihop med uppdraget Förstärkt utskrivning som bidrar till fler besök än förväntat.

Avancerad Sjukvård i Hemmet (ASiH)

Prognosen för antal vårddygn inom ASiH lämnas oförändrad på en nivå något lägre än budget. Det finns en viss osäkerhet i prognosen med tanke på risk att remissinflödet blir lägre.

Prognosen för vårddygn inom sluten palliativ vård justeras ner till en nivå som understiger budget med 14 % (9 %). Även den är osäker p.g.a. risk för sviktande remissinflöde och svårigheter med att bemanna upp.

Psykiatrisk vård

Antalet besök ligger totalt på en nivå 1,7 % högre än budgeterat. Prognosen för antalet

besök helåret 2023 sätts därför något högre än budget. Antalet avslutade vårdtillfällen utfaller 1% högre än budgeterat. Även denna prognos ökas därför på något.

Primärvård

Prognosen är att besöken blir 2,5 % eller 87 000 besök fler än årets budget. På vårdcentralerna bedöms besöken att bli enligt budget. Inom hemsjukvården och primärvårdsrehabilitering förväntas ett högt vårdtryck att bestå under året och besöken kommer att överskrida årets budget. På barnvårdcentraler och barnmorskemottagningar blir det färre besök eftersom antalet gravida och nyfödda har minskat.

Habilitering och hälsa

Prognosen justeras ner till en nivå som understiger budget med 6 % (2 %). Den är till viss del osäker p.g.a. de svårigheter verksamheten har med att rekrytera personal.

Somatisk specialistvård

Prognosen avseende somatisk specialistvård lämnas oförändrad på en nivå som totalt överstiger budget med 2 %.

Övrig specialistvård

Besöken kommer att minska p.g.a. lägre läkarbemanning.

Antal disponibla vårdplatser

Geriatrik: Prognosen för antalet disponibla vårdplatser i geriatriken justeras ner till 7 % (4 %) färre än budget mot bakgrund av dels ökad konkurrens, dels viss covid-påverkan.

Psykiatri: Antalet disponibla vårdplatser i Psykiatrin var den sista onsdagen i augusti 927 st av 999 st fastställda. Vid årsskiftet bör antalet disponibla platser vara lika som antalet fastställda.

3.2 Produktivitet

SLSO beräknar produktivitet på två sätt:

- produktion/kostnad
- produktion/arbetad timma

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

Kostnaderna indexeras till jämförbar kostnadsnivå samt justeras för jämförelsestörande poster. Jämförelsen mellan 2022och 2023 har justerats för covid-19 kostnader.

För perioden januari – augusti har produktiviteten mätt som produktion/kostnad sammanvägt för SLSO har ökat med 3,5 % mellan åren 2022 och 2023. Målet, en ökning med mer än 1 % är därmed uppnått. Produktionen, som i början av 2022 var påverkad av pandemin, har ökat med 4,7 %. Kostnaderna, justerade för pris- och löneökningar, har

ökat med 1,2 %.

Mäts produktionen i förhållande till antalet arbetade timmar uppnås också målvärdet. Sammantaget har arbetade timmar har ökat mer än bemanningskostnaderna och förändringen mellan åren ger en produktivitetsökning med 1,1 %. Förklaringen till att det arbetade timmarna har ökat förklaras framförallt av den lägre sjukfrånvaron. SLSO har kostnader för personal även när de är sjuka vilket innebär att kostnadsökningen inte blir lika stor som det ökade antalet timmar.

64 av 97 resultatenheter har haft en positiv produktivitetsutveckling, d.v.s. 66 % Det är något större andel jämfört med motsvarande period förra året men något lägre än i tertial 1, skillnaden finns inom geriatrik och ASiH. Andelen varierar mellan vårdgrenar. Alla psykiatrins 10 och somatisk specialistvårds 3 resultatenheter visar en positiv produktivitet.

4 Personal

Minskad inhyrning av personal i hälso- och sjukvården är en övergripande prioritering för hela Region Stockholm och en rad åtgärder har aktualiserats under 2023. Arbetet i SLSO leds av en styrgrupp på övergripande nivå. All inhyrning kräver beslut om dispens för en månad i taget, vilket är en av styrgruppens uppgifter. Det finns även en särskild samverkansgrupp med de fackliga organisationerna avseende minskad inhyrning.

Region Stockholm har tagit fram ett arbetsgivarerbjudande med bl.a. rekryteringsbonus till medarbetare som medverkar till att nya medarbetare kan rekryteras och sign-on bonus till de externa personer som rekryteras till Region Stockholms hälso- och sjukvård. Ett flertal av SLSO:s verksamheter har valt att använda denna möjlighet. Särskilda åtgärder har tagits fram när det gäller bemanningen i psykiatrins heldygnsvård. Uppföljning visar minskad inhyrning under våren i SLSO:s verksamheter. Under semesterperioden har dock inhyrningen ökat, men den ligger fortfarande lägre än semesterperioden 2022.

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

I början av året påbörjades arbete med implementering av skärpta dygnsviloregler inom SLSO. De nya reglerna träder i kraft den 1 oktober 2023 i enlighet med förändringar i kollektivavtalet Allmänna Bestämmelser (AB 20) för samtliga förbund utom Läkarförbundet. För läkarna gäller ändringarna i AB från och med den 1 februari 2024.

Reglerna berör huvudsakligen heldygnsvården och närakuterna. Dock bör nämnas att en stor del arbetspass på SLSO:s närakuter bemannas av läkare som är anställda på SLSO:s egna vårdcentraler. Detta innebär att även vårdcentralernas verksamhet kommer att beröras av de nya reglerna, om närakuternas bemanning sker på samma sätt som idag.

Inledningsfasen av implementeringen av de nya dygnsviloreglerna inom SLSO har utgått från en hanteringsordning med förslag på hur arbetet kan planeras lokalt i verksamheterna. Det har startats arbetsgrupper, både lokalt i de berörda verksamheterna och centralt. Arbetet har bedrivits under löpande kontakt med de berörda fackförbunden, Vårdförbundet och Kommunal.

Inom Region Stockholm finns sedan början på 2023 arbetsgrupper bestående av förhandlingschefer och schemaläggningskunniga medarbetare. I samarbete med dessa grupper har det anordnats workshops och informationsträffar. Det har även tagits fram APT-material, hanteringsordningar samt FAQ.

Det har funnits ett inslag felaktiga föreställningar hos vissa medarbetare om vad de nya reglerna kommer att innebära. För att motverka detta har relevant information publicerats på en särskild sida på Insidan, där informationen sedan följts upp med nyheter, uppdateringar och reportage samt kallelser till informationsträffar.

De privata verksamheterna och uthyrningsföretagen inom vården har i dagsläget inte motsvarande reglering om dygnsvila i sina kollektivavtal. Ändrade regler i deras kollektivavtal beräknas träda i kraft tidigast under hösten 2024. Det innebär att SLSO under cirka ett år kommer att ha en konkurrensnackdel i jämförelse med de privata vårdgivarna, när det gäller flexibilitet med förläggning av arbetspass.

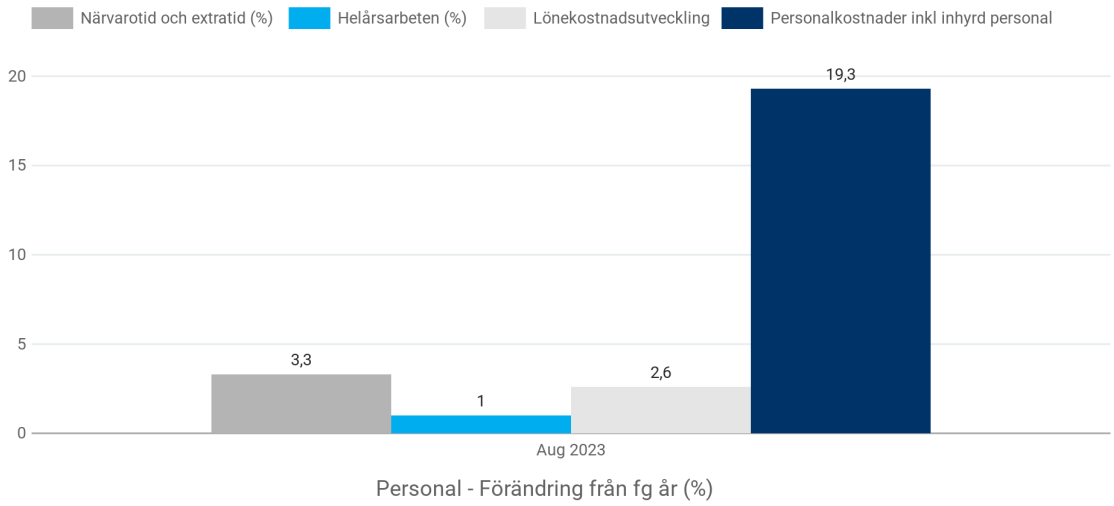
Nämndens bedömning inför ikraftträdande den 1 oktober 2023 är att de allra flesta verksamheterna inom SLSO kommer att lyckas uppfylla kraven på skärpta dygnsviloregler på ett tillfredställande sätt. Däremot återstår ett omfattande arbete gällande förändringar i läkarnas schemaläggning inför 1 februari 2024.

Den viktigaste parametern för årets löneöversyn är det s.k. industrimärket som sätts av parterna inom den konkurrensutsatta industrisektorn. Den 31 mars var löneavtalet för industrin klart och märket landade på 4,1 % för 2023. Någon vecka senare meddelades att SKR tecknat löneavtal med Läkarförbundet och Kommunal som överensstämde med den nivå som industrimärket angav. Den samlade bedömningen inom SLSO var att detta skulle bli normerande för hela löneöversynen. SLSO:s budgeterade löneökningsutrymme på 3 % räcker därmed inte till, vilket betyder att löneöversynen får påverkan på årets resultat.

Sjuksköterskor är SLSO:s största brist i verksamheternas bemanningsutmaningar i hälso- och sjukvården. Det finns i nuläget ett behov av en fördjupad detaljplanering av åtgärder kring behovet av fler specialistläkare och distriktssköterskor inom SLSO. En genomlysning planeras att genomföras under 2023 som även belyser pensionsavgångar för SLSO:s bristyrken. SLSO har inrättat ST-råd för allmänmedicin, psykiatri och geriatrik som arbetar strukturerat med specialistläkarförsörjning på kort och lång sikt.

I övrigt kan nämnas att SLSO erhåller ekonomiskt stöd till arbetsmiljöprojekt och chefstödjande insatser i likhet med 2022. Hittills har det kommit in 290 ansökningar om projektmedel från verksamheterna. En större bredd i spridningen av arbetsmiljömedel, vilket varit en ambition under 2023, kan noteras. Arbetet är en viktig del i nämndens strävan att bli en mer attraktiv arbetsgivare.

4.1 Helårsarbeten



Personal - Förändring från fg år (%)

Helårsarbeten	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. % utfall fg år	Prognos år	Budget år
Personal - Helårsarbeten	11 647	11 600	47	1%	11 700	11 600

Utfall i jämförelse med budget

Antalet helårsarbetare är 47 fler än budgeterat (0,4 %). Budget (11 600) avser ackumulerat antal helårsarbetare per helår medan utfallet gäller ackumulerat per sista augusti 2023. Det ackumulerade antalet helårsarbetare tenderar att öka successivt under året på grund av perioder med högre bemanning eller i samband med ledigheter.

Avvikelse helårsarbeten i jämförelse med samma period föregående år

Antalet ackumulerade helårsarbetare för perioden januari till augusti har ökat med 118 helårsarbetare (1,0 %). Sedan mars i år har skillnaden mellan 2022 och 2023 ökat något för varje månad. Den ackumulerade frånvarotiden har minskat med 152 helårsarbetare (5,0 %) jämfört med samma period förra året, som då tydligt präglades av omfattande smittspridning och därmed sjukskrivning p.g.a. omikron-varianten (covid-19). Parallellt med minskad frånvarotid ses även en ökning av närvarotiden med 254 helårsarbetare (3,2 %).

Vad gäller de stora yrkesgrupperna så har sjuksköterskor minskat med 59 (1,5 %) helårsarbetare medan läkare och undersköterskor ökat med 49 (2,6 %) respektive 31 helårsarbetare (1,4 %). I början av året var differenserna större då sjuksköterskorna var 3,9 % färre och undersköterskorna 2,7 % fler än förra året. Läkarna har dock legat relativt stabilt på drygt 2 %.

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

Primärvård

- Fler psykologer och psykoterapeuter till följd av primärvårdens förstärkta uppdrag som första linjen inom psykisk ohälsa motsvarande 19,4 (16 %) helårsarbetare.
- Antalet fotvårdsspecialister ökar i och med utökat fotvårdsuppdrag, numera som en del av primärvårdens grunduppdrag motsvarande 5,1 (20 %) helårsarbetare.
- Färre barnmorskor till följd av nedläggning av BMM och minskat antal inskrivna mödrar motsvarande 9,0 (-3 %) helårsarbetare.
- Antalet distriktsköterskor och sjuksköterska barn minskar på grund av vakanser och minskat antal inskrivna mödrar motsvarande 18,3 (-4 %) helårsarbetare.
- Fler sjukgymnaster/fysioterapeuter vilket troligtvis beror på en kombination av fler föräldralediga medarbetare, som ersätts med vikarier, samt tillsatta vakanser motsvarande 12,6 (4 %) helårsarbetare.

Psykiatri

- Antalet psykologer ökar inom alla resultatenheter förutom en, vilket till del beror på större möjlighet att tillsätta vakanser. En betydande orsak är även de utökade uppdrag som givits till flera resultatenheter gällande nationell högspecialiserad vård (NHV) och ADHD motsvarande 40,3 (7 %) helårsarbetare.
- Fler specialistläkare till följd av utökad möjlighet att tillsätta vakanser motsvarande 10,1 (3 %) helårsarbetare.
- Antalet sjuksköterskor minskar på grund av vakanser och att frånvarande medarbetare inte ersätts med månadsanställda vikarier motsvarande 25,2 (-2 %) helårsarbetare.

Geriatrik

- Färre sjuksköterskor på grund av personalomsättning och svårigheter att tillsätta vakanser motsvarande 14 (5 %) helårsarbetare.

Somatisk specialistvård/habilitering

- Inom habiliteringen sker en minskning hos majoriteten av yrkesgrupperna till följd av vakanser, både på grund av personalomsättning och sjukfrånvaro. De yrkesgrupper som har den största minskningen är psykologer motsvarande 8,7 (-9 %) och specialpedagoger 8,2 (-17 %) helårsarbetare.
- Inom både Centrum för cancerrehabilitering, Akademiskt specialistcentrum och Närakuterna ses en generell ökning av antalet helårsarbetare. Inom de två förstnämnda resultatenheterna beror ökningen på utökade uppdrag. När det gäller Närakuterna handlar det om sjukfrånvarande medarbetare som ersätts

med vikarier samt till viss del tillsatta vakanser. Yrkesgrupperna med den största ökningen är:

- Läkare leg/läkare ST motsvarande 6,3 (65 %) helårsarbetare.
- Sjuksköterska motsvarande 5,9 (5 %) helårsarbetare.
- Undersköterska motsvarande 4,8 (11 %) helårsarbetare.
- Sjukgymnast/fysioterapeut motsvarande 3,2 (35 %) helårsarbetare.

FoU inom hälso- o sjukvård

- De tre centrumbildningarna CAMM, CES och CHIS har alla ökat antalet helårsarbetare vilket förklaras av utökade uppdrag/fler projekt och ökningen består till stor del av flera visstids- och projektanställda medarbetare. Det handlar främst om olika grupper av handläggare motsvarande 22,4 (24 %) helårsarbetare men även till viss del av psykologer och ST-läkare

4.1.1 Helårsarbeten-prognos

Prognos i jämförelse med budget.

Bakgrunden till den reviderade prognosen (11 700) är delvis att ingångsvärdet för 2023 var högre än förväntat samt att en ny Regiongemensam definition och beräkningsmodell av nyckeltalet helårsarbetare kommer att implementeras under hösten, vilket beräknas medföra ett ökat antal helårsarbetare.

Prognosen i samband med tertial 1, som då sänktes till 11 500 från det budgeterande 11 600, baserades på felaktiga underlag då det senare uppdagades att ett systemfel inneburit att samtliga medarbetare som var anställda på särskild visstidsanställning exkluderades i statistiken.

4.2 Sjukfrånvaro

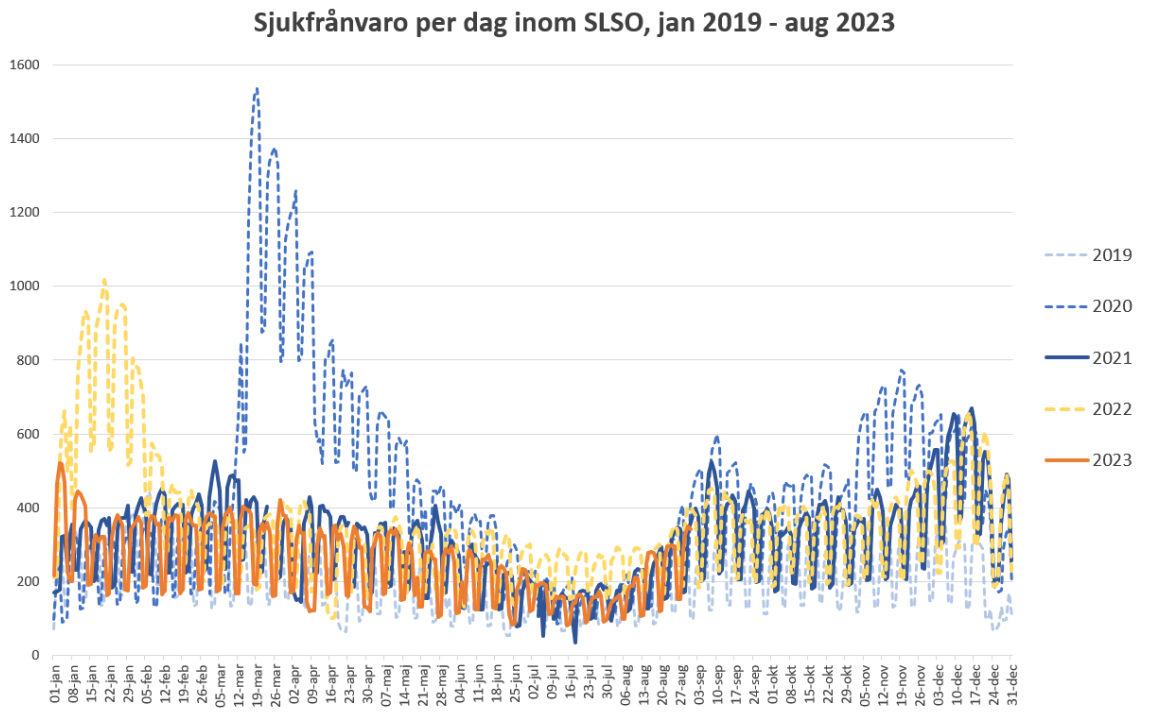
Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år	Förändr.
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**6,67%**	**7,61%**	**-0,94**
- varav kvinnor	*7,17%*	*8,04%*	*-0,87*
- varav män	*5,08%*	*6,25%*	*-1,17*
Fördelat på period			
1 - 14 dagar	*2,64%*	*3,61%*	*-0,97*
15 - 90 dagar	*1,00%*	*1,07%*	*-0,07*
91 - dagar	*3,03%*	*2,93%*	*+0,10*

Den totala procentuella sjukfrånvaron har gått ner något jämfört med samma period föregående år, för såväl kvinnor som män. Korttidssjukfrånvaron fördelat på period 1–14 dagar har minskat något, även period 15–90 dagar. Det som urskiljer sig från föregående år är långtidssjukfrånvaron (>90 dagar), där SLSO istället ser en ökning jämfört med

föregående år.

Fördelningen mellan könen ser olika ut. Män har högre korttidsjukfrånvaro (1–14 dagar) i jämförelse med kvinnor. Medan kvinnor i åldersgrupp 40–49 år, har högre långtidssjukfrånvaro (>90 dagar) i jämförelse med samma period föregående år. Yrkesgruppen sjuksköterska/barnmorska har en högre långtidssjukfrånvaro (>90 dagar) i jämförelse med andra yrkesgrupper, som läkare, undersköterska/barnskötare.

En prioriterad aktivitet för att minska sjukfrånvaron är tidiga rehabiliteringsinsatser och särskilt följa upp medarbetare som är långtidssjukskrivna. Parallellt med rehabiliterande insatser även starta upp hälsofrämjande aktiviteter för ett långt och hållbart arbetsliv.



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

Under 2020 och 2021 pågick covid-19 pandemin vilket påverkade sjukfrånvaron mycket kraftigt, även korttidssjukfrånvaron. Den pandemilag och de restriktioner som infördes hade en dämpande effekt på sjukfrånvaron, likaså vaccinet som började förmedlas under våren 2021. Mot slutet av 2021, och med en tydlig topp under januari och februari 2022, drabbades Sverige av omikron-varianten av covid-19. Mot slutet av pandemin ökade i stället andra virussjukdomar som RS, influensa och vinterkräksjukan vilket gav en ökad korttidssjukfrånvaro under vinterhalvåret 2022 - 2023. Korttidssjukfrånvaron är nu

lägre än 2021 och 2022, även om den fortfarande är något högre än 2019, innan pandemin.

5 Ekonomi

SLSO redovisar ackumulerat för augusti ett negativt resultat på 44,4 mkr, 297,6 mkr sämre än budget. Den negativa budgetavvikelsen förklaras i huvudsak av högre bemanningskostnader samt av generellt ökade kostnader till följd av det höga inflationsläget. Merkostnader avseende covid-19 belastar även resultatet med närmare 20,0 mkr.

Samtliga vårdgrenar redovisar resultat som är sämre än budget.

5.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år
Patientavgifter	188	173	15	13,9 %	290	266
Sålda primärtjänster	7 009	6 990	19	4,7 %	10 593	10 582
Försäljning övriga tjänster	1 180	1 165	15	4,6 %	1 770	1 746
Erhållna bidrag	1 522	1 433	89	61,2 %	2 297	2 156
Övriga intäkter	254	232	22	-19,6 %	377	346
Verksamhetens intäkter	**10 153**	**9 993**	**160**	**9,8 %**	**15 327**	**15 096**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-7 161	-6 791	-370	19,3 %	-10 840	-10 461
- varav inhyrd personal	*-239*	*0*	*-239*	*7,7 %*	*-340*	*0*
Köpta primära sjukvårdstjänster	-23	-22	-1	5,4 %	-35	-33
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-233	-221	-12	4,5 %	-362	-341
Läkemedel	-207	-199	-8	9,9 %	-312	-298
Materialkostnader	-854	-823	-31	11,3 %	-1 280	-1 234
Lokal- och fastighetskostnader	-833	-824	-9	10,3 %	-1 249	-1 235
Övriga kostnader	-779	-746	-33	3,9 %	-1 190	-1 120
Verksamhetens kostnader	**-10 091**	**-9 624**	**-467**	**15,9 %**	**-15 268**	**-14 723**
Avskrivningar	-113	-116	3	-0,2 %	-172	-172
Finansnetto	7	0	7		13	0
Justering pension mm.	0	0	0		0	0
Resultat**	**-44,4**	**253,2**	**-297,6**		**-100**	**201**

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år	Budget år

* mkr

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

*** Omställningskostnader inklusive avskrivningskostnader

Utfall i jämförelse med budget

Patientavgifter

Den positiv avvikelsen med 15,0 mkr (8,7 %) beror i huvudsak på ett högre utfall inom primärvård som i sin tur främst förklaras av ökade besök i husläkaruppdraget (justeras ned med motsvarande belopp i Sålda primärtjänster i form av ”avdragna patientavgifter”). Inom primärvården finns även obudgeterade utfall avseende avgifter för uteblivna besök inom BVC, MVC och rehabverksamheten.

Sålda primärtjänster

Sålda primärtjänster utfaller 18,6 mkr (0,3 %) högre än budget. Psykiatrin visar en positiv budgetavvikelse samtliga övriga vårdgrenar visar utfall som är lägre än budget.

Psykiatri avviker med 70,5 mkr (1,9 %) som främst förklaras av utfall av obudgeterade ersättningar. Det senare avser tillkommande ersättningar i vårdavtalen efter det att budget 2023 rapporterats in.

I primärvården har budgeterade uppräkningar inte fallit ut som förväntat. Inom primärvården finns även ett högre utfall avseende ”avdragna patientavgifter” (läs Patientavgifter). Färre inskrivna inom BVC/MVC samt lägre produktionsutfall inom rehabilitering förklarar i stort primärvårdens negativa budgetavvikelse (29,3 mkr, 1,3 %).

Habiliteringens produktionsintäkter når inte budgeterad nivå (11,3 mkr, 3,0 %) vilket i stort förklaras av hög andel uteblivna besök (sjukfrånvaro hos patienter/VAB) i början av året samt av vakanser (svårigheter med att rekrytera).

Geriatrikens produktionsintäkter utfaller lägre än budget inom såväl basgeriatrik som ASiH (14,4 mkr, 3,0 %). Verksamheterna inom geriatrik och sluten palliativ vård har p.g.a. personalbrist tvingats till neddragningar av antalet vårdplatser. Inom ASiH förklarar ett lägre remissinflöde den negativa budgetavvikelsen.

Försäljning övriga tjänster

Den positiva avvikelsen på 14,8 mkr (1,3 %) förklaras i stort av ökad försäljning inom Hjälpmedelsverksamheten. Inom psykiatrin utfaller ersättning för (externa) sjukvårdskonsultationer lägre än förväntat.

Erhållna bidrag

Den positiva avvikelsen på 88,9 mkr (6,2 %) beror framför allt på högre utfall av intäkter

kopplade till FoUU. Till största del förklarat av lågt lagda budgetar avseende AT-, ST- och PTP-ersättning. Dessa avtal blev klara efter inrapporterad budget för 2023. Under året har dessutom statligt riktade UPH-medel beviljats utöver budget.

Övriga intäkter

Den positiva avvikelsen på 22,5 mkr (9,7 %) beror i huvudsak på högre utfall av projektmedel.

Kostnader

Personalkostnader

SLSO:s bemanningskostnader, inklusive inhyrning, utfaller totalt 370,6 mkr (5,5 %) högre än budget. Kostnader för anställd personal utfaller 131,1 mkr (1,9 %) högre än budget. Obudgeterade kostnader för inhyrd personal utfaller med 239,4 mkr.

Följande väsentliga budgetavvikelser finns:

- vakanser och sjukfrånvaro har resulterat i ett lägre lönekostnadsutfall jämfört med budget för tillsvidare anställd personal på 295,0 mkr
- vakanser och frånvarande personal har täckts upp med timvikarier och övertider till en kostnad av 178,0 mkr över budget
- det högre po-pålägget under 2023 har resulterat i en ökning av personalkostnaden med 131,0 mkr ackumulerat för augusti
- retrolöner för årets lönerevision är uppbokad med 1 % högre än budget, vilket motsvarar 44,0 mkr högre lönekostnader än förväntat för april-augusti
- i utfallet finns 19,7 mkr kodade merkostnader kopplade till covid-19 (18,3 mkr avser personal och 1,4 mkr avser inhyrd personal)

Läkemedel

Kostnader för läkemedel utfaller 8,3 mkr (4,2 %) högre än budget. Det förklaras främst av ökade kostnader för läkemedel inom läkemedelsförmånen i öppenvård, i sin tur kopplat till ökade prestationer inom psykiatrisk öppenvård.

Materialkostnader

Kostnader för material utfaller 31,8 mkr (3,9 %) högre än budget och hänger främst ihop med ökade inköp inom Hjälpmedelsverksamheten. Det i sin tur är dels kopplat till ökade volymer, dels stigande varupriser p.g.a. det höga inflationsläget.

Utveckling - *jämfört med samma period föregående år*

SLSO:s intäkter och kostnader ökar kraftigt jämfört med föregående år. De totala intäkterna ökar med 906 mkr (10 %) och kostnaderna ökar med 1 374 mkr (16 %). Mot bakgrund av detta redovisar SLSO ett resultat för delåret som är 468 mkr sämre än

delåret föregående år.

De kraftiga ökningarna i så väl intäkter som kostnader förklaras främsta av nedanstående.

- högre po-pålägg under 2023 förklarar 1 050 kr av total ökning på 1 158 mkr avseende personalkostnader
- kostnader för inhyrd personal ökar med 17 mkr
- det höga inflationsläget förklarar kostnadsökningar motsvarande ca 200 mkr avseende material, lokalhyror, transporter, städ m.m.
- erhållen kompensation för ökade po-påläggskostnader förklarar 730 mkr av intäktsökningen
- resterande intäktsökning förklaras av indexuppräkningar och av högre produktionsvolymer. Det senare gäller i stort samtliga vårdgrenar då covid-19 orsakade väsentliga intäktsbortfall under januari-mars 2022.

5.1.1 Resultat-prognos

Prognos i jämförelse med budget

SLSO redovisar ett resultat som är 298 mkr sämre än budget. Som beskrivits beror resultatförsämringen främst på ökade kostnader. Följande obudgeterade förändringar förklarar i stort den negativa resultatavvikelsen i delåret:

- ökat po-pålägg p.g.a. förändringar i Region Stockholm pensionsavtal. Den po-påläggskompensation som SLSO erhåller från Region Stockholm täcker inte hela kostnadsökningen. Den ofinansierade delen är beräknad till ca 308 mkr för helåret
- årets lönerevision utfaller 1 % höger än budget. Det motsvarar en ökning av den totala personalkostnaden med 80 mkr för helåret.
- högt inflationsläge ökat kostnadsutfallet väsentligt mer än förväntat. Uppskattningsvis kommer prisökningar kopplat till inflationen att resultera i ökade (drifts)kostnader, rensat för volymeffekter, med ca 140 mkr.

Mot bakgrund av ovan upprättades inför tertialet en åtgärdsplan med förväntad positiv effekt på årets resultat med 227 mkr. Huvuddelen av åtgärderna är planerade att ge effekt under andra halvan av året, varför det ackumulerade utfallet för augusti endast är 24 mkr. En viss osäkerhet finns dock i om åtgärderna fullt ut kommer att realiseras under året. Därför justeras SLSO:s årsprognos för det ekonomiska resultatet ner till -100 mkr.

5.1.2 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Prognos år
Summa personalkostnader	**-6 921,8**	**-6 790,6**	**-131,2**	**19,7 %**	**-10 500,9**
Förändring sem- och löneskuld	149,2	126,3	22,9	29,5 %	9
Lönekostnad	-4 151,3	-4 126,3	-25	2,6 %	-6 015,2
- varav övertid	*-69*	*-15,6*	*-53,4*	*-18,5 %*	*-100,2*
- varav sjuklönekostnad	*-69,9*	*-10,3*	*-59,6*	*-22,8 %*	*-95,5*
PO-pålägg	-2 832,9	-2 701,9	-131	58,9 %	-4 362,7
Övriga personalkostnader	-87	-89	2	27,7 %	-132
Inhyrd personal	**-239,4**	**0**	**-239,4**	**7,7 %**	**-339,6**
- varav läkare	*-134,7*	*0*	*-134,7*	*7,2 %*	*-185,2*
- varav sjuksköterskor	*-100,6*	*0*	*-100,6*	*8,2 %*	*-149,5*
- varav övrig personal	*-4,1*	*0*	*-4,1*	*16,2 %*	*-4,9*
Personalkostnad inkl inhyrd personal	**-7 161,2**	**-6 790,6**	**-370,6**	**19,3 %**	**-10 840,4**

* mkr

Utfall i jämförelse med budget

SLSO:s personalkostnader utfaller drygt 131,1 mkr (1,9 %) högre än budget och de obudgeterade inhyrningskostnaderna uppgår till 239,4 mkr. Detta innebär att SLSO:s totala bemanningskostnader avviker negativt från budget med 370,6 mkr (5,5 %).

Semesterlöneskuldens förändring utfaller med en 18,1 % positiv budgetavvikelse. Det förklaras främst av att SLSO:s bemanningsbudgeten är lagd med endast anställd personal, vilket innebär att vakanser direkt påverkar semesterskuldens förändring positivt.

Vakanser, sjukfrånvaro och annan frånvaro har täckts upp med timvikarier, övertid och inhyrd personal. Högre kostnader för övertid och utfall av (obudgeterade) inhyrningskostnader förklaras således främst av vakanser.

Retrolöner för årets lönerevision är uppbokade med 1 % högre än budget, vilket motsvarar en ökning av lönekostnaden, inkl. po-pålägg, med ca 44 mkr för april-augusti. Vidare förklaras de ökade po-påläggskostnaderna av den högre po-påläggssatsen under

2023.

Övriga personalkostnader, som i huvudsak utgörs av kostnader för utbildning, konferenser och friskvård, utfaller något lägre än budget. Till viss del kan avvikelsen förklaras av felperiodiserad budget gällande kostnader för friskvård.

I utfallet finns 19,7 mkr kodade merkostnader kopplade till covid-19 (18,3 mkr avser personal och 1,4 mkr avser inhyrd personal).

Kategori	Kostnad, mkr	Andel
Läkare	135	56%
Sjuksköterskor	103	43%
Övrig	1	1%
Totalt	**239**	**100%**

Kategori	Kostnad, mkr	Andel
Psykiatri	115	48%
Primärvård	74	31%
Somatisk specialistvård	24	10%
Geriatrik	23	10%
Övrig	3	1%
Totalt	**239**	**100%**

Prognos personalkostnader inklusive inhyrd personal

Prognos i jämförelse med budget

Prognosen för SLSO:s totala bemanningskostnader, inkl. inhyrning, är lagd på en nivå som överstiger budget med 3,6 % (380 mkr). Kostnaden för personal förväntas landa på en nivå som överstiger budget med 40 mkr (0,4 %). Prognosen för inhyrd personal är 340 mkr och fördelas enligt nedan.

Kategori	Kostnad, mkr	Andel
Läkare	185,0	54%
Sjuksköterskor	149,5	44%
Övrig	5,5	2%
Totalt	**340,0**	**100%**

Kategori	Kostnad, mkr	Andel
Psykiatri	164,5	48%
Primärvård	112,5	33%
Somatisk specialistvård	31,0	9%
Geriatrik	31,0	9%
Övrig	1,0	0%
Totalt	**340,00**	**100%**

5.1.3 Återrapportering medel för åtgärder god ekonomisk hushållning

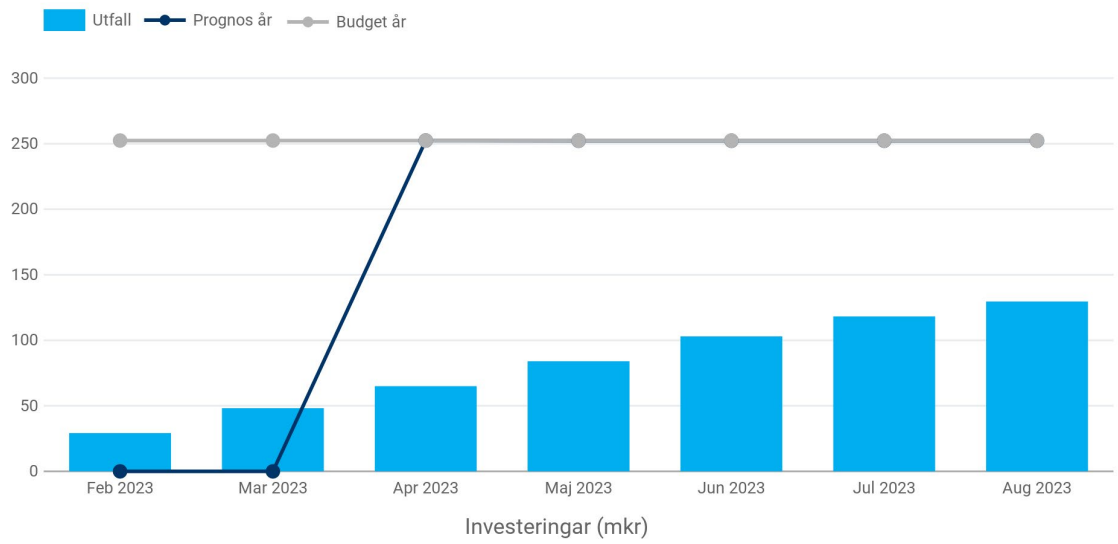
Nämnden har erhållit medel för åtgärder för god ekonomisk hushållning för två projekt:

- digital specialistkonsultation samarbete Södertälje sjukhus 0,8 miljoner kronor, samt
- automatisering av administrativa processer, 0,5 miljoner kronor

5.1.4 Säsongsvariationer (krav på återrapportering endast i delår)

SLSO:s resultat ackumulerat för augusti speglar i huvudsak den förväntade säsongsvariationen för årets resultat och resultatutfallen sett ur ett historiskt perspektiv.

5.2 Investeringar



Utgift i jämförelse med budget

Periodens ackumulerade investeringsutfall uppgår till 129,6 mkr vilket motsvarar en upparbetningsgrad mot budget på 51 %.

Investeringsutfallet för perioden ligger 33,6 mkr över föregående års motsvarande period utfall.

Ersättnings- och nyinvesteringstakten inom hjälpmedelsverksamheten är 62 % för perioden.

Ny- och ersättningsinvesteringar

Investeringar (mkr)	Utgift ack. innev. år	Budget innev.år	Prognos innev.år	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Nyinvesteringar					
Ersättningsinvesteringar	129,6	252,4	252,4	122,8	51%
Totalt investeringar	**129,6**	**252,4**	**252,4**	**122,8**	

Prognos i jämförelse med budget

SLSO:s investeringsutrymme för 2023 är 252,4 miljoner kronor, årets prognos planeras ligga i linje med budget. Investeringarna består främst av ersättningsinvesteringar i medicinskteknisk utrustning, inventarier, informations- och kommunikationsteknik samt tekniska hjälpmedel.

De stora investeringsobjekten som finns i investeringsbudgeten för 2023 är;

- förberedelser inför Löwenströmska sjukhusets tekniska upprustning och verksamhetsanpassning
- mottagande av Nationell Högspecialiserad vård för självskadebeteende vuxna och ätstörning
- upphandlad medicinsk teknisk utrustning för ECT på Nacka

Status enskilda investeringsobjekt

För 2023 har SLSO inga investeringsobjekt överstigande 100 mkr.

Status investeringsplanens genomförbarhet och risk

En risk är att ombyggnationer i externt förhyrda lokaler, blir tilläggshyror.

Byggnadsteknisk risk kopplat till ansvarsfrågan rörande farliga läkemedel tex gas.

5.2.1 Kommande investeringsbeslut för investeringsobjekt > 300 mkr

Investeringsobjekt	Typ av beslut	Inv. utgift beslut Mkr	Total inv. utgift inv. objekt Mkr	Datum beslut nämnd/bolags styrelse	Datum planerat beslut RS/RF
Investeringsobjekt 1					
Investeringsobjekt 2					

Åtgärd (Mkr)	Kommentar	Utfall 2023-08	Prognos delår	Prognos okt	Helårseffekt 2023
Minska inhyrd personal		3,7	35,0		35,0
Administrationskostnader	Risk för övervältringseffekt	1,0	26,0		26,0
Bemanning		9,9	115,0		115,0
Produktivitetstökning		9,9	35,0		35,0
Effektiviseringseffekt av övergång till SF			7,0		7,0
Sänkt indexuppräkning Locumhyror (jmf budget)			9,0		9,0
Summa		24,5	227	0	227,0

Det planerade åtgärdsprogrammet för 2023 är beräknat till 227 mkr. Ackumulerat tom augusti har åtgärderna haft en ekonomisk effekt på 24,5 mkr.

De risker vi ser är främst kopplade till SLSO:s vakanser och personalbrist. En förutsättning för att nå planerade åtgärder vad gäller minskad inhyrning och ökad produktivitet ä den förväntade effektiviseringseffekten av övergången till Serviceförvaltningen uteblir. Åtgärder avseende adminmistrativa kostnader och produktivitetsökning är svåra att sätt

D, G och I är obligatoriska övriga är frivilliga vid T1, kan komma att bli obligatoriska framåt.

Budget 2023 ink åtgärd	Budget 2024 ink åtgärd	Budget 2025 ink åtgärd
10 311,5 251,7 482,3		
11 045,5	0	0

r att SLSO klarar att bemanna upp. Det finns också viss risk att
a i relation till budget 2023.

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2023-1398
RS 2023-0407

Stockholms läns sjukvårdsområde

Plan för intern kontroll, delår

Delår 2023

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

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

3 Sammanställning av risker 8

1 Bakgrund

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

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

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

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

2 Intern kontroll

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

2.1 Styr- och kontrollmiljö

Styr- och kontrollmiljön är omgivningen som den interna styrningen och kontrollen verkar i och påverkas av, det vill säga fundamentet för nämndens arbete med risk och intern kontroll. Exempel på detta är organisationskulturen, ledningens agerande, policys, riktlinjer och andra styrande dokument.

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

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

Sjukvårdsdirektören rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner.

2.2 Riskbedömning

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

- Strategiska risker
- Ekonomiska risker
- Operativa risker
- Regelefterlevnadsrisker

Internkontrollplan för 2023 fastställdes av nämnden i samband med verksamhetsplan 2023. Denna internkontrollplan och riskbedömning kvarstår vid delårsuppföljningen.

I planen för intern kontroll 2023 har SLSO identifierat ett antal risker för verksamheten. Det risker med högst riskvärde finns inom ekonomi och styrning samt inom attraktiv arbetsgivare. Riskerna finns inom en kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar, övervältring av administration på vårdpersonal, hantering av icke bärkraftiga samt ökad svårighet att rekrytera personal.

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

Det pågår dessutom ett fortsatt arbete med att tydliggöra informationsförvaltningen

och informationshantering inom SLSO samt utveckla stödsystem för att minska administration.

Risker i varierande grad finns när det gäller ledarskap/kompetensförsörjning, nuvarande digital miljö, patientsäkerhet samt tillgänglighet. SLSO har därför under våren arbetat med förändrade arbetssätt samt analys av avvikelser, öka digitaliseringsgraden inom verksamheterna, delta i upphandlingen av nytt huvudjournalsystem, genomföra utbildningsinsatser samt utveckla stödet till chefer.

SLSO arbetar även systematiskt med utbildningsinsatser och checklistor för att förbättra kris- och katastrofhanteringen och säkerställa långsiktig uthållighet.

De två obligatoriska riskerna, felaktiga externa betalningar och risk för felaktigheter i den finansiella rapporteringen hanteras inom ramen för redan etablerade uppföljningar såsom kontroll av följsamhet till delegationsordning och gällande attest. Dessutom förs en kontinuerlig dialog med serviceförvaltningen och arbete pågår med att ta fram en ny SLA.

2.3 Kontrollaktiviteter

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

I internkontrollplanen för 2023 fastställdes ett antal kontroller för att minimera identifierade risker. Dessa kontrollaktiviteter kvarstå vid delårsuppföljningen. Planerade kontrollaktiviteter har genomförts enligt plan under våren och bedömningen är att planerade kontrollmoment kommer kunna genomföras även under hösten.

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

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

2.4 Information och kommunikation

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

SLSO har tagit fram ett flertal dokument, som utgår från Region Stockholms övergripande styrande dokument, för att understödja information och kommunikation

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

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

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

2.5 Övervakning och uppföljning

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

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

2.5.1 Uppföljning

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

Rapportering av den interna kontrollen sker till SLSO:s ledningsgrupp i samband med tertial, delårs- och årsuppföljning. Sjukvårdsdirektören är ansvarig för den interna kontrollen inom SLSO och rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner. Nämnden beslutar dessutom om planen för intern kontroll 2023 i samband med beslut om verksamhetsplan 2023. Nämnden fattar även beslut om uppföljning av den interna kontrollen i samband med beslut om boksluten för tertial, delårs- och årsuppföljningen.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

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

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

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

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

SLSO följer Region Stockholms policy för intern kontroll, RS 2022-0326. Intern kontroll inom Region Stockholm är en tillämpning av COSO-modellen vilken SLSO har använt sig av för att ta fram internkontrollplan 2023. Inom ramen för den interna revisionen säkerställer förvaltningen dessutom en god intern styrning och kontroll och följsamhet till styrande dokument.

Inga avsteg från riktlinjen har noterats under perioden.

2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

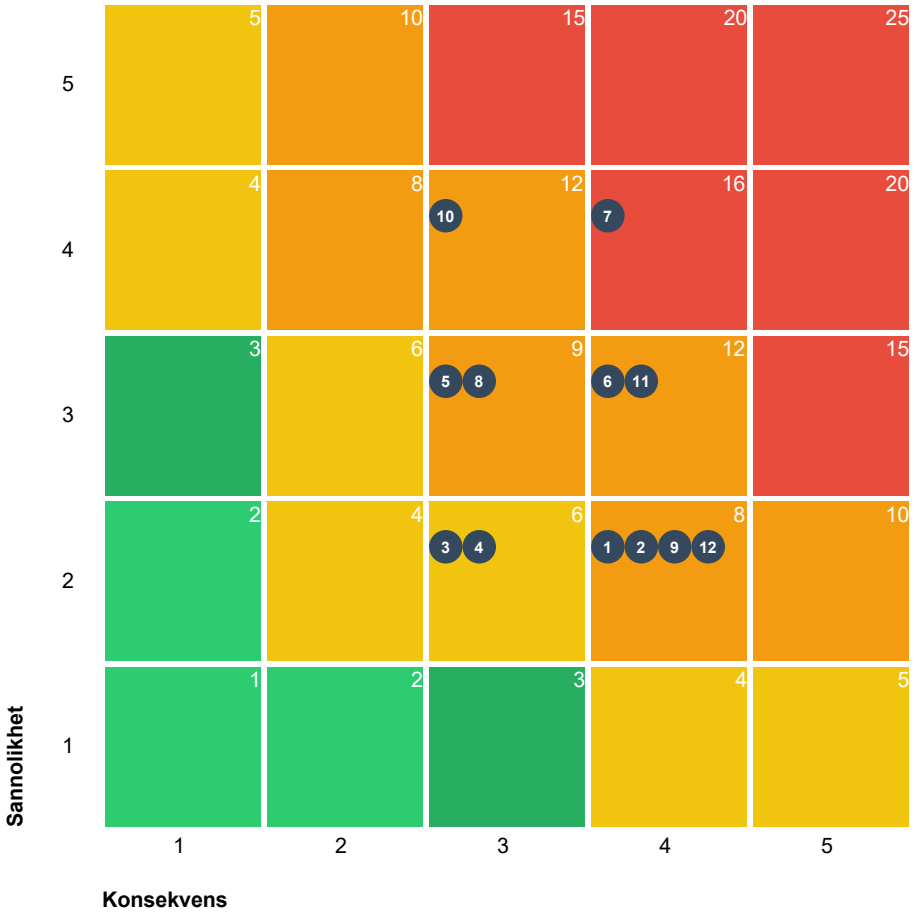
Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd samt i den löpande rapporteringen till regionledningskontoret. Förvaltningschef ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår.

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

Nämnden fastställde plan för intern kontroll 2023 i samband med antagande av verksamhetsplan 2023. Bland de väsentligaste riskerna i internkontrollplanen för 2023 identifierades ett flertal risker inom kompetensförsörjning samt ekonomi och styrning och förvaltningen har under våren fortsatt arbeta aktivt med att stärka verksamhets-, personal- och ekonomiska analyser.

I årsuppföljningen 2022 bedömde regionrevisorerna att SLSO har en tillfredsställande intern styrning och kontroll. Revisionsrekommendationer följs upp kontinuerligt i Stödet/Stratsys i dialog mellan SLSO och revisionen.

3 Sammanställning av risker



1 Mycket hög risk 9 Hög risk 2 Medelhög risk | Totalt: 12

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

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

Verksamhetsspecifikt mål/Nämndspecifikt mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
En hälso- och sjukvård av god kvalitet		2		11924	Bristande patientsäkerhet (avvikelser kopplat till vårdskada)	**Riskägare** Svante Nyberg
		1		10908	Bristande förmåga att ändra arbetssätt	**Riskägare** Svante Nyberg
Ett resultat i balans		5		10913	Bristande kostnadsmedvetande i organisationen	**Riskägare** Karin Persson
		6		11919	Hantering av icke bärkraftiga verksamheter	**Riskägare** Karin Persson
		7		27876	En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar	**Riskägare** Karin Persson
		3		87482	Risk för felaktiga externa betalningar	**Riskägare** Jannike Kristoffer son
		4		87483	Risk för felaktigheter i den finansiella rapporteringen	**Riskägare** Jannike Kristoffer son
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		11		11922	Ökad svårighet att rekrytera personal	**Riskägare** Lars Dahlberg
2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta		8		37471	Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse	**Riskägare** Mikael Lindgren Ebenholtz
Systematisk kompetensförsörjning		12		11923	Bristande ledarskap	**Riskägare** Lars Dahlberg
Kärnverksamhet ska prioriteras		10		27877	Övervältring av administration på vårdpersonal	**Riskägare** Karin Persson
Hög innovations- och digitaliseringsgrad		9		48301	Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven	**Riskägare** Ulf Lockowandt

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2023-1398
RS 2023-0407

Stockholms läns sjukvårdsområde

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

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning 3

2 En hälso- och sjukvård av god kvalitet 4

3 Ett resultat i balans 5

4 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare 7

5 2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta 8

6 Systematisk kompetensförsörjning 9

7 Kärnverksamhet ska prioriteras 10

8 Hög innovations- och digitaliseringsgrad 11

1 Läsanvisning

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

Risknivå

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

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

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

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

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

Kontroller

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

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

2 En hälso- och sjukvård av god kvalitet

Risk	Kontroll	Komm entar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande patientsäkerhet (avvikelser kopplat till vårdskada) 	**Namn** Patientsäkerhetsberättelse och systematiska granskningar **Frekvens** Årlig patientsäkerhetsberättelse och intern revision samt kontinuerliga analyser.				
			Namn Lärande organisation **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2023-12-31		
Namn Bristande förmåga att ändra arbetssätt 	**Namn** Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning.				
			Namn Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2023-12-31		

3 Ett resultat i balans

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande kostnadsmedvetande i organisationen 	**Namn** Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar **Frekvens** Månadsuppföljning				
			Namn Uppföljning av ekonomi **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2023-12-31		
Namn Hantering av icke bärkraftiga verksamheter 	**Namn** Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna **Frekvens** Månadsuppföljning				
			Namn Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2023-12-31		
Namn En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar 	**Namn** Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna **Frekvens** Månadsuppföljning				
			Namn Regelbunden uppföljning **Startdatum** 2023-01-01		

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
			Slutdatum 2023-12-31		
Namn Risk för felaktiga externa betalningar 	**Namn** Följsamhet till delegationsordning och attestförteckning **Frekvens** Kontinuerligt				
			Namn Rutin för attestkontroll **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2023-12-31		
Namn Risk för felaktigheter i den finansiella rapporteringen 	**Namn** Uppföljning av verksamheten **Frekvens** Kontinuerligt samt i samband med T1, delår och årsbokslut				
			Namn Följa upp och åtgärda påtalade brister **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2023-12-31		

4 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Ökad svårighet att rekrytera personal 	**Namn** Uppföljning av indikatorer **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning.				
			Namn Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning. **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2023-12-31		

5 2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse 	**Namn** Uppföljning av verksamheten **Frekvens** Kontinuerligt samt uppföljning av styrkorten i samband med T1, delår och årsuppföljning.				
			Namn Tillvarata erfarenheter **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2023-12-31		

6 Systematisk kompetensförsörjning

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande ledarskap 	**Namn** Följ upp vårdgrenarnas verksamhet **Frekvens** Medarbetarenkät årligen. Chefsdialoger kontinuerligt.				
			Namn Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2023-12-31		

7 Kärnverksamhet ska prioriteras

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Övervältring av administration på vårdpersonal 	**Namn** Uppföljning av indikator **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning.				
			Namn Införande av digitala system **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2023-12-31		

8 Hög innovations- och digitaliseringsgrad

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven 	**Namn** Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser **Frekvens** Årligen				
			Namn Säkerställa kritiska funktioner i nuvarande system **Startdatum** 2023-01-01 **Slutdatum** 2023-12-31		

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2023-1398
RS 2023-0407

Stockholms läns sjukvårdsområde

Fördjupad sammanställning av mål, risker, kontroller och åtgärder, delår

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning 3

2 En hälso- och sjukvård av god kvalitet 4

2.1 Bristande patientsäkerhet (avvikelser kopplat till vårdskada) 4

2.2 Bristande förmåga att ändra arbetssätt 5

3 Ett resultat i balans 7

3.1 Bristande kostnadsmedvetande i organisationen 7

3.2 Hantering av icke bärkraftiga verksamheter 8

3.3 En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar 9

3.4 Risk för felaktiga externa betalningar 10

3.5 Risk för felaktigheter i den finansiella rapporteringen 11

4 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare 13

4.1 Ökad svårighet att rekrytera personal 13

5 2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta 15

5.1 Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse 15

6 Systematisk kompetensförsörjning 17

6.1 Bristande ledarskap 17

7 Kärnverksamhet ska prioriteras 19

7.1 Övervältring av administration på vårdpersonal 19

8 Hög innovations- och digitaliseringsgrad 21

8.1 Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven 21

1 Läsanvisning

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

Risknivå

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

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

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

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

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

Kontroller

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

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

2 En hälso- och sjukvård av god kvalitet

2.1 Bristande patientsäkerhet (avvikelser kopplat till vårdskada)

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

Kommentar

Övergripande anvisningar för patientsäkerhetsarbetet är framtagna. En manual är också framtagen. Arbete med att ta fram en struktur för egenkontroller kommer fortgå under hösten. Arbete med att ta fram en struktur för att följa upp avvikelser pågår. En manual för ärendehantering inom patientsäkerhet är framtagen. Ett arbete med att etablera ett systematiskt analysarbete för ärendehantering pågår.

Kontroll	Status
Namn Patientsäkerhetsberättelse och systematiska granskningar	
Frekvens Årlig patientsäkerhetsberättelse och intern revision samt kontinuerliga analyser.	
Beskrivning Patientsäkerhetsberättelse, analys av avvikelser i händelsevis. Intern revision.	
Kommentar Arbetet med patientsäkerhetsberättelsen för 2023 pågår enligt plan. Patientsäkerhetsberättelsen för 2022 har presenterats under våren. En rutin för strukturerad kontroll och uppföljning av avvikelser är framtagen. Arbetet med egenkontroller kommer fortgå under hösten.	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Lärande organisation	2023-01-01	2023-12-31		

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

Kommentar

Flödesschema för patientsäkerhet har tagits fram av VS patientsäkerhet som ett led i att skapa ett ramverk för egenkontroller inom SLSO. Arbetet kommer fortgå under hösten. En rutin för en strukturerad återrapportering av patientsäkerhetsrisker har tagits fram. Syftet är att bidra till den lärande organisationen genom goda exempel.

2.2 Bristande förmåga att ändra arbetssätt

10908

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

Kommentar

Ett arbete pågår för att konstant förbättra tillgängligheten för patienter och minska väntetiderna. Digitalisering är en del i detta arbete både genom tidsbokning på nätet samt tillgängligheten till digitala vårdmöten. Under våren har en granskning genomförts av tillgänglighetsrapporterna.

Kontroll	Status

Namn
Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort

Frekvens
T1, delår och årsuppföljning.

Beskrivning
Uppföljning av tillgänglighetsindikatorer. Följa digitaliseringsgraden.

Kontroll	Status

Kommentar

Tillgängligheten utifrån styrkorten samt digitaliseringsgraden följs upp i samband med T1 och delåret.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen	2023-01-01	2023-12-31		

Åtgärdsbeskrivning

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

Kommentar

En granskning av tillgänglighetsrapporterna har genomförts under våren. Utveckling av digital vård pågår.

3 Ett resultat i balans

3.1 Bristande kostnadsmedvetande i organisationen

10913

Riskvärde
9

Riskbeskrivning
Oförmåga att förstå ekonomiska konsekvenser av fattade beslut i stort och smått.

Sannolikhet
3

Konsekvens
Fokus på felaktiga ekonomiska åtgärder. Onödiga kostnader.

Konsekvens
3

Kommentar

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

Kontroll	Status
Namn Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar	

Frekvens
Månadsuppföljning

Beskrivning
Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser.

Kommentar

Verksamhetsuppföljningar har skett enligt plan.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Uppföljning av ekonomi	2023-01-01	2023-12-31		

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

Åtgärd
Kommentar
Arbetet med att förbättra stödsystem pågår enligt plan.

3.2 Hantering av icke bärkraftiga verksamheter

	Riskvärde	Riskbeskrivning
11919	12	Svårigheter att identifiera rätt åtgärder. Svårigheter att få avveckla verksamheter, om åtgärder inte bedöms möjliga eller tillräckliga.
	Sannolikhet	**Konsekvens**
	3	Påverkar det ekonomiska resultatet och tar kraft från verksamheten.
	Konsekvens	
	4	

Kommentar

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

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

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner	2023-01-01	2023-12-31		

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

Kommentar

Verksamhetsuppföljningar genomförs enligt plan. Marknadsanalyser har genomförts vid behov.

3.3 En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar

27876

Riskvärde	Riskbeskrivning
16	Kortsiktig ekonomisk planering/framförhållning. Bristande förmåga att anpassa kostnader till ändrad ersättning/förutsättningar.
Sannolikhet	**Konsekvens**
4	Underskott som inte hanteras. Resultatkravet för SLSO uppnås inte. Kortsiktiga beslut som långsiktigt inte är hållbara. Ökad uppmärksamhet (reaktivt) på ekonomi och åtgärder, tar kraft och resurser från verksamhet och utveckling.
Konsekvens	
4	

Kommentar

Uppföljning av ekonomin har skett vid verksamhetsuppföljningar. SLSO redovisar ackumulerat för augusti ett negativt resultat på 44,4 mkr, vilket är 297,6 mkr sämre än budget och 423,2 mkr sämre än samma period föregående år.

Kontroll	Status
Namn	
Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna	

Kontroll	Status

Frekvens
Månadsuppföljning

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

Kommentar

Planerade aktiviteter för 2023 förväntas genomföras. Uppföljning av ekonomin har skett vid verksamhetsuppföljningar. Business case upprättas vid verksamhetsförändringar.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Regelbunden uppföljning	2023-01-01	2023-12-31		

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

Kommentar

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

3.4 Risk för felaktiga externa betalningar

87482

Riskvärde
6

Riskbeskrivning
Risk för att felaktiga betalningar genomförs till exempelvis leverantörer eller anställda (i form av löner)

Sannolikhet
2

Konsekvens
Om tillräckliga kontroller och åtgärder inte vidtas kan oegentligheter i form av obehöriga betalningar förekomma. Detta kan leda till

Konsekvens
3

såväl ekonomisk skada som förtroendeskada.

Kommentar

En rutin för uppföljningar är etablerad. SLSO för en kontinuerlig dialog med serviceförvaltningen gällande granskningar av fakturaunderlag samt utanordningslistor i Heroma.

Kontroll	Status

Namn
Följsamhet till delegationsordning och attestförteckning

Frekvens
Kontinuerligt

Beskrivning
Kontinuerlig uppföljning av delegationsordning och attest vid utbetalningar. Stickprov.

Kommentar

Kontroller och stickprover har genomförts enligt plan under våren.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Rutin för attestkontroll	2023-01-01	2023-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Följa upp rutin för kontroll av utbetalningar och attest av utanordningslistor i Heroma.

Kommentar

Stickprover genomförs kontinuerligt enligt plan. En dialog pågår med serviceförvaltningen.

3.5 Risk för felaktigheter i den finansiella rapporteringen

	Riskvärde	Riskbeskrivning
87483	6	Risk för att finansiella rapporter som månadsrapport, delårsrapport, årsredovisning, verksamhetsberättelse etc. inte är tillförlitliga och
	Sannolikhet	inte ger en rättvisande bild av verksamheten.

	2	**Konsekvens**
	Konsekvens	Användare av den finansiella informationen kan fatta beslut på felaktiga grunder. Detta kan leda till såväl ekonomisk skada som
	3	förtroendeskada.

Kommentar

SLSO följer gällande lagar och regler. Kontroll av den finansiella rapporteringen ingår som en del i revisorernas granskning. SLSO har genomfört kontinuerliga kontroller under våren.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av verksamheten	

Frekvens
Kontinuerligt samt i samband med T1, delår och årsbokslut

Beskrivning
Månadsuppföljningar samt i samband med boksluten

Kommentar

Verksamheten följs upp i samband med T1 och delåret. Månadsuppföljningar har skett enligt plan under våren.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Följa upp och åtgärda påtalade brister	2023-01-01	2023-12-31		

Åtgärdsbeskrivning
Följa upp och åtgärda av revisorerna påtalade brister.

Kommentar

Revisorernas rekommendationer följs upp regelbundet enligt plan.

4 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

4.1 Ökad svårighet att rekrytera personal

11922

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

Kommentar

SLSO har vidtagit en rad åtgärder under våren för att minska inhyrningen. Trots en rad aktiviteter centralt i SLSO och lokalt i verksamheterna har det varit svårt att förbättra utfallet i rekryteringsarbetet. SLSO har svårigheter med bemanning både inom primärvården och inom heldygnsvården. SLSO har etablerat ett dispensförfarande vid inhyrning där beslut fattas av en särskild grupp. SLSO arbetar även med att öka attraktiviteten som arbetsgivare genom exempelvis ökat friskvårdsbidrag, utbildning och ökat stöd till chefer. SLSO ser en fortsatt risk kopplat till kompetensförsörjning och arbetet med detta kommer fortgå under hösten.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av indikatorer	
Frekvens T1, delår och årsuppföljning.	
Beskrivning Uppföljning av indikatorer.	
Kommentar Uppföljning av indikatorer sker i samband med uppföljning av T1 och delåret.	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning.	2023-01-01	2023-12-31		

Åtgärdsbeskrivning

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

Kommentar

Trots en rad aktiviteter centralt i SLSO och lokalt i verksamheterna har det varit svårt att förbättra utfallet i rekryteringsarbetet för både chefer och medarbetare under våren. Arbetet kommer fortgå under hösten och är en av nämndens prioriterade frågor under året.

5 2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta

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

37471

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

Kommentar

En checklista är framtagen för att underlätta för verksamheterna. Utbildningar har genomförts under våren enligt plan och kommer fortsätta under hösten. En krigsplaceringsplan är framtagen. Ett arbete pågår för att ta fram mallar och brev inför krigsplaceringar. Detta arbete kommer fortgå under hösten. Arbete pågår med att säkerställa regionens läkemedelsförsörjning. Förvaltningen följer kontinuerligt utvecklingen av det säkerhetspolitiska läget i samråd med berörda myndigheter.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av verksamheten	
Frekvens Kontinuerligt samt uppföljning av styrkorten i samband med T1, delår och årsuppföljning.	
Beskrivning Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser. Uppföljning av styrkort.	
Kommentar Styrkorten följs upp i samband med uppföljning av T1 och delåret. Ekonomiska- och verksamhetsanalyser har genomförts kontinuerligt vid behov under våren.	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Tillvarata erfarenheter	2023-01-01	2023-12-31		

Åtgärdsbeskrivning

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

Kommentar

Aktiveringsplaner och checklistor är framtagna. Ett kontinuerligt arbete med att utvärdera och förbättra pågår. Övningar genomförs enligt plan.

6 Systematisk kompetensförsörjning

6.1 Bristande ledarskap

11923

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

Kommentar

Under våren har fortsatt stöd med chefsprogram och chefstöd till ledningsgrupper genomförts. Arbete pågår för att förbereda höstens medarbetarenkät. Särskilda insatser har genomförts när det gäller primärvårdens chefsförsörjning.

Kontroll	Status
Namn Följ upp vårdgrenarnas verksamhet	
Frekvens Medarbetarenkät årligen. Chefsdialoger kontinuerligt.	
Beskrivning Medarbetarenkät och chefsdialoger.	
Kommentar SLSO:s styrkort följs upp i samband med uppföljningen av T1 och delåret. En medarbetarenkät kommer genomföras under hösten. Verksamheterna följs upp kontinuerligt av SLSO:s ledning.	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer	2023-01-01	2023-12-31		

Åtgärd

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

Kommentar

Verksamheternas resultat och kvalitet följs upp i samband med uppföljningen av T1 och delåret. Stöd till chefer har utvecklats och funnits tillgängligt inom förvaltningen under våren. Arbetet med ökat stöd till chefer kommer fortgå under hösten.

7 Kärnverksamhet ska prioriteras

7.1 Övervältring av administration på vårdpersonal

27877

Riskvärde	Riskbeskrivning
12	Ökade administrativa krav samt krav på effektivisering av administrationen.
Sannolikhet	**Konsekvens**
4	Minskade resurser för kärnverksamheten.
Konsekvens	
3	

Kommentar

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

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av indikator	
Frekvens T1, delår och årsuppföljning.	
Beskrivning Uppföljning av indikatorn andel administrativ personal av totala kostnader.	
Kommentar	
Indikatorn andel administrativ personal följs upp i samband med resultatet för T1 och för delåret.	

Åtgärd				
Namn	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**	**Effekt av åtgärd**
Införande av digitala system	2023-01-01	2023-12-31		

Åtgärd

Åtgärdsbeskrivning

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

Kommentar

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

Förvaltningen arbetar vidare med att utveckla användningen av bl.a. Stödet/Stratsys, Teams och Platina/Edit för att möjliggöra att minska den administrativa bördan för kärnverksamheten.

8 Hög innovations- och digitaliseringsgrad

8.1 Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven

48301



Riskvärde	Riskbeskrivning
8	FVM nedlagt. Sättet nuvarande journalsystemet är byggt på ställer till problem både med underhåll och vidareutveckling. Förnyad
Sannolikhet	upphandling av journalsystem.
2	**Konsekvens**
Konsekvens	Ökade kostnader, uteblivna effektiviseringsmöjligheter
4	

Kommentar

SLSO deltagit i arbetet med upphandling av nytt huvudjournalsystem som har påbörjas under våren. Upphandlingen pågår enligt plan. Digitalt stöd för tvångsvård ingår nu som en del i upphandlingen av huvudjournalsystem.

SLSO har infört en strategisk styrning digitalisering inom SLSO. Alltid Öppet – distansvård utvecklas enligt plan.

En förstudie för distansmonitorering har genomförts under våren för att kunna följa patienter med vissa diagnoser i hemmet. Detta arbete kommer fortgå under hösten.

Kontroll	Status
Namn Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser	
Frekvens Årligen	
Beskrivning Genomföra verksamhetsanalyser och ekonomiska analyser.	
Kommentar Verksamhetsanalyser och ekonomiska analyser har genomförts löpande.	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Säkerställa kritiska funktioner i nuvarande system	2023-01-01	2023-12-31	●	■

Åtgärdsbeskrivning

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

Kommentar

En upphandling av nytt huvudjournalsystem pågår enligt plan. En strategisk styrning på SLSO för digitalisering är tillskapad.

Signerad av
Karin Persson

Signaturdatum
2023-09-27 14:16:09