Stockholms läns sjukvårdsområde
Sjukvårdsdirektören

BESLUTSUNDERLAG
2022-02-03

SLSO 2022-0997
RS 2022-0738

Verksamhetsberättelse 2022 för Stockholms läns sjukvårdsområde

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

Årets resultat uppgår till 233,4 mkr.

Förslag till beslut
Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att fastställa verksamhetsberättelse per 2022-12-31 med bilagor, samt

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Karin Persson
Tf. sjukvårdsdirektör/ekonomidirektör

Bifogas

Årsrapport med bilagor

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2022-0997
RS 2022-0738

Stockholms läns sjukvårdsområde

Verksamhetsberättelse

December 2022

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens kommentar 4
1.1 Väsentliga händelser 4

2 Styrning och ledning 6
2.1 Verksamhetsfakta 6
2.2 Styrning av nämnd 6
2.3 Mål 7
2.3.1 Mål och indikatorer 7
2.4 Uppdrag 20
2.5 Intern kontroll 20
2.5.1 Arbetet med intern kontroll 20
2.5.2 Risker, åtgärder och kontroller 20
2.5.3 Försäkran 21
2.5.4 Regelefterlevnad 22

3 Verksamhet 24
3.1 Vårdproduktion 24
3.2 Produktivitet 27

4 Personal 29
4.1 Attraktiv arbetsgivare 30
4.2 Strategisk kompetensförsörjning 30
4.3 Systematiskt arbetsmiljöarbete 33
4.4 Helårsarbeten 36
4.5 Sjukfrånvaro 39

5 Ekonomi 41
5.1 Resultat 41
5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal 47
5.1.2 Konsultkostnader 49
5.1.3 Utredning av det fullmäktige beslutade resultatkravet 49
5.2 Åtgärder för ett resultat i balans 50
5.3 Investeringar 51
5.3.1 Kommande investeringsbeslut för investeringsobjekt > 300 mkr 52
5.4 Balansräkning 52
5.5 Kassaflödesanalys 53

6 Digitalisering 54
6.1 Digitaliseringsinitiativ 54
7 Pågående rättsprocesser (tvister) 55
8 Övrigt 56
9 Förväntad utveckling 2023 57
10 Nämnd-/styrelsebehandling 58

Bilagor

Bilaga 1: SLSO merkostnader 2022

Bilaga 2: SLSO Bil E1 ovriga-avsattningar-ansvarsforbindelser-och-tvister-2022

Bilaga 3: Bilaga F5-Inköp och upphandling 2022

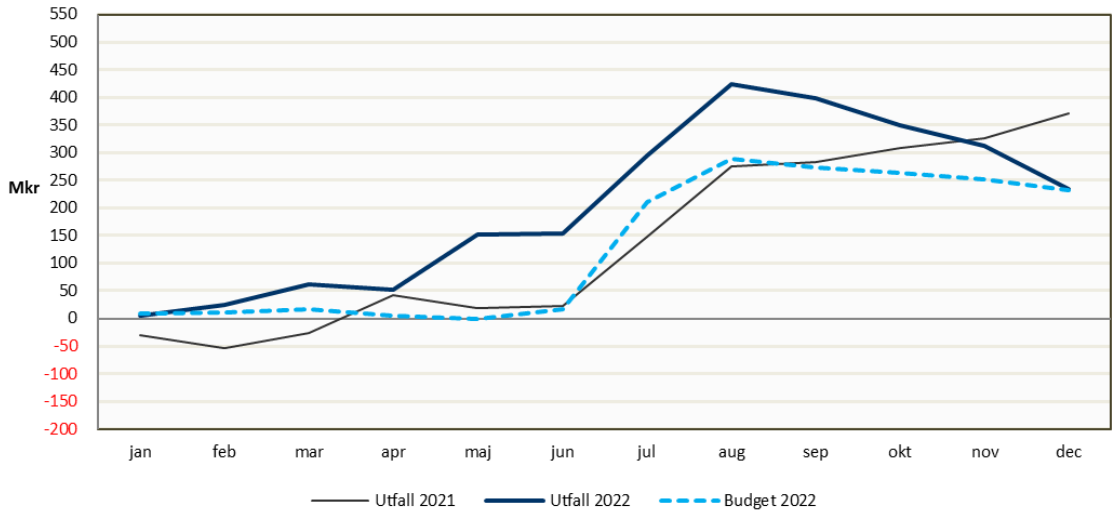
Bilaga 4: Plan för intern kontroll 2022, Årsuppföljning

Bilaga 5: Bilaga 1: Sammanställning mål, risker, kontroller och åtgärder, År 2022

Bilaga 6: Fördjupad sammanställning av mål, risker, kontroller och åtgärder, år 2022

1 Förvaltningschefens kommentar

1.1 Väsentliga händelser



Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) redovisar ett positivt resultat för år 2022 på 233,4 mkr, 1,3 mkr bättre än fastställt resultatkrav. I delårsbokslutet prognostiserades ett överskott för 2022 på 340 mkr. Om hänsyn tas till uppräkningen av löneskulden som skett i årsbokslutet (111 mkr), är det redovisade resultatet i linje med prognosen i delåret. Vårdgrenarna geriatrik och somatisk specialistvård redovisar resultat som avviker negativt från budget, resterande uppvisar en ekonomi i balans.

SLSO:s totala intäkter utfaller 834,6 mkr (6,3 %) högre än budget och 680,3 mkr (5,1 %) högre än 2021. Ökningen förklaras delvis av obudgeterade ersättningar kopplade till covid-19. Dessa har bland annat avsett ersättningar från Region Stockholm dels för kostnadstäckning av merkostnader för covid-19, dels ”extra ersättning för att genomföra personalfrämjande åtgärder”. I intäktsutfallet finns även en obudgeterad ersättning från Region Stockholm avseende täckning av utbetald bonus till medarbetare. SLSO har även erhållit obudgeterad statlig ersättning för täckning av ökade sjuklönekostnader för januari-mars. Vidare har ökade försäljningsvolymer inom hjälpmedelsverksamheten väsentligt bidragit till de ökade intäkterna.

SLSO:s totala kostnader utfaller 833,2 mkr (6,4 %) högre än budget och 818,3 mkr (6,3 %) högre än 2021. Ökade kostnader under året kopplas även det i huvudsak till obudgeterade covid-relaterade poster samt av de ökade volymerna i hjälpmedelsverksamheten. Vidare har uppräkningen av löneskulder med 2023 års PO-pålägg genererat ökade kostnader under 2022 på motsvarande 111 mkr.

Rensat för kostnadsposter kopplade till covid-19 samt ökade inköpskostnader i takt med ökade försäljningsvolymer inom Hjälpmedelsverksamheten, utfaller SLSO:s totala kostnader under 2022 2,8 % högre än budget och 3,0 % högre än 2021.

År 2022 blev det tredje året med covid-19-pandemin. Trots vaccin och bättre

behandlingsstrategier utgör covid-19 en fortsatt utmaning inte minst när det gäller sjukfrånvaro bland personal. Året inleddes med en våg av smittspridning som innebar höga sjukskrivningstal som i sin tur påverkade produktionen och därmed tillgängligheten. Året avslutades också med en covid-19 våg som i kombination med influensa och RS-virus innebar stor påverkan på verksamheten.

I verksamhetsplan 2022 pekade nämnden ut fyra prioriterade gemsamma aktiviteter för 2022:

- **strategi "Alltid öppet".** Tillsätta ett strategiskt råd med fokus att nyttja och utveckla ”Alltid Öppet” ur ett SLSO perspektiv. Se vidare avsnitt 2.3.1.2.9.
- **vårdprocesser.** Se vidare avsnitt 2.3.1.2.1
- **kompetensförsörjning.** Se vidare avsnitt 4.2
- **stärkt FoUU.** Se vidare avsnitt 2.3.1.2.10

2 Styrning och ledning

2.1 Verksamhetsfakta

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

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

Stockholms läns sjukvårdsområde ska:

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

2.2 Styrning av nämnd

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

Varje verksamhet/resultatenhet bryter ner och konkretiserar de övergripande målen i

aktivitetsplaner utifrån sina verksamhetsuppdrag och avtalen med hälso- och sjukvårdsnämnden.

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

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

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

SLSO:s övergripande styr- och ledningssystem är en beskrivning av den struktur för hur SLSO styr och leder verksamheten. Det inbegriper ett antal specifika ledningssystem, såsom t.ex. för tvångsvård, kvalitet, arbetsmiljö och miljö. SLSO är certifierat inom områdena kvalitet (ISO 9001), miljö (ISO 14001) samt arbetsmiljö (ISO 45001). Att systemet fungerar säkerställs genom årlig revision.

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

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

2.3 Mål

2.3.1 Mål och indikatorer

Långsiktig ekonomisk uthållighet

Ett resultat i balans
Målet har uppnåtts utifrån att SLSO redovisar ett ekonomiskt resultat på 233 mkr, vilket är bättre än det av fullmäktige fastställda resultatkravet.

Produktiviteten kommenteras i avsnitt 3.2.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Produktivitet produktion/kostnad *(Nämnd)*	0,8%	1,6%		1%	

Kommentar

Produktionen har ökat jämfört med förra året men pandemiläget i början av året medförde produktionsbortfall, främst inom psykiatrin och habiliteringen. Kostnaderna har minskat men inte i motsvarande utsträckning. Uttag av "covidledighet" har bidragit till en minskad bemanning utan medföljande kostnadsminskning.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
RE med positiv produktivitetsutveckling *(Nämnd)*	62%	52%		70%	

Kommentar

Antal resultatenheter med positiv produktivitetsförändring når inte målet men har ökat väsentligt från förra året. Störst är förändringen inom primärvården.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Produktivitet produktion/arbetad timma *(Nämnd)*	1,4%	0,9%		>1%	

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Nämnden/bolaget har uppnått sitt resultatkrav *(Regionfullmäktige)*	233mkr			232mkr	

Hållbar investeringsutveckling

Årets ackumulerade investeringsutfall uppgår till 162,5 mkr vilket motsvarar en upparbetningsgrad mot budget på 64,4 %. Jämfört mot prognos är upparbetningsgraden 84 %.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel investeringar där genomförandebeslut har föregåtts av en totalekonomisk bedömning med totalkostnadskalkyl *(Regionfullmäktige)*					100%

Kommentar

Inga investeringsbeslut har genomförts som avses i indikatorn.

En hållbar regional utveckling

En hälso- och sjukvård av god kvalitet

SLSO uppnår målnivån för 8 av 13 indikatorer som rapporteras i årsrapporten. Tillgängligheten är fortsatt hög inom primärvård och inom psykiatrin uppnås målet om första besök inom 90 dagar. Indikatorn andelen väntande till behandling inom 90 dagar uppnås inte viket till del kan hänföras till höga andel sjukskriven personal under årets första månader. Andelen väntande till första besök inom 30 dagar uppnås inte men en stadig förbättring av nivån har skett under året.

Vårdprocessarbetet har varit en nämndövergripande aktivitet under året som bland annat har till syfte att öka måluppfyllelsen.

Inom psykiatrin har arbete pågått med att digitalisera definierade vårdprocesskartor (31 st) i syfte att erbjuda bättre logik, stöd och förståelse för vad som ska göras, hur det ska göras samt hur olika vårdprocesser hänger ihop med varandra. Arbetet har identifierat behov av ökat stöd i teknisk förvaltning och kommer fortlöpa under 2023.

En SLSO-övergripande process för screening och preventiva åtgärder för ett hälsosamt åldrande, baserat på WHO:s rekommendationer, har tagits fram under 2023 genom ett tvärprofessionellt och vårdgrensövergripande samarbete. Processen är beslutad och ska implementeras i respektive vårdgren under 2023.

Projektet ”Psykiatri direkt” har bedrivits i samverkan mellan Primärvård och Specialistpsykiatri med syftet att underlätta för patienter att få snabb hjälp vid psykiska besvär. Patienten bokar själv ett videomöte för rådgivning och kvalificerad bedömning. I de fall där videobesök inte bedöms som tillräckligt bokas en tid direkt till rätt vårdnivå. Drygt 100 patienter använde sig av tjänsten 2022 och patientenkäter visar att tjänsten är högt uppskattad. Projektet fortsätter under 2023.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Vård i rätt tid: Andel patienter som får medicinsk bedömning inom tre dagar på husläkarmottagning *(Regionfullmäktige)*	94%	96%			>=90%
Vård i rätt tid: Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	64%				>=70%
Kommentar					
Andelen väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist uppgår till 64 % vilket innebär att målnivån inte uppnås. Under året har en stadig förbättring av målvärdet noterats.					
Vård i rätt tid: Andel väntande till första besök inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	91%	96%			>=89%
Vård i rätt tid: Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	75%	80%			>=77%
Kommentar					
Resultatet avser verksamhetsgren psykiatri, patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan exkluderad. 75 % av patienterna påbörjade behandling inom 90 dagar. Målnivån uppnås inte. Hög andel sjukskriven personal på grund av covid-19 under årets första månader har sannolikt påverkat utfallet.					
Säker vård: Suicidriskbedömning av nya patienter inom psykiatrisk öppenvård *(Regionfullmäktige)*	80%	76%			74%
Effektiv vård: Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle *(Regionfullmäktige)*	2,4	2,1			<=1,3
Kommentar					
Målnivån uppnås inte. Mäts enbart av psykiatrin och av de 9 psykiatriska verksamheterna når 5 inte målnivån.					

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Kontinuitet i vården - andel patienter som träffar samma läkare/behandlare *(Nämnd)*	74%	76%		Öka från år 2 021	

Kommentar

Målvärdet för behandlarkontinuitet (andel patienter som träffar samma läkare/behandlare) är att andelen skulle öka jämfört med föregående år, vilket den inte gjort. För vårdgren primärvård har värdet sjunkit med en procentenhet, medan värdet för vårdgren psykiatri har sjunkit från 80 % till 76 %. De höga sjukskrivningstalen i verksamheterna under början av 2022 kan ha bidragit till att målnivån inte uppnås då indikatorn beräknas på de senaste tolv månaderna.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Säker vård: Förekomsten av vårdrelaterade infektioner *(Regionfullmäktige)*	2,6%	2,2%			<=7,3%
Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade) *(Nämnd)*	92	76		<=120	

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Vård med patienten i fokus: Helhetsintryck i primärvården *(Regionfullmäktige)*	80	76			81

Kommentar

Helhetsintryck i primärvården uppgår till 80 % och uppnår därmed inte målvärdet. Utfallet för 2022 är bättre än föregående år och mycket nära målvärdet.

Kvalitetsindex *(Nämnd)*	50%	41%		>50%	

Kommentar

Indikatorn är uppbyggd av ett 40-tal kvalitetsindikatorer som är hämtade ur SLSO:s kvalitetsbokslut. Urvalet har gjorts så att antalet ingående indikatorer från respektive verksamhetsgren är proportionerligt till verksamhetens storlek. För varje ingående indikator har en expertgrupp i förhand bedömt vad som ska betraktas som ett positivt utfall. Kvalitetsindexet mäter andelen indikatorer som har uppnått positivt utfall för året. Andelen ingående indikatorer som uppfyller positivt utfall uppgår till 50 % vilket innebär att indikatorns målnivå uppnås. För ytterligare resultat och analys av kvalitetsutveckling under året hänvisas till SLSO:s kvalitetsbokslut.

Följsamhet till kloka listan *(Nämnd)*	90%	89%		>=88%	
Andel patienter som känner sig delaktig i vården *(Nämnd)*	82%	82%		>=80%	

Status	Uppdrag	Diarienr	Kommentar
Pågående enligt plan Nämnd	Uppdrag till närsjukvårdsområden - Alltid öppet		

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	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete *(Regionfullmäktige)*	91%	91%			>=83%

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

SLSO arbetar aktivt med olika nivåer av brukarsamverkan för att utveckla tillgänglighet för alla och likvärdigt bemötande.

Som exempel kan psykiatrins arbete med brukarinflytandesamordnare nämnas, nämnden har även ett centralt samverkansråd med representation från olika patient- och brukarorganisationer samt funktionsrättsorganisationer.

Ett arbete med att harmonisera, förenkla och effektivisera förvaltningens arbete med risk- och konsekvensanalyser i ett samlat verktyg har påbörjats och planeras att implementeras under våren 2023.

Habilitering & Hälsa har gjort en barnkonsekvensanalys i form av barnvandring på Habiliteringscenter Söderstaden.

Inom BUP har tre barnkonsekvensanalyser genomförts och därtill ett antal riskanalyser med barnrättsperspektiv.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Antalet anställda som vid slutet av året har en sammanhängande sjukfrånvaroperiod på minst 90 dagar *(Nämnd)*	382	367		<320	

Kommentar

Antalet anställda som vid slutet av året har en sammanhängande sjukfrånvaroperiod på 90 dagar uppgick till 382. Utfallet för 2021 är troligtvis felaktigt då det finns indikationer på att den rapporten inte har tagits fram på ett korrekt sätt. Troligtvis var utfallet för 2021 högre än årets resultat. Oavsett detta nås inte målnivån för 2022.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Nämnden/bolaget har utifrån sitt uppdrag genomfört aktiviteter avseende social hållbarhet inklusive folkhälsa *(Regionfullmäktige)*	Ja	Ja			Ja

Kommentar

När det gäller barns rättigheter ska det finnas rutiner för att patienter och närstående informeras och görs delaktiga, om det inte finns hinder för detta enligt bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt. SLSO har tagit fram en övergripande anvisning för barn som närstående.

Delaktighet för personer med funktionsnedsättning sker via regelbunden dialog (Samverkansrådet) med intresseorganisationer som representerar personer med funktionsnedsättning. Dessa dialogmöten sker fyra gånger per år, två gånger på våren och två gånger på hösten. Behov och synpunkter fångas upp och i de fall de inte enbart kan och ska hanteras av SLSO förs de vidare till respektive ansvarig. En balanslista finns med de åtgärder som önskas och den följs upp på varje samverkansmöte. Utveckling har skett i appen Alltid Öppet för att försäkra tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning. Utveckling av flerpartssamtal har skett för att möjliggöra teckenspråkstolkning vid vårdmöten på distans. SLSO deltar aktivt i Region Stockholms arbete med kravställan för fysisk tillgänglighet.

Arbetet inom STEP UP-projektet har fortgått under året. STEP-UP är ett treårigt projekt med uppdrag att skapa stöd för arbetet i form av utbildningar, kunskapsutbyte och material att använda i den kliniska vården kopplat till psykisk ohälsa.

I STEP-UP finns kurser för alla professioner som arbetar på husläkarmottagningen med psykisk ohälsa. Det finns gemensamma baskurser, men även kurser riktade till en viss profession, eller till de som arbetar med de utökade insatserna för barn och unga.

Andelen genomförda sociala konsekvensanalyser och/eller folkhälsokonsekvensanalyser *(Regionfullmäktige)*	0%	0%			>=20%

Kommentar

Utifrån de standarder som SLSO är certifierade för (Kvalitet ISO 9001 (patientsäkerhet), Miljö ISO 14001 och Arbetsmiljö ISO 45001) har ett gemensamt verktyg där samtliga riskanalyser och konsekvensbedömningar finns samlad tagits fram. Arbetet har också haft som mål att förenkla och ensa i bedömning och poängsättning samt att få en enda handlingsplan för de olika åtgärderna som sedan enkelt kan följas upp av den/de berörda verksamheterna.

Verktyget (som är ett Excel-dokument) har samlat de olika riskanalyser och konsekvensbedömningar som SLSO är ålagda att genomföra rörande: patientsäkerhet, arbetsmiljö, miljö, folkhälsa, barn och brand.

Tanken är att man t.ex. inför en kommande förändring t.ex. vid förändrat arbetssätt behöver göra en analys av vilken påverkan förändringen kan ha på arbetsmiljön/patientsäkerheten och då kunna få samlat de eventuella åtgärder som behöver genomföras i en och samma handlingsplan som sedan följs upp och att man även analyserar om åtgärderna fått avsedd effekt.

Förvaltningen har fattat beslut att folkhälsokonsekvensanalyser ska genomföras på nämndärenden som rör utbudsförändringar och flytt av verksamhet.

Den framtagna risk- och konsekvensanalysmallen gäller för samtliga verksamheter inom Stockholms läns sjukvårdsområde.

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

Klimatpåverkan från tjänsteresor, ton koldioxidekvivalenter

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

Andel förnybara drivmedel i Region Stockholms transporter.

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

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

Andelen elektrifierade fordon ökar succesivt. Under året har 19 nya fordon köpts in och 42 stycken är beställda. Den rådande globala situationen medför dock att det är långa leveranstider.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Klimatpåverkan från tjänsteresor, ton koldioxidekvivalenter *(Regionfullmäktige)*	-99%	-97%			>=-35%
Andel förnybara drivmedel i Region Stockholms transporter *(Regionfullmäktige)*	49%				>=95%
Andel nollutsläppsfordon av de ägda och leasade fordonen inom nämnden/bolaget *(Regionfullmäktige)*	11%	6%			>=10%

Region Stockholms måltider främjar hälsa och är hållbara
Andel ekologiska livsmedel i patientmåltider

SLSO har kravställt en hög ekologisk andel från de leverantörer som är upphandlade. Dock har den rådande globala situationen medfört att vissa ekologiska produkter varit svårare att tillhandahålla än normalt. Förvaltningen har även genomfört platsbesök hos en leverantör där det var problem med måluppfyllnaden.

Under våren har uppföljningsmöten skett med de leverantörer som är upphandlade för patientmåltider för att säkerställa att målnivån på ekologiska varor uppfylls.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel ekologiska livsmedel i patientmåltider *(Regionfullmäktige)*	48,9%	47,8%			>=50%

2035: Flöden i Region Stockholms verksamheter är cirkulära
Gällande hantering av textilier har SLSO haft utbildningsinsatser för att förbättra målvärdet. Även aktiviteter för att förenkla för SLSO:s enheter att själva följa upp sitt utfall har genomförts. Trenden har under de senaste åren varit stadigt positiv och SLSO har även ökat styrningen inom textilområdet genom ökad central koordinering.

SLSO har arbetat mycket aktivt med att öka rotationen av uteliggande plagg och håller sig idag på en låg nivå i paritet med målbilden. Under hösten har förvaltningen genomfört ett textilombudsmöte för att öka medvetandegraden i verksamheterna kring miljöpåverkan och ekonomiska aspekter.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andelen kläder som är uteliggande i verksamheterna i mer än 30 dagar *(Regionfullmäktige)*	28%				<=25%

2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta

SLSO har under året kompletterat risk- och sårbarhetsanalysen (RSA) med risker kopplat till STYREL (en planeringsprocess som gör det möjligt att prioritera samhällsviktig verksamhet när användare måste kopplas bort på grund av eleffektbrist), samt ingått avtal med HSF för beredskapssamordnare och samordnare Civilt försvar.

Förvaltningen har deltagit i HSF:s arbete gällande närakutmottagningarnas uppgifter kopplat till den katastrofmedicinska planeringen och även infört RAKEL (RAdioKommunikation för Effektiv Ledning) på samtliga närakuter.

SLSO har vidare upprättat en ny kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan, upprättat en ny stabsinstruktion för kris- och katastrofmedicinsk ledning samt upprättat mall för lokala kris- och kontinuitetsplaner.

Förvaltningen har genomfört två internutbildningar för personal och chefer i lokal särskild sjukvårdsledning.

SLSO har också deltagit i grundläggande krisberedskapsutbildning anordnade av MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) samt deltagit i stabstjänstutbildningar och totalförsvarsutbildningar anordnade av Länsstyrelsen.

Vidare har förvaltningen deltagit i den regionala planeringen för civilt försvar samt deltagit i regionala utbildningar i säkerhetsskydd och signalskydd.

SLSO har påbörjat arbetet med att inrätta säkerhetsskydds- och signalskyddsorganisation, inlett arbetet med att upprätta en krigsorganisation med dess bemanning samt påbörjat arbetet med att implementera Region Stockholms Policy för verksamhetsskydd med tillhörande dokument.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel av utvalda säkerhetsåtgärder enligt Region Stockholms riktlinjer för informationssäkerhet som är implementerade *(Regionfullmäktige)*	81%	85%			>=70%
Nämnden/bolaget har förmåga att hantera extraordinära händelser *(Regionfullmäktige)*	Ja	Ja		Ja	Ja

Kommentar

Delar av nämnden och ledningsgruppen har inte genomfört utbildning och övning. Kommer att genomföras under 2023.

SLSO håller på och kompletterar med kontinuitetsplaner för de kritiska verksamheter som har identifierats i samband med den uppdaterade RSA som genomfördes 2022.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel vidtagna åtgärder av identifierade sårbarheter i risk och sårbarhetsanalysens åtgärdsplan *(Regionfullmäktige)*	75%	50%			>=70%

Kommentar

Under 2022 har 6 åtgärder av de kvarvarande 8 riskerna genomförts och SLSO har upprättat ny RSA där scenario Elavbrott ingår.

I ny RSA är det 74 stycken risker identifierade som kommer att ingå in SLSO:s åtgärdsplan för de kommande 4 åren.

Kärnverksamhet ska prioriteras

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

Periodens kostnadsutfall är 177 mkr, ett utfall i linje med budget för perioden.

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

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

Förvaltningen har arbetat vidare med att se över de styrande och stödjande dokumenten med målet att effektivisera och minska antalet dokument för att minska den administrativa bördan för kärnverksamheten. Det ska vara lätt att göra rätt och därför pågår en genomlysning av de administrativa IT-komponenterna för ärende- och dokumenthantering för att ta fram tydligare hjälp och stöd till var olika dokument ska hanteras och sparas.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Administrativa kostnader ska minska *(Regionfullmäktige)*	177mkr				Enligt budget 2 022

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel lagakraftvunna domstolsavgöranden där Region Stockholm har vunnit *(Regionfullmäktige)*	66%	100%			>=75%

Under 2022 har en överprövning avseende en direktupphandling inkommit där SLSO dömdes att göra om upphandlingen men då behovet av inköp inte längre kvarstod då domen meddelades avslutades ärendet. Under 2022 har två ytterligare domar meddelats på överprövningar som startades

2021. Både dessa vann SLSO och de har vunnit laga kraft under 2022.

Hög innovations- och digitaliseringsgrad

Inom ramen för den nämndövergripande aktiviteten Strategi "Alltid öppet" har ett strategiskt råd för digitalisering har etablerats med huvudfokus vård på distans genom Alltid öppet. Rådet har även påbörjat arbetet med att sätta riktningar för egenmonitorering samt strategiska satsningar inför 2023 avseende digitalisering av administrativa processer för att frigöra tid till kärnverksamhet.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för att arbeta med innovationer på ett systematiskt sätt *(Regionfullmäktige)*	Ja	Ja		Ja	Ja
Kommentar Nämnden har verktyg och processer för att arbeta med innovationer bland annat genom en idé- och innovationssluss som har till uppgift att både främja och stödja innovationer i verksamheten. Förutom att arbeta med vår ide- och innovationsslussen så arbetar SLSO också aktivt med utbildningar inom området innovation, fokus är att ytterligare utveckla och stärka vår förmåga inom området samt för att etablera ett nätverk av innovationsambassadörer. Det strukturerade arbetssättet kring innovation inom ramen för SLSO:s etablerade processer har stärkts ytterligare under året med fokus främst på kvalitetssäkring och effektiva styrstrukturer.					
Innovationsgrad *(Regionfullmäktige)*	4	2			>=4
Grad av digital mognad *(Regionfullmäktige)*	55	49			>=52

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

Nämnden har fortsatt arbetat med att skapa bra och förenklade beredningss- och beslutsprocesser för forskningsfrågor och ansökningar om datauttag, samt förtydligande av delegationsordningen vid kliniska läkemedelsprövningar. Arbetet med lagringsytor för forskningsdata och kvalitetsregister fortsätter.

En databas över kliniska forskningsstudier inom SLSO har tagits fram under året och uppdateras regelbundet. I samverkan med Läkemedelsindustriföreningen Lif har ett flertal möten genomförts i syfte är att skapa dialog kring samverkans-, innovations- och utvecklingsfrågor samt förstå varandras utmaningar. Dessa möten har lett till projektsamarbeten mellan läkemedelsbolagen och verksamheter inom SLSO.

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

Under våren har ett regiongemensamt docentprogram genomförts. Syftet är att ge stöd till medarbetare efter disputation med mål att få fram fler kliniska docenter. Behovet av

medarbetare med förenad anställning har inventerats och arbetet med en långsiktig kompetensförsörjningsplan fortsätter.

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

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
FoU-medel *(Nämnd)*	45 889	45 455		Öka från år 2 021	
Antal disputationer senaste treårsperioden *(Nämnd)*	39	51		Öka från år 2 021	
Kommentar					
Antalet disputationer under den senaste treårsperioden har minskat från 51 till 39 st vilket innebär att målnivån inte uppnås.					
Antal nya docenter *(Nämnd)*	3	6		Öka från år 2 021	
Kommentar					
Antal nya docenter under 2022 uppgick till 3, vilket är ett lägre antal än 2021.					
Studerandeveckor *(Nämnd)*	13 782	16 032		Öka från år 2 021	
Kommentar					
Antalet studerandeveckor har sjunkit jämfört med 2021 vilket innebär att målnivån inte uppnås. Orsakerna till detta är en kombination av minskade beställningar från lärosätena och att vissa verksamheter inte har möjlighet att ta emot studenter med hänvisning till personalsituationen. Samtidigt har under året bland annat psykiatrin och akademiskt specialistcentrum sett en positiv utveckling med fler studenter.					
Resultat av studentenkät *(Nämnd)*	85			Öka från år 2 021	
Kommentar					
Värdet avser genomsnittet av studenters helhetsbedömning av sin verksamhetsförlagda utbildning på en skala från 0-100. Målvärdet för indikatorn var att värdet skulle öka jämfört med 2021 men då ingen studentenkät genomfördes under 2021 utvärderats målvärdet mot 2020 års värde (84).					

Hållbar arbetsgivare

Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

Region Stockholm meddelade i februari att särskilda insatser skulle finansieras inom arbetsmiljöområdet. Inom SLSO ledde detta till ett stort engagemang och att över 200 projekt med särskilt fokus på återhämtning initierades och genomfördes. Se vidare avsnitt 4.1.

Resultatet av medarbetarenkäten för 2022 påvisade en positiv utveckling jämfört med föregående år. Nivåerna i 2021 års medarbetarenkät var dock låga och förbättringspotentialen har varit stor. Viss förbättring har sett på några av indikatorerna, men samtidigt finns sannolikt en eftersläpning i verksamheterna när det gäller behov av återhämtning och en tröghet i återgången från pandemins osäkra

förutsättningar till en mer normal och stabil arbetssituation. Under året har en rad arbetsmiljöinsatser genomförts som bidragit till förbättringar se vidare avsnitt 4.3.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Kvarstannandegrad *(Nämnd)*	86%	87%		>=85%	

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Motivation (Hållbart medarbetarengagemang, HME) *(Regionfullmäktige)*	76	75			>=79
Kommentar					
Indikatorn visar en viss förbättring jämfört med 2022 år men målnivån uppnås inte.					
Styrning (Hållbart medarbetarengagemang, HME) *(Regionfullmäktige)*	74	74			>=75
Kommentar					
Indikatorn ligger på samma nivå som för 2021 och ligger strax under målvärdet.					
Ledarskap (Hållbart medarbetarengagemang, HME) *(Regionfullmäktige)*	77	76			>=77
Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete *(Regionfullmäktige)*	13%	15%			<=9%
Kommentar					
Indikatorn andel medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete har förbättrats jämfört med 2021 men målnivån för indikatorn uppnås inte. Nämndens arbete med att minska hot och våld beskrivs närmare under avsnitt 4.3.					
Andel av medarbetare som utsätts för kränkande särbehandling som har samband med arbetet *(Regionfullmäktige)*	6%	7%			<=7%
Andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid *(Regionfullmäktige)*	7,7%	6,8%			<6,2%
Kommentar					
Sjukfrånvaron ökar från 2021 och målnivån för 2022 nås inte. Den ökade sjukfrånvaron är delvis en konsekvens från pandemin, men också orsakad av de virusutbrott i övrigt som var under vintermånaderna i början och slutet av året. Vidare kan en förklaring finnas i att flertalet verksamheter har vakanser med ökad arbetsbelastning och sjukskrivning som följd.					
Personalomsättning *(Regionfullmäktige)*	17,5%	15,8%			<=8%
Kommentar					
Bemanningsfrågorna har varit en stor utmaning i våra verksamheter. En sjukfrånvaro som ligger på alltför höga nivåer förefaller leda till en fördröjningseffekt som innebär att efter en period av hög sjukfrånvaro tenderar personalomsättningen tenderar att öka. SLSO inkluderar samtliga månadsanställda i personalomsättningen. Personalomsättningen bland enbart tillsvidareanställda medarbetare är 11,5% (2021: 9,5%).					

Systematisk kompetensförsörjning

Bristen på sjuksköterskor, speciellt specialistutbildade, och läkare har varit en fortsatt utmaning, vilket medfört att verksamheterna har fått lägga resurser på att hyra in

personal. Utöver brist på läkare och sjuksköterskor noteras även problem med att rekrytera paramedicinska professioner. Se vidare 4.3.

Bemanningsfrågorna har varit en stor utmaning i verksamheterna. En sjukfrånvaro som ligger på alltför höga nivåer förefaller leda till en fördröjningseffekt som innebär att efter en period av hög sjukfrånvaro så tenderar personalomsättningen att öka.

Under året kan konstateras ett vikande anställda medarbetare i verksamheterna, främst sjuksköterskor, och en fortsatt ökning av inhyrd personal, relaterad till rekryteringsproblemen. Men det ser väldigt olika ut mellan olika verksamheter och enheter varför det finns anledning att fördjupa analysen när det gäller skillnader.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel inhyrd personal (av all personal) *(Nämnd)*	4,1%	3,4%		<=2%	

Kommentar

Andelen inhyrd vårdpersonal uppgick till 4,1 % vilket är en försämring jämfört med 2021 och målnivån uppnås inte. Störst andel inhyrning har vårdgren primärvård (4,5 %) och somatisk specialistvård (13,1 %).

Andel verksamheter som har mer än 2% inhyrd personal *(Nämnd)*	51%	35		30	

Kommentar

Andelen vårdverksamheter med en inhyrning över 2 % uppgår till 51 % vilket är en försämring jämfört med 2021. Geriatrik/ASiH har flest enheter med mer än 2 % inhyrd personal (67 %), Målnivån för indikatorn uppnås inte.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Antal sjuksköterskor som vidareutbildar sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska med bibehållen lön under studietiden *(Regionfullmäktige)*	55	38			300

Kommentar

Målnivån för indikatorn (300) är målnivån för hela Region Stockholm, nämnden har därför tolkat målnivån som att antalet ska öka från föregående år. Vidare tolkas indikatorn att gälla antalet sjuksköterskor som *påbörjat* utbildning till specialistsjuksköterska eller barnmorska med bibehållen lön under året. Målnivån nås och utfallet är även högre än 2021.

Antalet startade AT-block per år *(Regionfullmäktige)*	260	248			255
Antalet ST-läkare *(Regionfullmäktige)*	549	564			Öka från år 2 021

Kommentar

Antalet ST-läkare minskar hos alla vårdgivare i primärvården, så även inom SLSO där man kan konstatera att primärvården i princip ensam står för hela minskningen motsvarande. Orsakerna till detta kan handla om vakanser pga. krävande arbetssituation, svårigheter att hitta bra lösningar när det gäller handledning, fysisk arbetsplats och sidotjänstgöringar samt en viss minskning av antalet distriktsläkare.

Antalet ST-läkare gäller per 2023-01-01. I redovisat antal ingår inte randande medarbetare som har sin grundanställning inom privat bolag eller annan del av Regionen. Inkluderar vi dessa ST-läkare blir antalet istället 585 (2022) respektive 596 (2021).

2.4 Uppdrag

Stockholms läns sjukvårdsområde hade inte några uppdrag i budgeten för 2022.

2.5 Intern kontroll

2.5.1 Arbetet med intern kontroll

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

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

De risker som SLSO identifierat i planen för intern kontroll har kopplats samman med Region Stockholms övergripande mål för SLSO. Utifrån dessa mål och risker har SLSO tagit fram indikatorer och aktiviteter. Dessa har sedan sammanställts i styrkort för respektive verksamhet. På detta sätt har den interna styrningen och kontrollen följts upp och måluppfyllelse kunnat mätas regelbundet under året. Dessa kontroller har kunnat genomföras enligt plan under 2022. Förvaltningen har följt upp indikatorer i styrkorten i samband med tertialen och delårsuppföljningen och planeras följas upp vid årsuppföljning. Dessutom har verksamhetens resultat och ekonomi följts 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.

2.5.2 Risker, åtgärder och kontroller

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

I planen för intern kontroll 2022 identifierade SLSO ett antal risker för verksamheten. Det risker med högst riskvärde finns inom ekonomi och styrning. Riskerna finns inom hantering av icke bärkraftiga verksamheter, övervältring av administration på vårdpersonal, en kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar, bristande kostnadsmedvetande i organisationen samt bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse.

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

För att säkerställa en god och säker vård har SLSO under året arbetat med att ta fram en rutin för analys av avvikelser samt en hanteringsordning och rapporteringsstruktur. Ett arbete har dessutom pågått för att hantera och handlägga patientärenden i Platina där syftet har varit att öka den digitala hanteringen och därmed skapa en tydligare hanteringsordning och styrning samt minska administrationen. Under 2022 har SLSO haft tillgänglighet som fokusområde för patientklagomålshanteringen.

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

Under hösten har svårigheter med att rekrytera och behålla medarbetare och chefer ökat och vidtagna åtgärder har inte uppnått önskat resultat. Under 2023 är kompetensförsörjning en av nämndens prioriterade områden.

SLSO har medverkat aktivt i arbetet med att förbereda upphandling av nytt huvudjournalsystem, samt anpassning av nuvarande system till nationella läkemedelslistan. En upphandling förväntas påbörjas under våren 2023. SLSO har under 2022 lett arbetet med delprojekten digitalt stöd för förlossningsvård och digitalt stöd för tvångsvård. SLSO har dessutom infört en strategisk styrning för Alltid öppet – distansvård.

För att kunna upprätthålla SLSO:s verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinära händelser så har förvaltningen förtydligat aktiveringsplaner samt arbetat för att säkerställa långsiktig uthållighet både på förvaltningsövergripande nivå samt RE-nivå. En reviderad krisberedskapsplan antogs av nämnden i december. En utbildningsplan för verksamheterna är framtagen och utbildningar planeras genomföras under 2023. SLSO har dessutom förstärkt organisationen med beredskapssamordnare och civilförsvarssamordnare.

2.5.3 Försäkran

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

2.5.4 Regelefterlevnad

Övergripande arbete med styrande dokument

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

I och med implementeringen av nytt ärende- och dokumenthanteringssystem, Platina vilket även används av hela Region Stockholm, arbetar förvaltningen med att förtydliga de av fullmäktige eller nämnden beslutade styrande dokument och dess röda tråd ner i organisationen. Detta för att, i enlighet med bilaga 1 (Integrerad ledning och styrning) i Region Stockholms budget, tydliggöra hur förvaltningens arbete med mål, ekonomisk uppföljning, intern kontroll, kvalitetsuppföljning med mera bidrar till regionfullmäktiges och nämndens specifika mål.

Förvaltningen har i samband med implementeringen av Platina/Edit anpassat nomenklaturen utifrån regionfullmäktiges beslut kring styrande dokument. De av förvaltningen fattade dokument följer i huvudsak de begrepp som fullmäktige benämner stödjande dokument, vilket betyder att tidigare riktlinjer numera benämns "övergripande anvisningar" för att på så sätt förtydliga att de gäller för alla medarbetare inom SLSO.

I och med att SLSO är certifierade enligt ISO 9001, ISO 14001 samt ISO 45001 revideras årligen ledningssystemet och vid dessa tillfällen tar ledningen ställning till om ledningssystemet är fortsatt lämpligt, tillräckligt och verkningsfullt.

Nedan redovisas SLSO:s arbete för regelefterlevnad.

Upphandling och avtal

SLSO har bedrivit inköpsarbete i enlighet med Policy för inköp, RS 2019–0667, Riktlinjer för inköp, RS 2019–1148 samt Uppförandekod för Region Stockholm, LS 2017–1198. Regionledningskontorets arbete med kategoriindelning, som omfattar ansvarsfördelning och utrullning, har inletts och SLSO har fortsatt arbetet med kategorierna personbilar och Fleet management. Kategoristrategin för de båda kategorierna har under 2022 presenterats för inköpsrådet. Upphandling och inköpssupport har kommit vidare med SLSO:s lokala kategoriarbete framför allt inom kategorin Hjälpmedel där förvaltningen från 2023 kommer att få kategoriansvar.

I samtliga upphandlingar som Upphandling och inköpssupport annonserat under 2022 har krav ställts att leverantörerna ska följa Uppförandekod för leverantörer, LS 1303–0353. Ingen av de upphandlingar som gjort under året har bedömts vara av den art att specifika krav kopplat till uppförandekoden ska ställas. Under 2022 har SLSO klarat av att genomföra samtliga planerade upphandlingar i linje med fastställda tidplaner, tack vare väl inarbetade processer och högt tempo i arbete hos personalgruppen. Totalt slutfördes 22 upphandlingar till ett värde av ca 600 miljoner. SLSO avropar från egna

avtal för ca 1 miljard per år, fördelat på 90 avtalsområden.

Den påverkan pandemin har haft under 2022 är främst leveransproblem hos leverantörer relaterat till global brist på komponenter exempelvis halvledare samt globala problem med transporter. Dessa utmaningar har hanterats i dialog med leverantörerna där förvaltningen hittills kunnat lösa problem tillsammans med leverantörerna och säkerställa leverans till SLSO:s verksamheter. SLSO ser dock fortsatta utmaningar med detta under 2023. Då många avtal har en prisjusteringsklausul baserad på KPI kommer leder de prisjusteringar som görs enligt avtal till prisökningar på 6-10 % i många fall, detta leder till ökade kostnader framförallt kommer vi att se effekten av detta under 2023.

Anti-korruption

SLSO följer Region Stockholms riktlinjer för anti-korruption och representation, RS 2020–0266 och arbetar aktivt med att motverka korruption, oegentligheter och jäv. Förvaltningen har ett systematiskt arbetssätt rörande bisysslor där medarbetarna årligen anger eventuell bisyssla i Heroma i syfte att fånga och motverka jävsituationer.

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

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

Information om visselblåsarfunktionen finns tillgänglig på intranätet och funktionen informeras om på utbildningar inom förvaltningen. Inkomna ärenden utreds under ledning av ansvarig tjänsteman. En sammanställning av inkomna ärenden rapporteras årligen till förvaltningens ledningsgrupp och nämnden.

SLSO en övergripande anvisning kring misstanke om oegentlighet som finns tillgänglig för alla förvaltningens medarbetare via dokumenthanteringssystemet och intranätet.

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

3 Verksamhet

3.1 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år	Budget år
Geriatrisk vård					
Öppenvård	4 280	3 545	735	37,8 %	3 545
Slutenvård, vtf	6 307	7 368	-1 061	3,1 %	7 368
Läkarbesök i SÄBO	1 287	2 400	-1 113	-37,6 %	2 400
ASiH					
Vårddygn ASiH	234 391	232 870	1 521	2,3 %	232 870
Vårddygn palliativ vård	8 263	9 307	-1 044	-5,4 %	9 307
Psykiatrisk vård					
Öppenvård	1 307 338	1 359 673	-52 335	-2,1 %	1 359 673
Slutenvård, vtf	30 344	30 120	224	2,6 %	30 120
Primärvård					
Öppenvård	3 476 032	3 712 373	-236 341	4,6 %	3 712 373
Habilitering					
Antal besök	189 072	195 550	-6 478	-1 %	195 550
Somatisk specialistvård					
Öppenvård	318 184	325 860	-7 676	7 %	325 860
Övrig specialistvård*					
Öppenvård	8 732	16 783	-8 051	-64,8 %	16 783
Antal disponibla vårdplatser psykiatri	**950**	**996**	**-46**	**-1,6 %**	**996**
Antal disponibla vårdplatser geriatrik	**145**	**169**	**-24**	**-2,7 %**	**169**

* Gyn, arbetsmiljömedicin, tom 2021 även BUMM.

Utfall i jämförelse med budget

Geriatrisk vård

Produktionen i sluten geriatrisk vård utfaller med en negativ budgetavvikelse på 14 %. Produktionen har under stora delar av året påverkats negativt av covid-19, främst under januari-mars, juni-augusti samt under december. Dock har covid-19 patienter vårdats under hela 2022 och beredskap har därför upprätthållits.

Covid-19 påverkar produktionen negativt genom att vårdplatser och personalresurser

tas i anspråk i högre utsträckning än i ordinarie verksamhet. Det i sin tur försvårar för den geriatriska verksamheten att upprätthålla planerat antal vårdplatser i basuppdraget.

Vidare har covid-19 lett till ökad sjukfrånvaro hos personalen, främst under januari-februari och i slutet av året, vilket har bidragit till (rådande) bemanningssvårigheter och därmed till det lägre produktionsutfallet. I de geriatriska verksamheterna finns ett kompetensförsörjningsproblem, främst orsakat av brist på sjuksköterskor.

Produktionen i öppenvården har inte påverkats negativt av covid-19 under 2022. Dock är väntetider och utredningstider fortfarande relativt långa, vilket delvis förklaras av en eftersläpande covid-19 effekt. Under 2022 har verksamhet Förstärkt Utskrivning startats, vilken ska underlätta och kvalitetssäkra övergång mellan olika vårdformer för äldre och sköra patienter som bedöms ha fortsatt stort behov av det geriatriska teamet. Detta i kombination med att Osteoporosmottagningen har ökat sin produktion under 2022 förklarar den positiva budgetavvikelsen i öppenvården.

Den negativa budgetavvikelsen (46 %) avseende läkarbesök i SÄBO beror på färre inskrivna patienter än förväntat, i sin tur förklarat av att ett boende under våren (april) övergått till annan vårdgivare.

Avancerad Sjukvård i Hemmet (ASiH)

Antalet vårddygn i ASiH utfaller något högre än budget, i takt med att antalet inskrivna har varit något fler. Antalet vårddygn i palliativ slutenvård utfaller dock 11 % färre än budget. Det förklaras av dels ett lägre remissinflöde, dels av att det under vissa perioder har stängts vårdplatser på grund av personalbrist.

Psykiatrisk vård

Antalet besök utfaller 3,8 % lägre än budget. Största orsaken är att det har varit mycket hög sjukfrånvaro under årets första två månader. Covid-19 har fortsatt att påverka produktionen även år 2022. I mars månad sågs en ökning, men på grund av vakanser under våren och sommaren samt omställningen tillbaka till fysiska besök så har produktionen varit lägre än planerat. Under hösten har en ökad produktion skett och under november och december ligger öppenvårdsproduktionen över budget med 4,8 %.

I allmänpsykiatrin utfaller besöken 6,1 % lägre än budget. Beroendevården har ett utfall i linje med budget. BUP har ett besöksutfall som är 2,3 % lägre än budget. Alla tre områden producerar över budget årets två sista månader.

Antal avslutade vårdtillfällen utfaller 1 % högre än budget, vid summering av alla verksamheter. Det pågår stambyte på S:t Görans sjukhus, vilket dock påverkat antalet vårdtillfällen negativt. Det finns skillnader mellan de olika verksamheterna. Allmänpsykiatrins utfall ligger 1 % högre än budget. BUP har 8 % färre vårdtillfällen jämfört budget, dock ses långa vårdtider. Beroendevården ligger 1 % högre än budget.

Primärvård

Jämfört med budget utfaller besöken i primärvården som helhet 6,4 % färre än

budgeterat. Det är bara inom hemsjukvården som besöken överstiger budget, för övriga besökstyper utfaller besöken färre än budget. I början av året var sjukfrånvaron hög kopplad till covid-19 pandemin och det vaccinationsarbetet prioriterades. Vakanser och personalomsättning har under året påverkat möjligheten att nå besöksmålen, på sjuksköterskemottagningarna har personalen behövt ägna mer tid åt telefonrådgivning och på vissa mottagningar har man varit tvungen att prioritera besök inom hemsjukvården. För de nystartade uppdragen inom fotvård och psykosociala insatser för barn och unga har inte besöken kommit upp till budgeterad nivå. Inom mödrahälsovården har antalet inskrivna minskat under 2022, varför besöken utfaller lägre än budget. Även på barnvårdcentraler minskar besöken på grund av färre inskrivna 0-åringar. Detta som en effekt av de sjunkande födelsetalen.

Jämfört med förra året har besöken ökat med 4,6 % på grund av fler besök inom primärvårdsrehabilitering, hemsjukvården och på ungdomsmottagningarna. Hemsjukvårdbesöken ökar på grund av att kommuner inte längre utför medicindelning till de inskrivna patienterna och för ungdomsmottagningarna beror det på helårseffekt för de mottagningar som togs över från kommunen under 2021.

Vaccinationer och telefonrådgivning räknas inte med i den redovisade produktionen, medan videobesök ingår.

Habilitering

Produktionen inom habilitering avviker negativt med 3 % från budget. Verksamheten påverkades väsentligt negativt av covid-19 under delar av första halvåret (främst januari-mars). Verksamheten upplevde då hög sjukfrånvaro hos både personal och patienter. Andelen uteblivna besök har också ökat under 2022 (14 %) jämfört med 2021 (10 %).

Verksamhetens produktion har under året även påverkats negativt av en hög personalomsättning. En viss produktionsstörning uppstår under introduktionstiden för nyanställda.

Vidare avviker verksamhetens besöksmix, fysiska kontra distansbesök, från plan. Som en direkt följd av fortsatt påverkan av covid-19 har distansbesöken utfallit med en högre andel än förväntat (37 % mot budget 28 %).

Somatisk specialistvård

Produktionen inom somatisk specialistvård utfaller totalt sett drygt 2 % lägre än budget. Främst förklarat av att besöken inom SLSO Närakuter avviker negativt med 4 % från budget. Under januari-april påverkades närakuternas produktion väsentligt negativt av covid-19 och visade efter dessa månader en negativ budgetavvikelse på 11 %. Från och med maj och året ut producerade verksamheten i nivå med budget.

Produktionen inom Centrum för cancerrehabilitering utfaller drygt 22 % lägre än budget. Verksamhetens vårdavtal har fr.o.m. 2022 en förändrad ersättningsmodell, med ökad vikt på rörlig ersättning. Verksamheten har under hela året haft svårt att nå upp till det ökade produktionsmålet, främst beroende på att den planerade utökningen

av bemanningen släpat efter. I slutet av året har verksamheten nått en fullbemanning och börjat producera i nivå med budget.

Produktionen inom Akademiskt specialistcentrum utfaller 8 % högre än budget. Verksamheten har under året haft ett ökat inflöde av remisser och har därför även fått (och producerat enligt) en ökad produktionsbeställning i sitt vårdavtal.

Övrig specialistvård

Inom övrig specialistvård utfaller besöken 48 % färre en budget. Den stora negativa besöksavvikelsen beror på att det har saknats personal på gynekologi-mottagningen i Vallentuna och den Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen i Danderyd. Bägge uppdragen avslutades i förtid under våren.

Antal disponibla vårdplatser

Geriatrik: Antalet disponibla vårdplatser inom geriatriken har som en direkt följd av covid-19 varit 14 % färre än planerat. Covid-19 avdelningarna är resurskrävande och har lett till fler stängda vårdplatser än planerat.

Psykiatri: Antalet disponibla vårdplatser i Psykiatrin var den sista onsdagen i december 950 st av 996 st fastställda. Det beror bl.a. på färre öppna platser över julledigheterna och i vissa fall vakanser.

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 2021 och 2022 har justerats för covid-19 kostnader.

Produktiviteten mätt som produktion/kostnad sammanvägt för SLSO har ökat med 0,8 % mellan åren 2021 och 2022, vilket är något lägre än målvärdet som är 1 % eller mer. Produktionen som fortfarande i viss mån är påverkad av pandemin har ökat med 0,7 % medan kostnaderna, justerade för pris- och löneökningar, har legat på ungefär samma nivå som förra året. Uttag av ledighet i form av covid-19 dagar har påverkat produktionen utan motsvarande minskning av kostnader.

Mäts produktionen i förhållande till antalet arbetade timmar uppnås målvärdet. Sammantaget har arbetade timmar har minskat något mer än vad bemanningskostnaderna har gjort så förändringen mellan åren ger en produktivitetsökning med 1,4 %.

Mellan 2021 och 2022 har 61 av 98 resultatenheter har haft en positiv produktivitetsutveckling, d.v.s. 62 %. En förbättring mot föregående år då motsvarande andel var 52 %.

Produktivitetsutvecklingen fördelad per vårdgren (produktion/kostnad):

- geriatrik +14,2 %,
- ASiH +0,8 %
- psykiatri +0,2 %,
- primärvård +1,0 %,
- somatisk specialistvård -0,3 %,
- habilitering +0,2 %.

Inom geriatriken, som förra året fortfarande hade stort produktionsbortfall p.g.a. pandemin, har produktionen ökat med 7 %. Kostnader och arbetade timmar har minskat med 6,4 % respektive 10 %. En av de två geriatriska klinikerna har haft en positiv produktivitetsutveckling. Även inom ASiH har produktionen ökat (1,3 %) och kostnaderna har samtidigt ökat något (0,4 %). En av två kliniker har haft en positiv produktivitetsutveckling.

Inom psykiatrin har kostnaderna minskat med 0,8 % men även produktionen har varit lägre. Sex av tio kliniker har haft en positiv produktivitetsförändring.

Inom primärvården har produktionen ökat med 1,7 % samtidigt som kostnaderna ökat med 0,7 % och arbetad tid har minskat med 1 %. 50 av 80 resultatenheter, 63 %, redovisar en positiv produktivitetsförändring för året. Motsvarande andel förra året var 47 %.

4 Personal

Inledningen av 2022 blev en mycket ansträngd period när det gäller bemanning. Flera smittsamma virus spred sig bland vårdens medarbetare, utöver smittspridningen av covid-19 virus. SLSO hade verksamheter där 30-40 % av medarbetarna var frånvarande p.g.a. sjukdom. Detta pågick i januari och större delen av februari.

Kompetensförsörjningen har varit en stor fråga för 2022**.** Beslutet om att undersköterska ska bli en skyddad yrkestitel från 1 juli 2023 blev startskottet för ett omfattande arbete med validering av berörda medarbetares kompetens och efterföljande stödinsatser avseende kompetensbrister. Särskilt skötarna inom psykiatrin är en personalkategori som hamnat i fokus, eftersom de definieras som undersköterskor och ska uppfylla motsvarande kompetenskrav.

När det gäller läkarna har SLSO haft ett särskilt uppdrag inom Region Stockholm att starta upp och genomföra BT-program. BT är en förkortning av den nya bastjänstgöringen som föregår ST i det nya läkarutbildningssystemet. Satsningen har varit helfinansierad från HSN och omfattat 50 BT-tjänster i det 12 månader långa BT-programmet. Arbetet har organiserats i en särskilt BT-enhet. Tack vare stort engagemang från studierektorer, handledare, projektledare och BT-enhetens medarbetare har Region Stockholm varit i framkant i Sverige när det gäller genomförande av BT.

SLSO:s verksamheter har haft en fortsatt besvärlig situation när det gäller brist på sjuksköterskor. Detta har i sin tur orsakat ett växande behov att hyra in sjuksköterskor för att klara bemanningen. Inhyrningen har därmed fortsatt att öka kraftigt och mot slutet av året intensifierades diskussionen om vikten av att kraftigt minska beroendet av att hyra in personal i hälso- och sjukvården. Ett arbete på regional nivå formerades och fortsätter under 2023.

Inom arbetsrätten blev 2022 ett historiskt år eftersom regelverket inom lagen om anställningsskydd förändrades. Den nya lagstiftningen trädde ikraft den 1 oktober 2022 och innebär framför allt att tidsbegränsade anställningar måste användas mer restriktivt. Tiden från visstidsanställning fram till konvertering till tillsvidareanställning har kortats ned väsentligt, samtidigt som förutsättningarna att avsluta anställningar blivit något mer utökade. Det är fortfarande oklart hur stor praktisk betydelse detta kommer få eftersom det först krävs ett antal prövningar i domstol så att nya prejudikat kan etableras. Oaktat detta krävdes ett omfattande arbete för att se över rutiner och anpassa bemanningslösningar till de nya reglerna.

Digitaliseringen har fått stor draghjälp genom att pandemins smittskyddsregler stimulerat digitala mötesformer av olika slag, och det kan konstateras att utvecklingen under 2022 innebar att digitala möten blev en allt vanligare mötesform. Detta gällde såväl administrationen som vården.

4.1 Attraktiv arbetsgivare

Region Stockholm meddelade i februari att särskilda insatser skulle finansieras inom arbetsmiljöområdet. SLSO tilldelades ett utrymme på 23 mkr. En förutsättning var att lokala projekt skulle tas fram i samråd med skyddsombud, med särskilt fokus på återhämtning. Inom SLSO ledde detta till ett stort engagemang och över 200 projekt initierades och genomfördes.

Chefsstöd är en viktig arbetsuppgift för att stödja chefer och säkerställa ett gott ledarskap och är av hög prioritet för att SLSO ska vara en attraktiv arbetsgivare. Chefstöd sker genom olika insatser för chefer inom organisationen och genom fortlöpande aktiviteter som möter chefers behov, individuellt eller i grupp.

Under 2022 har en särskild satsning gjorts i form av implementering av utbildningen ”Utvecklande ledarskap”, framtagen av Försvarshögskolan. Målet var att internt kunna erbjuda enhets-, sektions- och verksamhetschefer möjlighet till utveckling genom denna utbildningsinsats. Detta har möjliggjorts genom centrala medel.

Nedan följer en sammanfattande redovisning av aktiviteter med chefer som målgrupp, som genomförts 2022:

- utvecklande ledarskap; 8 utbildningar
- BAS - chefen som arbetsgivare; 4 utbildningar
- arbetsmiljö & hälsa; 4 utbildningar
- ledarutvecklingsprogram genom samtal
- introduktion för nya verksamhetschefer
- utvecklingsprogrammet för FRAMtida chefer; 2 program
- TOPP15 - för blivande verksamhetschefer ett program; 1 program
- ledarskapsprogram för ST-läkare; 4 program
- MLA (medicinskt ledningsansvariga läkare) som chef och ledare; 4 utbildningar

Coaching och workshops inom följande områden:

- ledningsgruppsutveckling; stöd till ledningsgrupper
- individuell chef- och ledarutveckling i form av coaching
- rekrytering av verksamhetschefer till vårdgren primärvård

I övrigt har SLSO aktivt medverkat i Region Stockholms olika aktiviteter med chefer som målgrupp, dels i styrgrupper och nätverk, dels med deltagare från verksamheterna.

Samverkan har också skett med nära vårdgrannar inom området chef- och ledarutveckling.

4.2 Strategisk kompetensförsörjning

Bristen på sjuksköterskor, speciellt specialistutbildade, och läkare har varit en fortsatt utmaning, vilket medfört att verksamheterna har fått lägga resurser på att hyra in personal. Utöver brist på läkare och sjuksköterskor noteras även problem med att rekrytera paramedicinska professioner.

Inhyrd bemanning ska endast vara ett komplement vid särskilda arbetstoppar. Behovet av att hyra in personal har i vissa verksamheter varit stort under året och ökade under 2022. En orsak till ökningen av inhyrningskostnader kan vara, utöver brist på personal, att verksamheterna prioriterat att arbeta bort eventuella vårdskulder och därmed anlitat bemanningsbolag. Eftersom det funnits tillfällig särskild finansiering har inhyrning ibland bedömts som en mer hållbar lösning i en situation med tidsbegränsade extrainsatser. Inhyrning av personal kan förorsaka negativa konsekvenser för patienterna och för personalens arbetsmiljö och det är också välkänt att inhyrningen inte gynnar verksamhetsutvecklingen i organisationen. Åtgärder för att minska behovet av inhyrning pågår aktivt med en regiongemensam plan.

Det har inte förelegat någon större risk för övertalighet under 2022 inom SLSO. Eventuell övertalighet p.g.a. ekonomiska skäl i enskilda verksamheter har kunnat hanteras genom interna förflyttningar eller omplaceringserbjudanden då kompetensen efterfrågas i annan verksamhet. Utifrån förändringar i LAS gällande nya regler för konvertering till tillsvidareanställning finns en risk att SLSO kommer ha fler omställningsprocesser under 2023. Nuvarande arbetssätt gällande omställning och omorganisationer kommer därför behöva vidareutvecklas. Vidare är verksamheterna i behov av utbildning i frågor kopplade till omställning, såsom omorganisationer, facklig samverkan och nya konverteringsregler.

Införandet av Region Stockholms strategiska kompetensplaneringsmodell (KOLL) och IT-stödet Heroma Kompetens påbörjades något år före pandemin. Under de två pandemiåren har SLSO inte genomfört någon implementering för nya verksamheter gällande Heroma Kompetens. Detta arbete kommer att återupptas 2023.

För att stärka och skapa tydlighet om vem som gör vad fortsätter arbetet med vårdprocesskartor inom SLSO:s psykiatriska kliniker. KOLL och Heroma Kompetens är bra stöd i detta arbete. De verksamheter som använder Heroma Kompetens kan identifiera medarbetarnas individuella styrkor och svagheter, utifrån både verksamhetens och medarbetarens uppdrag och mål. På så sätt kan chefen styra mot rätt kompetens till rätt uppdrag.

Det är också viktigt att systemet Heroma Kompetens stödjer arbetet med kompetensplanering. I Heroma Kompetens finns ett verktyg för att genomföra utvecklingssamtal, vilket används av samtliga chefer inom SLSO.

En viktig målsättning för SLSO är att behålla och utveckla medarbetare med rätt kompetens. Ansvaret för medarbetarnas kompetensutveckling och deras vidareutveckling i professionen åligger varje verksamhetschef/enhetschef att ta ansvar för tillsammans med medarbetaren. Ett verktyg för SLSO:s chefer för att ta tillvara medarbetarnas kompetens är det pågående arbetet med införandet av kompetensstegar för olika professioner. Vid utgången av 2022 fanns kompetensstegar för 18 personalkategorier.

Det är framför allt implementeringen av kompetensstegar för professionerna sjuksköterskor, psykologer, undersköterskor, medicinska sekreterare, fysioterapeuter

och kuratorer som har fortsatt under 2022. SLSO har även arbetat aktivt med att stödja chefer i systematisk kompetensplanering för att säkra den framtida kompetensförsörjningen och medverka till en effektivare hälso- och sjukvård för patienterna. Utbildningsinsatser har gjorts i bl.a. introduktionen för nya chefer i SLSO:s BAS-program. Målet är att kompetensutveckling alltid ska vara en integrerad del av verksamhetsplanering och verksamhetsutveckling.

Etableringen av kompetensstegar fastställs i en s.k. VANA-kodning, där medarbetarnas aktuella kompetensnivå definieras. SLSO ser en positiv utveckling i den regelbundna uppföljningen av VANA-kodningens utveckling under året. Uppföljningar har skett digitalt med verksamheterna, vilket har skapat bra möjlighet för avstämningar.

Det är främst kompetensstegar för professionerna sjuksköterskor och psykologer som är brett implementerade inom SLSO. Under hösten 2022 har SLSO påbörjat implementeringsplaner för kuratorer inom BUP. I samband med det regiongemensamma arbetet med att validera undersköterskor och skötare så har implementeringen för dem med godkänd utbildning skapat möjligheter att placera in fler i kompetensstegen.

Samtliga medarbetare behöver upprätthålla och utveckla sin kompetens under hela sitt yrkesliv – det livslånga lärandet. När chef och medarbetare använder kompetensstegen som ett verktyg så kan medarbetaren ta ansvar för sin egen och verksamhetens utveckling, vilket också bidrar till en karriärutveckling inom SLSO.

För kliniska yrkesgrupper finns interna utbildningar från respektive centrumbildning inom primärvård (APC) och psykiatri (CPF).

Den strategiska satsningen med att utbilda fler specialistsjuksköterskor med bibehållen lön fortgår. Under 2022 hade SLSO totalt 113 heltidsstudenter. Största andelen återfinns inom psykiatrins verksamhet. För vårterminen 2023 har SLSO i nuläget 12 pågående heltidsstuderande samt 4 deltidsstuderande medarbetare som studerar till distriktssköterska med bibehållen lön. Satsningen har bidragit till att verksamheterna har kunnat utbilda redan anställd personal istället för att rekrytera externt. Vidare har satsningen även fungerat för att rekrytera nya medarbetare genom möjlighet till betald vidareutbildning.

SLSO har satsat på vidareutbildningar av undersköterskor inom de psykiatriska klinikerna och har under året utbildat flera undersköterskor/skötare till specialistundersköterska med inriktning psykiatri. Här ser SLSO möjligheter att ta vara på kompetenta medarbetare, skapa utvecklingsmöjligheter och kunna placera dem på högre nivåer i kompetenstegen. För denna målgrupp bedrivs även intern utbildning som ges via SLSO:s centrumbildningar och FoUU-enheter, med fokus på respektive vårdgren.

Projekt om validering av undersköterskor pågår. Valideringen har skett för målgruppen undersköterska/skötare som saknar formell utbildning som undersköterska. Genom validering tillvaratas, synliggörs, värderas och erkänns tidigare lärande och kompetens. Detta bidrar till en effektivare kompetensförsörjning, en snabbare etablering på

arbetsmarknaden och ökade möjligheter till omställning under arbetslivet och stärker patientsäkerheten.

En ny läkarutbildning har startat och första kullen i grundutbildningen går ut 2027. Det innebär att AT-utbildningen kommer att fasas ut efterhand. Med den nya läkarutbildningen har Socialstyrelsen tagit fram mål för den nya basttjänstgöringen (BT) som antingen kan vara fristående eller integrerad med ST. Det innebär att alla nylegitimerade läkare, oavsett utbildningsland, får en strukturerad introduktion till läkaryrket och svensk sjukvård på ett annat sätt än tidigare. Det kan generera möjlighet att i större utsträckning rekrytera läkare från andra länder.

Antalet ST-läkare inom närsjukvårdens största specialiteter har varit högt under 2022. Allmänmedicin har ca 650 aktiva ST-tjänster om alla vårdgivare räknas in, och av dessa svarar SLSO för ca 280 ST-tjänster. Psykiatrin har drygt 300 (SLSO har 250 av dessa) och geriatriken ca 110 ST-tjänster, ungefär 20 ST-tjänster finns i SLSO:s två geriatrikverksamheter.

Varje medarbetare har årligen ha ett utvecklingssamtal med sin chef. Utvecklingssamtalet möjliggör för medarbetaren att göra en egen plan för sin kompetensutveckling. Inför utvecklingssamtalet dokumenterar medarbetaren sin kompetens och har möjlighet att sätta mål inom sin kompetensutveckling på kort och lång sikt utifrån verksamhetens behov. Om medarbetaren vill komma vidare inom sin profession eller kanske bygga på med en ytterligare specialistkompetens finns möjlighet till det.

4.3 Systematiskt arbetsmiljöarbete

Under 2022 utarbetades inom Region Stockholm ett styrande dokument ”Rutin för systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM)”. Denna rutin gäller för alla nämnder och bolag i Region Stockholm. SLSO har informerat ledningsgrupper och den centrala samverkansgruppen om uppdraget kring att införa systematiken i SAM, samt att även följa upp hur arbetet fortskridit under det gångna året. HR-konsulterna i SLSO har fått information/utbildning och de har sedan i sin tur informerat chefer/samverkansgrupper i sina verksamheter kring såväl det systematiska arbetsmiljöarbetet som uppföljning av detta. Kontinuerlig information har också skett via SLSO:s intranät Insidan samt nyhetsbrevet Svepet, vilka chefer och HR-organisationen omfattas av. Implementeringsarbetet kommer givetvis att aktualiseras under 2023 då resultatet från uppföljningen av SAM visar att det behovet kvarstår.

Resultatet från uppföljningen av SLSO:s systematiska arbete (SAM) visar var fokus inom arbetsmiljöarbetet behöver ligga under de kommande åren. Sammanställningen visar exempelvis att:

- arbetet med implementering av SAM behöver intensifieras under 2023
- målarbetet inom arbetsmiljö behöver förtydligas
- skyddsombudens betydelse behöver lyftas

SLSO har under 2022 arbetat med att utvecklingen av SAM och arbetet kommer att

fortsätta under 2023.

Under 2022 har stora delar av SLSO:s trygghetsarbete i syfte att stärka säkerheten och minska hot och våld skett i linjen. I SLSO finns framtagna anvisningar, checklistor och rutiner kring risker för våld och/eller eller hot.
De omfattar:

- våld och hot i arbetsmiljön
- våld mellan patienter
- våld i nära relationer

Inom de psykiatriska verksamheterna finns också sedan tidigare verktyget Bergenmodellen, där framför allt heldygnsvård ges kompetens kring våld och hot såväl teoretiskt som med praktisk övning.

SLSO:s tredagarsutbildning ”Arbetsmiljö & Hälsa” har genomförts vid tre tillfällen. Utbildningen riktar sig till nya chefer inom SLSO, och inför varje kursstart ska deltagarna ha genomfört Region Stockholms e-kurser kring arbetsmiljö. Där ingår bland annat modulen om våld och hot. Cirka 75 chefer inom SLSO har gått utbildningen under 2022. Utöver dessa har även medarbetare från olika personalkategorier deltagit i utbildningen.

VR-utrustning

SLSO fick under 2022 tillgång till VR-utrustning vilken ger möjlighet för chefer och medarbetare att öva på situationer i samband med våld och hot. Utrustningarna finns utplacerade inom psykiatri-, respektive habiliteringsverksamheterna. Samtliga arbetsplatser i SLSO kan ta del av denna utrustning och utnyttja möjligheten att öva i simulerade våld-/hotsituationer.

Lokala aktiviteter

Lokalt i SLSO har aktiviteter pågått för att förbygga/hantera våld- och hotsituationer. Här nedan ges några exempel.

Sabbatsbergs och Jakobsbergs geriatriska kliniker:

Verksamheterna såg behov av att scenariotträna situationer med hjälp av instruktör/handledare på plats i ”en riktig arbetsmiljö”. Den primära tanken var att förbättra arbetsmiljön för medarbetarna genom att stärka dem i att träna praktiskt i hur man kan förebygga/stävja uppkomsten av hot/våld samt att känna sig trygga i att kunna hantera situationen när den väl uppstår. Aktiviteten finansieras med hjälp av Region Stockholms satsning på ”Hållbara och hälsofrämjande arbetsplatser”.

Vallentuna och Vaxholm rehabiliteringsenheter

Verksamheterna har anordnat en extern föreläsning om hot och våld. Aktiviteten finansieras med hjälp av Region Stockholms satsning på ”Hållbara och hälsofrämjande arbetsplatser”.

Beroendecentrum Stockholm (BCS)

Personal inom akut- och heldygnsvård - där Bergenmodellen har kunnat utföra sina utbildningar i fysisk form och med uppföljande workshops (2 ggr per termin). För öppenvården inom BCS har säkerhetssamordnaren träffat mottagningar och föreläst om "Säkerhet på arbetsplatsen" där innehållet då fokuserat på hot och våld. Avvikelser har gåtts igenom för den specifika mottagningen/enheten. Risksituationer, chefens ansvar, medarbetares ansvar, rutiner, polisanmälningar vid händelser mm har också diskuterats. Vidare har BCS informerat enhetschefer om ”Säkerhetsdialogen” framtagen av Sunt Arbetsliv, som ett verktyg på arbetsplatsen för att förebygga hot och våld på arbetsplatsen.

Andelen medarbetare som i 2022 års medarbetarenkät anger att de utsatts för hot och våld har minskat jämfört med 2021 se vidare avsnitt 2.3.1.3.1.

SLSO har sedan tidigare en övergripande anvisning om den organisatoriska och sociala arbetsmiljön (OSA). Anvisningen finns publicerad på intranätet Insidan tillsammans med länkar till bland annat Sunt Arbetslivs verktyg ”OSA-kollen” och ”OSA-kompassen”. Chefer och medarbetare kan välja vilket tillvägagångssätt som passar den egna verksamheten bäst att arbeta utifrån. OSA följs också upp med hjälp av den årliga medarbetarundersökningen. Respektive chef arbetar utifrån sitt resultat för att åtgärda eventuella förbättringsområden som synliggjorts vid undersökningen.

I avvikelsesystemet Händelsevis rapporteras incidenter/händelser som kan kopplas till OSA. Chefen ansvarar för att vidta åtgärder samt följa upp att dessa får avsedd effekt.

Kontinuerliga skyddsronder och riskbedömningar är också verktyg där OSA aktualiseras. Även här har chefen ett ansvar för att hantera de beskrivna riskerna, tillbuden och uppkomna incidenter.

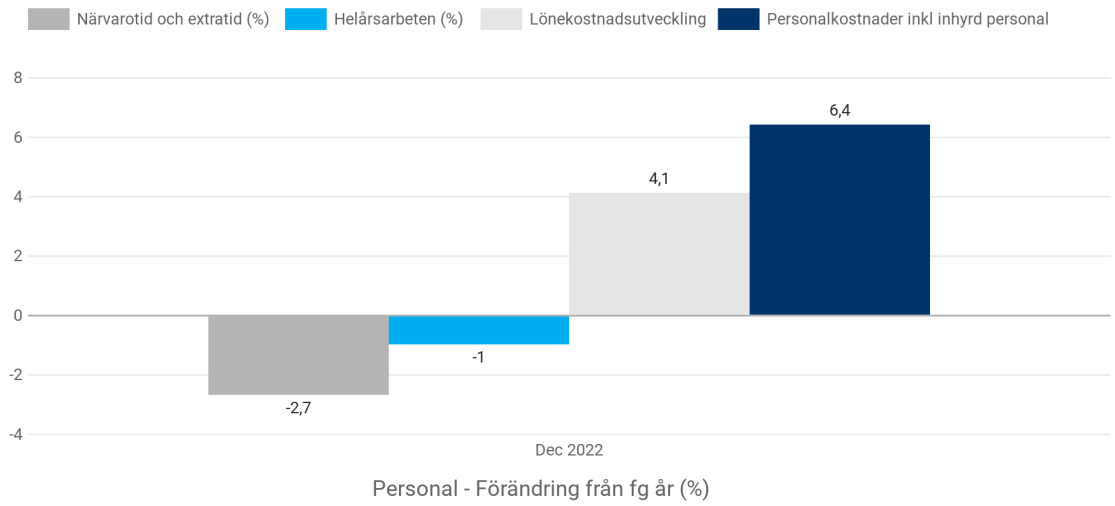
Under 2022 så har arbete genomförts i enlighet med riktlinjen från Region Stockholmför för att motverka förhållanden i arbetsmiljön, som kan ge upphov till kränkande särbehandling. Arbetet har resulterat i att riktlinjen och tillhörande checklistorna publicerades på Insidan. Material för dialog om kränkande särbehandling på APT har tagits fram och också publicerats samt lyfts upp i en nyhet. Alla HR-konsulter inom SLSO fick information om riktlinjen för vidare spridning inom verksamheterna. Utbildningen om kränkande särbehandling har tagits fram och ett pilottillfälle har genomförts i november 2022. Utbildning kommer att hållas under 2023, där skyddsombud kommer att ges möjlighet att delta. Ett flertal verksamheter har under året fått centralt stöd i hantering av utredning av anmälningar om kränkande särbehandling i enlighet med dessa rutiner.

Rapporter om kränkande särbehandling ska rapporteras in i Händelsevis. Det är chefens ansvar att följa upp och utreda anmälan.

Under 2022 har nya chefer genomgått utbildning i arbetsmiljö och hälsa. I den utbildning ingår genomgång av riktlinjerna för kränkande särbehandling. Nya medarbetare har genom introduktion genomgått en e-utbildning som heter ”En arbetsplats för alla”, där riktlinjerna för kränkande särbehandling ingår, med syfte att skapa förutsättningar för en inkluderande arbetsmiljö fri från kränkningar,

diskriminering, trakasserier och sexuella trakasserier.

4.4 Helårsarbeten



Personal - Förändring från fg år (%)

Helårsarbeten	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. % utfall fg år	Budget år	Budget avvik.
Personal - Helårsarbeten	11 479	11 710	-231	-1%	11 710	-196

Utfall i jämförelse med budget

Antalet helårsarbeten blev 231 (-2,0 %) färre än budgeterat. Detta förklaras främst av att:

- när budgeten för 2022 fastställdes var inte samtliga verksamhetsförändringar kända.
- vissa verksamheter har haft svårt att göra en mer precis bedömning av när i tiden som planerade verksamhetsförändringar skulle genomföras och i vilken omfattning detta skulle få effekt på antalet helårsarbetare.
- det ackumulerade antalet helårsarbetare tenderar att öka under året, vilket därmed budgeten har tagit höjd för. I år har dock den successiva ökningen under våren och främst sommarmånaderna totalt sett varit mer blygsam.

Utfall helårsarbeten i jämförelse med föregående år

Antalet helårsarbeten (HÅA) ackumulerat per helår 2022 har minskat med 117 (-1,0 %) jämfört med 2021. Differensen mot förgående år har successivt ökat under andra

halvan av 2022 efter att initialt har legat stabilt på -0,4 %.

Vad gäller de stora yrkesgrupperna så har sjuksköterskor minskat med 97 (-3,5 %) helårsarbetare medan läkare och undersköterskor ökat med 18 (+1,0 %) respektive 26 helårsarbetare (+1,2 %). Den administrativa personalen har minskat med 82 helårsarbetare (-5,5 %). Betraktar man utvecklingen sedan 2018 så kan man se att sjuksköterskorna har ökat kontinuerligt fram till och med 2021 och trots årets minskning är 121 fler än för fyra år sedan (+4,7 %). Inom gruppen undersköterskor finns samma trend med kontinuerligt ökande antal helårsarbetare och de är idag 185 (+9,2 %) fler jämfört med 2018. Antalet läkare har både ökat och minskat de senaste fyra åren och de är idag något fler 43 (+2,3 %). Inom gruppen administrativ personal syns istället en nedåtgående trend med minskat antal helårsarbetare de senaste tre åren och jämfört med 2018 är de nu 82 färre (-5,5 %).

Den ackumulerade frånvarotiden har ökat med 159 helårsarbetare (+4,7 %) samtidigt som närvarotiden har minskat med 275 helårsarbetare (-3,3 %) jämfört med 2021. Omfattande smittspridning och därmed sjukskrivning p g a omikron-varianten (covid-19) under januari och delar av februari 2022 är den främsta orsaken till detta. Sjukfrånvaron har därefter och fram till årsskiftet legat på mer normala nivåer, vilket medfört att de första månadernas relativt sett höga frånvaro och låga närvaro fått allt mindre effekt på det ackumulerade resultatet. Under januari till februari 2022 var frånvarotiden hela 21,1 % högre och närvarotiden 6,8 % lägre än under motsvarande period förra året.

Nedan redovisas differenserna mot föregående års utfall, per verksamhetsområde och med fördjupning på skillnader inom flertalet resultatenheter. Per resultatenhet anges de orsaker som huvudsakligen har påverkat årets utfall, även om den angivna differensen är för resultatenheten som helhet.

Inom psykiatrin har en nettominskning med 59 (-1,1 %) helårsarbetare skett. Förändringen skiljer sig mellan resultatenheterna, exempelvis:

- Barn- och ungdomspsykiatrin har fått ett utökat uppdrag som lett till ökning av 22 HÅA av främst sjuksköterskor och psykologer (+2,4 %)
- Norra Stockholms psykiatri har flertalet vakanser, främst sjuksköterskor och undersköterskor, motsvarande 34,8 HÅA (-4,8%)
- Psykiatri Sydväst minskar med 13,5 HÅA vilket till stor del beror på förändrad skötarbemanning inom heldygnsvården samt ett antal vakanser i skötargruppen (-2,5 %)
- Psykiatri Södra har en minskad skötarbemanning i år, som dock ligger i linje med de budgeterade personalkostnaderna till skillnad från förgående år, samt flertalet vakanser bland sjuksköterskor vilket leder till en minskning med 34,2 HÅA (-4,1 %)
- Psykiatri Nordväst har vakanser bland främst sjuksköterskor och psykologer vilket och minskar med 9,6 HÅA (-1,9 %)

Inom Somatisk specialistvård och geriatrik är de övergripande förändringarna relativt

små med en minskning med 9,3 (-0,9 %) helårsarbetare. Det finns dock större skillnader när man ser till enskilda resultatenheter, exempelvis:

- Akademiskt specialistcentrum har fått ett utökat uppdrag från HSN vilket inneburit en ökning med 16 HÅA (+12 %)
- Sabbatsbergsgeriatriken har flertalet vakanser bland främst sjuksköterskor, undersköterskor och arbetsterapeuter och minskar med 14,9 HÅA (-6,1 %)
- Jakobsbergsgeriatriken har vakanser bland sjuksköterskorna och minskat antal ST-läkare motsvarande 5,8 HÅA (-3 %)
- ASIH Norra har också svårigheter att tillsätta sina sjuksköterskevakanser vilket till stor del orsakat en minskning om 7,2 HÅA (-6,1 %)

Inom primärvården kan en liknande minskning noteras av antalet ackumulerade helårsarbetare som inom psykiatrin motsvarande 42,3 HÅA (-1,1 %). Givet det stora antalet mindre resultatenheter så är även förändringarna per verksamhet oftast mycket små, men ett par verksamheter sticker ut:

- lokalt verksamhetsstöd primärvård hade under 2022 en mer stabil bemanningssituation efter att under 2021 haft flertalet vikarier för föräldralediga medarbetare och minskar med 4,9 HÅA (-27,2 %)
- Österåkers vårdenhet lade ner sin BUMM-verksamhet vilket innebar en minskning av 5,5 HÅA (-16,9 %)
- BMM Stockholm Södra har minskat antalet anställda barnmorskor, motsvarande 12,3 HÅA till följd av färre inskrivna (-9 %)
- Rehab Nordväst där sammanslagning av två rehab-enheter lett till en minskning av paramedicinsk personal motsvarande 5,1 HÅA (-3,6 %)

När det gäller det övergripande utfallet per yrkesgrupp inom primärvården så framkommer andra förändringar jämfört med 2021:

- det förstärkta uppdraget inom psykisk hälsa/ohälsa har lett till ökat antal psykologer motsvarande 15 HÅA (+15 %)
- utökning av grunduppdraget genom fotvårdsspecialister innebar en ökning med 9,9 HÅA (+58,9 %)
- antalet undersköterskor ökar, motsvarande 24,4 HÅA (+6,7%) vilket delvis kan bero på behovet att täcka upp för brist på sjuksköterskor men även uppdraget att dela ut mediciner till inskrivna i hemsjukvården, vilket tagits över från kommunen
- även inom primärvården ses vakanser bland sjuksköterskor motsvarande 38 HÅA (-4,3 %)
- antalet ST-läkare minskar hos alla vårdgivare i primärvården, så även inom SLSO där man kan konstatera att primärvården i princip ensam står för hela minskningen motsvarande 14,5 HÅA (-5,2 %). Orsakerna till detta kan handla om vakanser p.g.a. krävande arbetssituation, svårigheter att hitta bra lösningar när det gäller handledning, fysisk arbetsplats och sidotjänstgöringar samt en viss minskning av antalet distriktsläkare.

Inom Habiliteringen har en minskning med 18,4 (-2,7 %) helårsarbetare skett vilket främst beror på vakanser inom flera paramedicinska yrkesgrupper, men även till viss påverkas av minskad ersättning från nuvarande vårdavtal parallellt med kraftigt ökade hyreskostnader.

Inom verksamhetsstöden och förvaltningscentrala resultatenheter har antalet helårsarbetare totalt sett ökat marginellt med 6,2 (+1,7 %) helårsarbetare. Det har dock skett en kraftig ökning av antalet BT-läkare och AT-läkare inom SLSO, efter beslut från Region Stockholm, och exkluderas dessa grupper leder det istället till en övergripande minskning med 27,3 HÅA (-7,7 %). Denna minskning har främst skett bland administratörer (-11,7 HÅA), handläggare (-8,9 HÅA) och IT-tekniker (-3,0 HÅA) och orsakerna till detta är bland annat:

- nedtrappning av uppdraget med provtagning och smittspårning av covid-19
- vakanser och förflyttningar av funktioner och resurser till andra delar av Region Stockholm, främst serviceförvaltningen/IT och regionledningskontoret
- förändrad resurssättning av projekt

4.5 Sjukfrånvaro

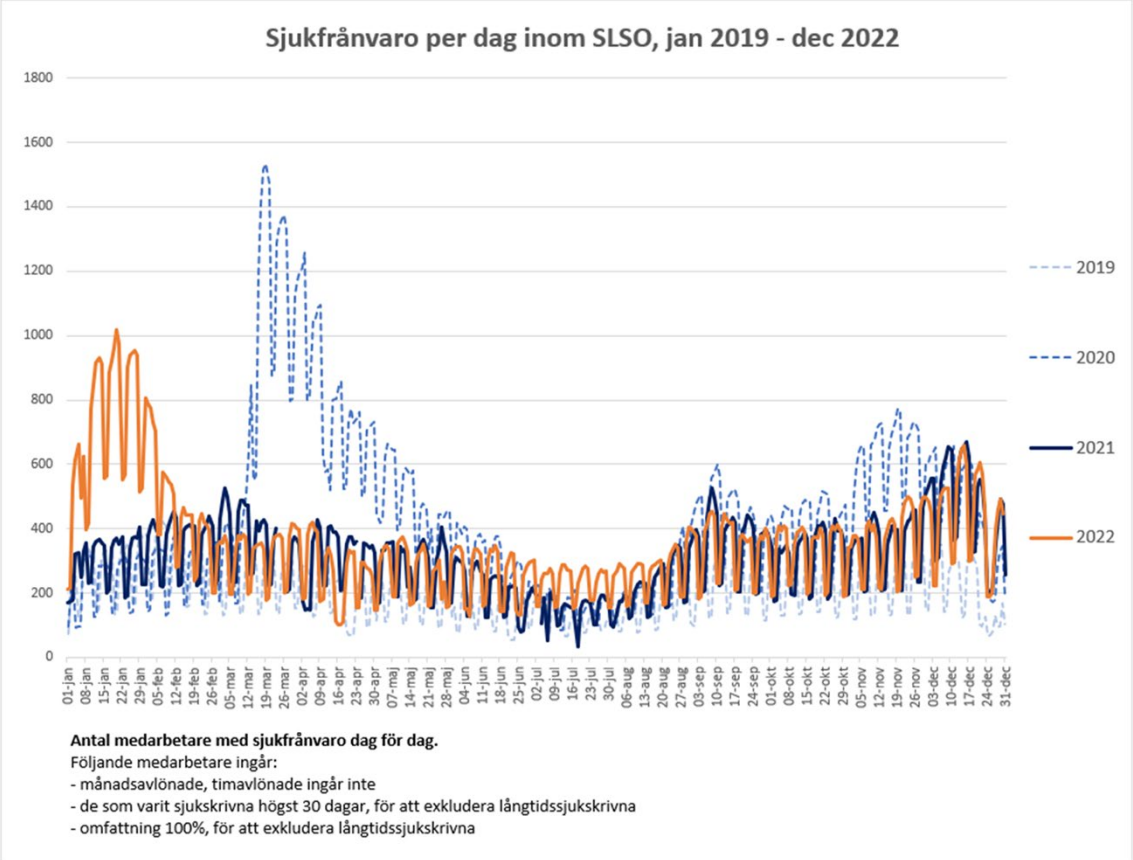
Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år	Förändr.
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**7,69%**	**6,90%**	**+0,79**
- varav kvinnor	*8,15%*	*7,30%*	*+0,85*
- varav män	*6,24%*	*5,62%*	*+0,62*
Fördelat på period			
1 - 14 dagar	*3,66%*	*3,09%*	*+0,57*
15 - 90 dagar	*1,14%*	*1,10%*	*+0,04*
91 - dagar	*2,90%*	*2,71%*	*+0,19*

Den totala procentuella sjukfrånvaron har ökat med 0,79 procentenheter jämfört med föregående år. Både kvinnors och mäns sjukfrånvaro har ökat. Kvinnors sjukfrånvaro är 1,91 procentenheter högre än mäns sjukfrånvaro på totalen, och jämfört med föregående år har skillnaden mellan könen ökat med 0,23 procentenheter. Kvinnors sjukfrånvaro är generellt högre inom samtliga sjukfrånvaroperioder.

Korttidssjukfrånvaron har ökat mest av sjukfrånvaroperioderna, där förändringen är 0,57 procentenheter på totalen i jämförelse med föregående år. Vidare kan vi se att ökningen av korttidssjukfrånvaron är störst i åldersgruppen 20-29 (+0,9 procentenheter), samtidigt som de ligger på den enskilt högsta nivån (5,37 %). Långtidsjukfrånvaron har även ökat till viss del.

Ingen specifik yrkesgrupp sticker ut i den totala sjukfrånvaron, annat än att gruppen läkare som ligger något lägre än övriga. 2022 var ett tungt år för många medarbetare som är trötta på grund av covid-19 situationen, som har pågått under tre års tid. En möjlig förklaring till att sjukfrånvaron generellt ökat är att vissa verksamheter har många vakanser och har varit underbemannade. Det finns även en annan aspekt på

varför sjukfrånvaron har ökat, som handlar om att det kan ha skett en beteendeförändring hos medarbetarna, där möjligheten och förväntan att de stannar hemma är större än tidigare vid sjukdomssymtom.



5 Ekonomi

SLSO redovisar för 2022 ett resultat på 233,4 mkr, 1,3 mkr bättre än fastställt resultatkrav. Verksamhetens totala intäkter och kostnader har utfallit väsentligt högre än budget, vilket främst är kopplat till obudgeterade poster kring covid-19 men även ökade volymer i hjälpmedelsverksamheten. I delårsbokslutet prognostiserades ett överskott för 2022 på 340 mkr. Om hänsyn tas till uppräkningen av löneskulden som skett i årsbokslutet (111 mkr), är det redovisade resultatet i linje med prognosen i delåret.

5.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Patientavgifter	264	237	27	21,6 %
Sålda primärtjänster	10 140	10 158	-18	2,7 %
Försäljning övriga tjänster	1 713	1 530	183	7,2 %
Erhållna bidrag	1 398	955	443	22,1 %
Övriga intäkter	569	370	199	0,8 %
Verksamhetens intäkter	**14 084**	**13 249**	**835**	**5,1 %**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-9 393	-8 909	-484	6,4 %
- varav inhyrd personal	*-389*	*-2*	*-387*	*46 %*
Köpta primära sjukvårdstjänster	-36	-32	-4	9,1 %
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-353	-341	-12	4,4 %
Läkemedel	-292	-303	11	-1,7 %
Materialkostnader	-1 191	-1 059	-132	11,3 %
Lokal- och fastighetskostnader	-1 162	-1 112	-50	5,2 %
Övriga kostnader	-1 253	-1 090	-163	5,9 %
Verksamhetens kostnader	**-13 680**	**-12 846**	**-834**	**6,4 %**
Avskrivningar	-170	-172	2	-2 %
Finansnetto	0	0	0	17,9 %
Justering pension mm.	0	0	0	
Resultat**	**233,4**	**232**	**1,4**	

* mkr

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

*** Omställningskostnader inklusive avskrivningskostnader

Utfall i jämförelse med budget

Intäkter

Patientavgifter

Den positiv avvikelse på 27,5 mkr (11,6 %) förklaras främst av en generell höjning av besöksavgifterna i april 2022. Denna var inte känd vid tidpunkten för budgetarbetet, varför den inte budgeterats. Avvikelsen är i stort genererad inom primärvården (husläkarmottagningar och rehab).

Sålda primärtjänster

Sålda primärtjänster utfaller 17,8 mkr (0,2 %) lägre än budget. Den negativa budgetavvikelsen förklaras i stort av bortfall av produktionsintäkter med anledning av covid-19. Dessa är beräknade till 82,4 mkr och specificeras enligt nedan:

- *primärvården* 34 mkr (varav 1,1 mkr utomlänsintäkter): lägre produktion inom HLM och primärvårdrehabilitering.
- *psykiatri* 13 mkr (varav 0,5 mkr utomlänsintäkter): lägre produktion inom öppenvården.
- *geriatriken* 17,5 mkr: lägre produktion inom slutenvården.
- *habilitering* 10 mkr: färre gruppbesök och ökad andel uteblivna besök (14 %).
- *somatisk specialistvård* 7,9 mkr (varav 2 mkr utomlänsintäkter): lägre produktion inom SLSO Närakuter.

Bortfallet av produktionsintäkter balanseras dock upp till stor del av obudgeterade ersättningar avseende covid-19 för dels vaccination på 36,9 mkr, dels uppskjuten vård avseende primärvård på 73,5 mkr. Vidare utfaller ersättning för asylsökande 24,5 mkr högre än förväntat.

Försäljning övriga tjänster

Den positiv budgetavvikelse på 182,8 mkr (11,9 %) förklaras främst av ökade försäljningsvolymer inom hjälpmedelsverksamheten samt av obudgeterade ersättningar för patienters egen provtagning av covid-19 (PEP).

Erhållna bidrag

Den positiva budgetavvikelsen på 443,3 mkr (46,4 %) förklaras delvis av;

- obudgeterade ersättningar på totalt 115,6 mkr avseende täckning av covid-19 relaterade kostnader (merkostnader och ökade sjuklönekostnader).
- obudgeterad ersättning på 135 mkr från Region Stockholm avseende kostnadstäckning för utbetald bonus (enligt beslut av regionfullmäktige) till medarbetare för goda arbetsinsatser under 2021.
- obudgeterade ökning av FoUU-anslag (utökade PTP-månader, höjd AT-och ST-ersättning samt fler beviljade ST-block).

Övriga intäkter

Den positiva budgetavvikelsen på 198,7 mkr (53,7 %) förklaras delvis av obudgeterad ersättning på 64,3 mkr från Region Stockholm avseende ”extra ersättning för att genomföra personalfrämjande åtgärder”. I övrigt utgörs den största delen av avvikelsen av ett högre utfall än förväntat avseende projektanslag. Det senare förklaras dels av ca 93 mkr för lågt budgeterade anslag för befintliga projekt, dels av ca 29 mkr i ytterligare anslag löpande under verksamhetsåret. Bland annat har HSN, Vetenskapsrådet och Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) tilldelat SLSO extra anslag under 2022. En mindre del av avvikelsen förklaras av resultatföring av projektmedel med anledning av genomgång av projekt som redovisas under 5.4.

Kostnader

Personalkostnader

SLSO:s bemanningskostnader (inklusive inhyrning) utfaller totalt 484,1 mkr (5,4 %) högre än budget. Kostnader för anställd personal utfaller 97,2 mkr (1,1 %) högre än budget. I utfallet finns obudgeterade inhyrningskostnader på 385,9 mkr.

I utfallet finns följande väsentligt avvikande poster:

- 377 mkr avser obudgeterade kostnader för inhyrd personal för täckning av vakanser och sjukfrånvaro.
- vakanser och sjukfrånvaro har delvis också täckts upp med övertider och timvikarier till en kostnad som överstiger budget med 385 mkr.
- 135 mkr avser obudgeterad utbetalning av bonus till berörda medarbetare för ”goda arbetsinsatser under 2021”.
- 111 mkr avser uppräkning av semesterlöneskuld och övriga löneskulder med 2023 års PO-pålägg.
- 94,4 mkr avser ökade personalkostnader i externa projekt, på grund av dels för låg budget, dels för under året tillkommande och ej förväntade projekt (för detaljer se Övriga intäkter).
- 67,4 mkr avser obudgeterade merkostnader för bemanning (inklusive inhyrning) med anledning av covid-19.
- 32,9 mkr avser obudgeterade bemanningskostnader för covid-19 mottagningar avseende vaccination och smittspårning.
- kostnader för utbildningar, konferenser samt övriga personalrelaterade kostnader utfaller 19,8 mkr högre än budget.

Läkemedel

Kostnader för läkemedel utfaller 11,3 mkr (3,7 %) lägre än budget, i huvudsak förklarat av lägre kostnader inom ”läkemedelsförmån i Öppenvård”. Det i sin tur förklarat av färre besök än budget inom öppenvården.

Materialkostnader

Kostnader för material utfaller 132,3 mkr (12,5 %) högre än budget och hänger främst ihop med ökade inköp inom hjälpmedelsverksamheten i takt med verksamhetens stigande försäljningsvolymer.

Lokal- och fastighetskostnader

Den negativa budgetavvikelsen på 40,1 mkr (3,6 %) förklaras i huvudsak av ökade hyreskostnader och kostnader för reparation. Vidare har kostnaderna för el/vatten stigit väsentligt under 2022.

Vårdgrensvisa kommentarer

Geriatrik/ASiH

Verksamhetsgrenen redovisar ett negativt resultat för 2022 på 25,9 mkr, 3,8 mkr sämre än 2021. Försämringen förklaras i sin helhet av ökade underskott inom ASiH.

Den *geriatriska* verksamheten redovisar totalt ett knappt underskott på 0,5 mkr, en förbättring med 10,3 mkr jämfört med 2021. Trots ökat bortfall av produktionsintäkter med anledning av covid-19 (6 mkr) har produktionsintäkterna totalt sett (öppen- och slutenvård) ökat under 2022. Under året har också verksamhet Förstärkt Utskrivning startats, vilket givit en ekonomisk förstärkning. Ökad produktion har kunnat uppnås med en lägre bemanningskostnad jämfört med 2021. Geriatriken uppvisar därför positiva produktivitetsförändringar för 2022, 14,3 % avseende kostnader och närmare 19 % avseende arbetade timmar.

ASiH-verksamheten redovisar totalt ett underskott på 25 mkr, 13,2 mkr sämre än under 2021. Såväl ASiH-enheterna som de palliativa slutenvårdsenheterna redovisar underskott (5 mkr respektive 20 mkr). ASiH-enheterna går från ett redovisat överskott på 4,1 mkr under 2021 till ett redovisat underskott på 5,0 mkr för 2022. Enheterna har under året producerat fler vårddygn än både budget och föregående år men det har skett med en mer kostsam bemanning än planerat. Ökad personalomsättning har lett till fler vakanser vilka täckts upp med inhyrd personal. Den rådande bristen på sjuksköterskor har lett att inhyrning skett under längre perioder. Vidare har verksamhetens kostnader för bilar (drivmedel mm) och transporter ökat väsentligt under 2022, vilket bidragit till det försämrade resultatet.

Den palliativa slutenvården har under flera året varit underfinansierat och redovisar med anledning av det ett väsentligt underskott även för 2022. Underskottet har ökat med drygt 4 mkr till närmare 20 mkr för 2022. Produktionen av vårddygn i palliativ slutenvård utfaller 11 % lägre än budget och 5 % lägre än under 2021. Enheterna har inte klarat årets produktionsmål till följd av vakanser vilka lett till att vårdplatser tvingats stänga ner (periodvis) på grund av personalbrist.

Psykiatrisk vård

Psykiatrin redovisar ett positivt resultat på 14,5 mkr vilket är bättre än det budgeterade nollresultatet. Den största avvikelsen mot budget avser personalkostnaderna, vilket i början av året hade sin orsak i fortsatt påverkan från pandemin. Det innebar högre sjukfrånvaro än ett normalår och dessutom merkostnader för i huvudsak personal. Det här har kompenserats av de ersättningar som erhållits från staten för mer- och sjuklönekostnader. Avvikelsen beror också på ökande kostnader för personal rent

generellt. Vakanser har inneburit behov av att hyra in personal och inhyrningskostnaderna har varit ca 30 % högre än både 2020 och 2021. Under året har psykiatrins resultat periodvis visat underskott mot budget, varför alla enheter följt kostnadsutvecklingen noggrant och arbetat med åtgärder av olika slag för en ekonomi i balans.

Årets produktion i öppenvård har påverkats negativt dels av pandemin under årets första månader och dels av vakanser som inneburit lägre besök än budgeterat**.** Avtalen i psykiatrin består endast till en liten andel rörlig ersättning i öppenvård. Verksamheterna måste dock komma upp till en miniminivå för att erhålla full fast ersättning och utfallet blev slutligen att en av klinikerna fick återbetala en liten del fast ersättning som uppgick till ca 4 mkr. Under november och december har öppenvårdsproduktionen förbättrats och ökat i hela psykiatrin. I heldygnsvården ersätts psykiatrin med fast ersättning per fastställd vårdplats.

Primärvård

För 2022 redovisar Primärvården ett överskott på 40,6 mkr jämfört med 2021 då överskottet var 26,5 mkr. Överskottet beror till stor del på de extra ersättningar avseende covid-19 som har betalats ut. Sammanlagt har primärvården erhållit extra covid-19 ersättningar på 148 mkr avseende uppskjuten vård, ersättning för merkostnader, ersättning för covid-19 dagar, statsbidrag sjuklön och vaccinationer. Det covid-19-relaterade intäktsbortfallet har beräknats till 34 mkr och avser till stor del primärvårdsrehabiliteringsuppdraget. Därutöver har vårdcentralerna fått mer kapiteringsintäkter än budget p.g.a. att ersättningen i förfrågningsunderlaget räknades upp mer än vad som var känt vid tillfället för budgetering. Mödrahälsovården och barnhälsovården har lägre intäkter än budget pga. att antalet nyfödda barn har minskat.

Bemanningskostnaderna överstiger budget p.g.a. ökade inhyrningskostnader. Bristen på läkare och sjuksköterskor har inneburit att vårdcentralerna har använt inhyrning i samband med vakanser, personalomsättning och sjukfrånvaro. Sammantaget överstiger bemanningskostnaderna budget med 40 mkr. Även övriga kostnader som medicinsk service, hyra, el och materialkostnader har ökat jämfört med budget i och med att vårdskulden som uppstod i samband med covid-19 pandemin har arbetats bort har kostnaderna ökat samtidigt som höjda energipriser och ökad inflation medför höjd hyra och ökande driftkostnader. Totalt sett blev kostnaderna 94 mkr högre än budgeterat.

På uppdragsnivå är det framför allt husläkaruppdraget som har stort överskott tack vare extra covid-19 ersättningar. Även primärvårdsrehabilitering och ungdomsmottagningarna redovisarar positiva resultat. När det gäller primärvårdsrehabilitering beror överskottet på extra ersättningar för uppskjuten vård. Mödrahälsovården och barnhälsovården redovisar underskott p.g.a. minskat antal nyfödda barn.

Habilitering

Verksamhetsgrenen redovisar ett överskott på totalt 7,6 mkr för 2022, 1,8 mkr bättre än 2021. Resultatförbättringen förklaras i sin helhet av att *Habiliteringsverksamheten* redovisar ett överskott på 5,3 mkr, 4,3 mkr bättre än 2021. Verksamhetens produktion utfaller 3 % lägre än budget och 1 % lägre än 2021. Produktionen har även under 2022 påverkats av covid-19 (beräknat bortfall på 10 mkr) främst genom ökad sjukfrånvaro hos personalen och ökat antal uteblivna besök. Det förstnämnda i kombination med ökad personalomsättning har lett till att verksamhetens personalkostnader utfaller 13,1 mkr (3,4 %) lägre än budget och 1,6 mkr (0,5 %) lägre än 2021. De lägre bemanningskostnaderna under 2022 förklarar i stort resultatförbättringen mellan åren.

Tolkcentralen redovisar ett resultat för 2022 på 2,3 mkr, 2,4 mkr sämre än 2021. Under 2022 har restriktionerna för covid-19 lättats, vilket inneburit att Tolkcentralen kunnat utföra (5,2 %) fler tolkuppdrag under 2022. Detta har ökat verksamhetens kostnader avseende köpta tolktjänster under 2022. Ökat antal utförda tolkuppdrag i kombination med att tolktjänsterna ökat i pris förklarar verksamhetens resultatförsämring under 2022.

Somatisk specialistvård

Somatisk specialistvård utgörs av SLSO Närakuter, Akademiskt specialistcentrum (ASC) och Centrum för cancerrehabilitering (CCR). Verksamhetsgrenen redovisar totalt ett underskott för 2022 på 5,4 mkr, 21,5 mkr sämre än föregående år. I stort förklaras resultatförsämringen av att SLSO Närakuter under 2022 redovisar ett underskott på 8,5 att jämföra med ett redovisat överskott på 14,5 mkr för 2021.

Närakuternas produktion har ökat med 6 % (15 mkr) jämfört med 2021 men det har skett med en kostsammare bemanning än planerat. Rensat för merkostnader för covid-19 så har bemanningskostnaderna ökat med 31,6 mkr (13,5 %) jämfört med 2021. Verksamheten har tvingats till dyra bemanningslösningar under framför allt sommaren, med inhyrd personal, för att kunna ha bibehållen verksamhet. I övrigt har närakuternas ökade kostnader avseende bevakning och vaktmästeritjänster bidragit till det försämrade resultatet mellan åren.

ASC har under 2022 producerat fler vårdkontakter än såväl budget som under 2021, vilket genererat 10,7 mkr i högre besöksintäkter. Detta har skett utan att bemanningskostnaderna har ökat i lika stor utsträckning. Det har resulterat i en positiv produktivitetsförändring på 2,4 %, vilket förklarar varför verksamheten redovisar ett positivt resultat på 4,3 mkr, 3,7 mkr bättre än 2021.

CCR redovisar ett negativt resultat för 2022 på 1,2 mkr, 2,3 mkr sämre än 2021. Verksamhetens ersättningsmodell förändrades inför 2022, med högre vikt på produktionsersättning. Under stora delar av året har verksamheten inte lyckats nå de högt satta budgetmålen, då verksamhetens arbete med att utöka bemanningen släpat efter. Inte förrän i slutet av 2022 uppnådde CCR full bemanning.

Hjälpmedel

Verksamhetsgrenen redovisar för 2022 ett överskott på 84,7 mkr, 14,7 mkr bättre än

för 2021. Resultatförbättringen förklaras i huvudsak av ökade intäkter inom Medicinsk apparatur i hemmet, genom både ökade försäljningsvolymer av befintligt produkter men även genom ett utökat produktsortiment. Inom KommSyn Stockholm har det skett en förändring där delar av sortimentet ändrats från hyra till bas, vilket har givit en positiv resultateffekt under 2022. I övrigt har verksamhetens personalkostnader ökat endast marginellt jämfört med utfallet för 2021, vilket bidragit till resultatförbättringen mellan åren.

Covid-19-effekt på utfall

Under 2022 har covid-19 påverkat SLSO:s intäkter, kostnader samt resultat.

För året redovisar SLSO merkostnader med anledning av covid-19 på 73,4 mkr, vilket är en nära halvering jämfört med 2021. Full kompensation har dock erhållits för dessa, varför ingen resultatpåverkan finns under 2022.

De redovisade merkostnaderna specificeras enligt följande:

- 67,4 mkr avser bemanningskostnader (inklusive inhyrning).
- 6,0 mkr avser kritisk skyddsutrustning, förbrukningsmaterial med mera.

SLSO:s produktionsbortfall med anledning av covid-19 är för 2022 beräknat till 82,4 mkr (vilka specificerats ovan), att jämföra med 102,9 mkr för 2021.

SLSO har under 2022 erhållit följande covid-19 relaterade ersättningar (utöver kompensationen för merkostnader), vilka i viss utsträckning bidragit till SLSO:s positiva resultat:

- 64,3 mkr avseende ”extra ersättning för att genomföra personalfrämjande åtgärder”.
- 73,5 mkr för uppskjuten vård
- 26,1 mkr för covid-vaccinering
- 7,9 mkr avseende ökade sjuklönekostnader under december 2021.

5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Summa personalkostnader	**-9 003,7**	**-8 906,5**	**-97,2**	**5,1 %**
Förändring sem- och löneskuld	4,5	-7,3	11,8	
Lönekostnad	-6 015,9	-5 972,6	-43,3	4,1 %
- varav övertid	*-130,4*	*-28,2*	*-102,2*	*6,9 %*
- varav sjuklönekostnad	*-136,1*	*-19,7*	*-116,4*	*10,8 %*
PO-pålägg	-2 833,9	-2 792,9	-41	6,7 %

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Övriga personalkostnader	-158	-134	-24	35,9 %
Inhyrd personal	**-389,1**	**-2,1**	**-387**	**46 %**
- varav läkare	*-214,1*	*-1,9*	*-212,2*	*23,8 %*
- varav sjuksköterskor	*-169*	*-0,2*	*-168,8*	*89,5 %*
- varav övrig personal	*-6*	*0*	*-6*	*36,7 %*
Personalkostnad inkl inhyrd personal	**-9 392,8**	**-8 908,7**	**-484,1**	**6,4 %**

* mkr

Utfall i jämförelse med budget

SLSO:s personalkostnader utfaller 97,2 mkr (1,1 %) högre än budget och kostnaderna för inhyrd personal 387 mkr över budget. Detta innebär att SLSO:s totala bemanningskostnader för 2022 avviker negativt från budget med 484,1 mkr (5,4 %)

Semesterlöneskuldens förändring utfaller med en positiv budgetavvikelse, vilket indikerar att medarbetarna under 2022 har haft möjlighet att ta ut årets intjänade semesterledighet. Det innebär också att uttagen av "(4) extra dagar covid-ledighet" har kunnat ske utan att det påverkat semesterskuldens förändring i någon större omfattning.

Lönekostnaden, inklusive PO-pålägg, utfaller 84,3 mkr (1 %) högre än budget. I utfallet finns följande obudgeterade kostnader;

- 135 mkr avseende bonus till medarbetare för ”goda arbetsinsatser under 2021”.
- 111 mkr avseende uppräkningen av löneskulder med anledning av ökat PO-pålägg under 2023
- 94,4 mkr avseende projektlönekostnader.
- 58,2 mkr avseende merkostnader kopplat till covid-19
- 23 mkr avseende vaccination- och smittspårningsenheten

Rensat för detta utfaller lönekostnaden, inklusive PO-pålägg, med en positiv budgetavvikelse på 324,4 mkr (3,6 %).

Samtliga vårdgrenar redovisar lönekostnadsutfall, inklusive PO-pålägg, som avviker positivt från budget. Det hänger främst ihop med vakanser och ökad sjukfrånvaro. Dessa har i sin tur delvis täckts upp med timanställda och övertidsarbete, vilket skett i större utsträckning än planerat varför kostnaden för detta också utfaller högre än budget.

Övriga personalkostnader utfaller 24 mkr högre än budget. I huvudsak förklaras detta av ökade kostnader för utbildning och konferenser. Pandemiåren har skapat ett

uppdämt behov av utbildningar i verksamheterna, vilket blir tydligt vid en jämförelse med kostnadsutfallen under 2019 - 2021. Utfallet 2022 är ca 28 mkr högre än under både 2020 och 2021 men är i nivå med utfallet för 2019.

Verksamheter inom SLSO budgeterar (i regel) inte för inhyrd personal utan budgeten ska grunda sig på en bemanning med anställd personal. Vakanser och sjukskrivningar har under året delvis täckts upp med inhyrd personal och förklaras således varför inhyrningskostnaderna utfaller med en negativ budgetavvikelse. Avvikelsen är i stort i nivå med det ackumulerade utfallet. Drygt 9 mkr avser dock merkostnader kopplade till covid-19.

2022 år kostnader för inhyrd personal fördelar sig enligt följande:

Kategori	Kostnad *	Andel
Läkare	214,1	55%
Sjuksköterskor	169,0	43%
Övrig	6,0	2%
Summa	**389,1**	**100%**

* mkr

Vårdgren	Kostnad *	Andel
Psykiatri	174,2	45%
Primärvård	126,4	32%
Somatisk specialistvård	50,8	13%
Geriatrik/ASiH	23,8	6%
Övrig	13,9	4%
Summa	**389,1**	**100%**

* mkr

5.1.2 Konsultkostnader

SLSO:s målsättning är att systemförvaltning ska ske i egen regi men det är oundvikligt att det under ett verksamhetsår uppstår behov av att anlita konsulter för utveckling av applikationer och system eller för arbete med olika utredningsuppdrag.

Utfall i jämförelse med budget

SLSO:s konsultkostnader för 2022 utfaller med 36,7 mkr, 9,9 mkr högre än budget. Dessa utgörs i stort av IT- konsulter, vilka utfaller med 22,3 mkr (4,3 mkr över budget) och avser i huvudsak förvaltning och utveckling av olika vårdstödjande applikationer/system, främst ”Alltid öppet”.

5.1.3 Utredning av det fullmäktige beslutade resultatkravet

mkr	Tecken	Belopp
Resultat		**233,4**
Poster som skall undantas		

Diskonteringsränta (endast Locum)	+	
Merkostnader covid	+	73,4
Ersättning merkostnad covid	-	73,4
Minskade intäkter covid	+	82,4
Statsbidrag biljettintäkter (endast TN)	-	
Reavinster	-	
Effekt av ökat PO i upplupna löner och semesterskuld (skillnaden mellan 2022 och 2023)	+	111
Utredning resultatkrav		**426,8**

SLSO:s redovisade resultat för år 2022 är 233,4 mkr, 1,3 mkr bättre än fastställt resultatkrav. Under året har covid-19 genererat merkostnader motsvarande 73,4 mkr vilka SLSO har kompenserats för fullt ut. För år 2022 har produktionsbortfallet kopplat till covid-19 beräknats till 82,4 mkr (för detaljer se avsnitt 5.1). Med anledning av det väsentligt ökade PO-pålägget under 2023, har uppräkningen av semesterskulden och övriga löneskulder belastat årets resultat med 111 mkr.

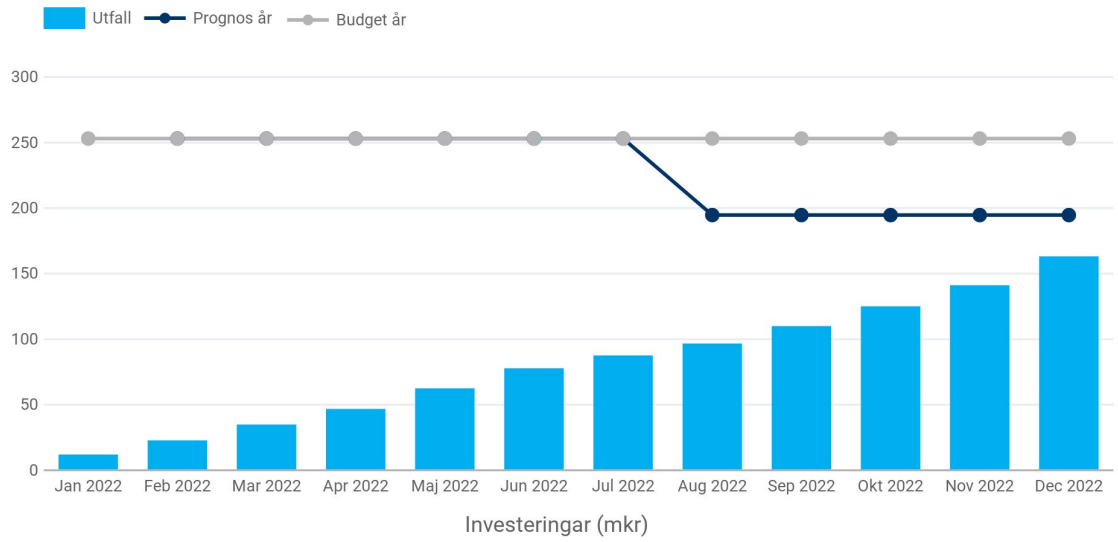
SLSO uppnår 2022 års resultatkrav trots att verksamhetens resultat är belastat med det väsentliga intäktsbortfallet. Förklaringen ligger i stort i att SLSO under året även har erhållit andra covid-19 relaterade ersättningar, utöver kompensationen för merkostnaderna. Dessa har inte genererat eller varit förknippade med kostnader i motsvarande utsträckning (se avsnitt covid-19 effekt på utfall).

5.2 Åtgärder för ett resultat i balans

Åtgärd (mkr)	Kommentar	Utfall	Budget 2022	Budget 2023
Summa				

SLSO uppnår det av fullmäktige fastställda resultatkravet för år 2022.

5.3 Investeringar



Utgift i jämförelse med budget

Årets investeringsutfall uppgår till 162,5 mkr vilket motsvarar en upparbetningsgrad mot budget på 64,4 %. Jämfört mot prognos är upparbetningsgraden 84 %.

Inom SLSO utgör Hjälpmedelsverksamheten 67 % av SLSO:s totala investeringsbudget, för året var verksamhetens upparbetningsgrad 78 % jämfört mot budget. Takten för planerade utbyten har varit lägre än planerat, samt att logistikavdelning kontinuerligt arbetar med lagersaldona.

Ny- och ersättningsinvesteringar

SLSO:s investeringar består främst av ersättningsinvesteringar i medicinskteknisk utrustning, inventarier, informations-och kommunikationsteknik samt tekniska hjälpmedel.

Investeringar (Mkr)	Utgift 2022	Budget 2022	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Nyinvesteringar				
Ersättningsinvesteringar	162,5	252,4	90	64,4
Totalt investeringar	**162,5**	**252,4**	**90**	

Status enskilda investeringsobjekt

SLSO har inga investeringsobjekt överstigande 100 mkr.

Status investeringsplanens genomförbarhet och risk

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

Ombyggnationer i externt förhyrda lokaler, blir tilläggshyror.

5.3.1 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					

Ej relevant för SLSO

5.4 Balansräkning

Balansräkning*	Utfall	Utfall fg år	Förändr.
Anläggningstillgångar	500	514	-14
Omsättningstillgångar	2 318	2 351	-33
- varav kassa och bank	*499*	*383*	*116*
SUMMA TILLGÅNGAR	**2 817**	**2 865**	**-48**
Eget kapital	**795**	**933**	**-138**
Avsättningar	**0**	**0**	**0**
Skulder	**2 022**	**1 931**	**90**
- varav långfristiga skulder	*0*	*0*	*0*
- varav kortfristiga skulder	*2 022*	*1 931*	*90*
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	**2 817**	**2 865**	**-48**

* mkr

Omsättningstillgångarna har minskat med 33 mkr och härrör bl.a. till att kundfordringarna är lägre än föregående år. Detta på grund av lägre fakturering av engångskaraktär**,** exempelvis ersättning för merkostnader covid-19 och UPH-medel (utvecklingsmedel för psykisk hälsa) från HSN som föregående år fakturerades sent på året. Vidare har utökat produktsortiment inom framför allt MAH medfört större lagerhållning med ca 13 mkr. Kassa och bank har ökat med 116 mkr och det beror främst på att SLSO genererar överskott.

Skulderna har ökat med 90 mkr och detta beror dels på uppbokning av nytt PO-pålägg för 2023 gällande semester- och löneskulden med 111 mkr och dels ökade leverantörsskulder med 107 mkr. Därutöver är de upplupna kostnaderna 104 mkr högre än föregående år och detta beror bland annat på den högre inhyrning av vårdpersonal där decembers fakturor kommer först i januari samt reservering för återbetalning av projektmedel.

I samband med årsgranskning 2021 framförde Regionrevisorerna kritik för nämndens hantering av balanserade projektmedel. En större genomlysning har gjorts under året och inneburit återbetalning till HSN med 192 mkr, vilket påverkar kortfristiga skulder.

Förändringen av det egna kapitalet härrör sig främst av återbetalningen av avkastningskravet.

5.5 Kassaflödesanalys

Kassaflödesanalys	2022-12-31
Mkr	
Den löpande verksamheten	
Kassaflöde från den löpande verksamheten	643 425
Investeringsverksamheten	
Kassaflöde från investeringsverksamheten	-156 078
Finansieringsverksamheten	
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	-371 365
Årets kassaflöde	**115 982**
Likvida medel vid årets början	**382 875**
Likvida medel vid årets slut	**498 857**

Kassaflödet från den löpande verksamheten har ökat med 290 mkr jämfört med föregående år. Detta förklaras av att flera verksamheter genererar överskott vilket medför ett positivt kassaflöde. De verksamheter som generar de största överskotten är hjälpmedelsverksamheterna.

Kassaflödet från finansieringsverksamheten härrör sig till SLSO:s resultatkrav.

6 Digitalisering

6.1 Digitaliseringsinitiativ

Följande digitaliseringsinitiativ har genomförts under 2022:

- ett strategiskt digitaliseringsråd har etablerats där SLSO-övergripande riktningar och prioriteringar kring gemensamma initiativ hanteras
- SLSO har fortsatt vidareutveckla Alltid Öppen både ur ett patient- och vårdgivarperspektiv
- projektet *Psykiatri direkt* har bedrivits i samverkan mellan Primärvård och Psykiatri i syfte att öka tillgänglighet till vård för psykisk ohälsa genom videobesök
- STEP-UP, ett utbildnings- och samverkansprojekt med digitalt stödsystem i syfte att öka tillgänglighet till god och nära vård för psykisk ohälsa och beroende har bedrivits.
- införande av e-remisser för minskad manuell hantering samt portokostnader
- införande av LifeCare, digitalt stöd för en trygg och säker utskrivningsprocess från slutenvården med minskad manuell hantering
- införande av ALMA, digitalt beslutsstöd inom primärvården
- *Medarbetarens digitala stöd,* visualisering av patienter i vårdprocessflöden, är infört
- SLSO har deltagit i upphandling av Tal till text-funktionalitet för att effektivisera journalanteckningsprocessen.
- uppdaterad e-underskriftslösning i pilotfas
- SLSO har deltagit i projekt kring stärkt driftsäkerhet och kapacitet som syftar till en mer homogen och robust infrastruktur
- SLSO har varit delaktig i dialogen gällande utveckling av ett regionalt vårddatalager
- SLSO har aktivt jobbat med att vidareutveckla och förvalta Strategi för digitalt stöd 2025 inom Psykiatrin
- för att ytterligare öka den digitala mognaden har SLSO fortsatt arbetet med kompetensutveckling via ESF-medel.
- SLSO har varit en integrerad del av Region Stockholms innovationsprocess samt fortsatt den interna kompetensutvecklingen inom just innovation.
- SLSO har initierat en första dialog kopplat till egenmonitorering.

7 Pågående rättsprocesser (tvister)

Stockholms läns sjukvårdsområde har inga pågående rättsprocesser (tvister). Och under 2022 överklagades ett myndighetsbeslut som Kammarrätten dömde till SLSO:s fördel.

8 Övrigt

Samma redovisningsprinciper har använts som i den senaste årsrapporten.

9 Förväntad utveckling 2023

Det ekonomiska utgångsläget är ytterst osäkert inför kommande år med anledning av stigande inflation, inflationens påverkan på pensionskostnaderna, höjda räntor och höga bränsle- och elpriser. Effekten av de nya pensionsavtalen, lönerörelsen, kostnader för inhyrning och effekter av nya vårdavtal ex. psykiatrin samt effekten av den riktade satsningen på primärvården i Region Stockholms budget är svårbedömda. De riktade statsbidragen kommer att vara väsentligt lägre och färre då statsbidrag kopplade till pandemin som utbetalts under 2022 upphör.

De områden som nämnden bedömer som är prioriterade för 2023 är:

Kompetensförsörjning. Förmågan att attrahera, rekrytera, utveckla och behålla medarbetare med rätt kompetens ska vidareutvecklas. Det hållbara ledarskapet såväl som medarbetarskapet ska lyftas.

Vårdprocesser. Vårdprocessarbetet inom SLSO kommer fokusera på att aktivt bidra i framtagande och implementation av de nationella standardiserade vårdförloppen för att möjliggöra bästa tillgängliga kunskap i alla möten samt fortsatt digitalisering av befintliga vårdprocesser.

Vård på distans. Den nära vården ska stärkas genom vidareutveckling av arbetssätt kopplat till Alltid öppet, egenmonitorering i hemmet samt samverkansprojekt över vårdgrenar som syftar till att öka tillgänglighet och underlätta patientens digitala väg i vården.

För att uppnå det av regionfullmäktige fastställda resultatkravet på 201 mkr år 2023, beräknas ett effektiviseringskrav på motsvarande minst 305 mkr (2,2 %) totalt för SLSO.

10 Nämnd-/styrelsebehandling

Verksamhetsberättelsen för 2022 blir behandlad i Stockholms läns sjukvårdsområdes nämnd den 27 februari 2023.

Sammanställning kostnader Covid-19/Coronavirus 2022

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

Läses in från flikar:	***Ack. utfall totalt i tkr***	***Prognos totalt i tkr***	***Kommentar***
1a. Personalkostnader	67 401	0	
1b. Provtagning personal	0	0	
2a. Smittskydd	0	0	
2b. Sjukvårdsrådgivning	0	0	
2c. Informationsinsatser	0	0	
3a. Skyddsutrustning	4 278	0	
3b. Provtagningsmaterial	0	0	
4a. Läkemedel	161	0	
4b. Transporter	0	0	
5. Övriga kostnader	1 598	0	
6. Invest. Medicinsk teknisk utrustning	0	0	
7a. Förlorade intäkter	82 380	0	
7b. Tillkommande intäkter	0	0	

Region Stockholm

Övriga avsättningar, ansvarsförbindelser och tvister

Bilaga E1

Nämnd/Bolag **Stocholms läns sjukvårdsområde** Period 2022

Belopp anges i kronor.

Legala Avsättningar (exklusive avsättningar för pensioner)

Avsättning avser [1]	IB 2020	Upplåktaget under	Återföring	Årets avsättning	UB	Tidpunkt då avsättning helt eller delvis skall återföras (ange år)	Upplysning om betydelsefulla antaganden som gjorts rörande framtida händelser som påverkat värderingen	Förväntad gottgörelse som har redovisats som tillgång [2]	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
SLSO har inga avsättningar					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
TOTALT	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**			**0**	

[1] Specifikation av varje enskilt förekommande avsättning och en förklaring till varför den uppkommit. **Avsättningar för pensionsåtaganden inkluderas ej.**

[2] Om del av eller hela det belopp som krävs för att reglera en avsättning förväntas bli ersatt av tredje part, ska en gottgörelse redovisas bara när det är så gott som säkert att denna kommer att erhållas om förpliktelsen regleras.
Gottgörelsen ska redovisas som en tillgång i balansräkningen.
Det belopp som redovisas för gottgörelsen får inte överstiga avsättningen.

Informella Avsättningar (endast bolagen)

Specificera typ av avsättning:	IB 2020	Upplåktaget under	Återföring	Årets avsättning	UB	Tidpunkt då avsättning helt eller delvis skall återföras (ange år)	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
TOTALT	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**		

Ansvarsförbindelser

Specificera typ av ansvarsförbindelse	Belopp	Kommentar om osäkerheter beträffande beloppet eller tidpunkten för utbetalningar	Möjlighet att eventuell gottgörelse erhålls (belopp)	Är ansvarsförbindelsen föremål för tvist (JA/NEJ)
SLSO har inga ansvarsförbindelser				
TOTALT	**0**		**0**	

Skuld för avslutade tvister

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

Definitioner

Legal avsättning (legal förpliktelse)
En avsättning för en förpliktelse (åtagande) som härrör från ett kontrakt, lagstiftning eller annan laglig grund. (RKR Rek 9, BFNAR 2012:1)

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

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

Ansvarsförbindelse
a) en möjlig förpliktelse som härrör från inträffade händelser och vars förekomst kommer att bekräftas endast av att en eller flera osäkra framtida händelser inträffar eller uteblir
b) en befintlig förpliktelse som härrör från inträffade händelser men som inte redovisas som skuld eller avsättning eftersom någon av följande förutsättningar gäller:
• det är inte är troligt att ett utflöde av resurser kommer att krävas för att reglera förpliktelsen,
• förpliktelsens storlek kan inte beräknas med tillräcklig tillförlitlighet,
eller
c) en händelse som - på grund av etablerad praxis, offentliggjorda riktlinjer eller tillräckigt utförligt och aktuellt uttalande - har skapat en välgrundad förväntan hos externa parter att kommunen eller landstinget kommer att vidta åtgärder vilket kan komma att kräva ett utflöde av resurser, men som inte uppfyller villkoren för en förpliktelse enligt denna rekommendation. (RKR Rek 9)

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

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2022-0997
RS 2022-0738

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga F5-Inköp och upphandling 2022

2022

Innehållsförteckning

1 Uppgiftslämnare och kontaktperson....4

2 Upphandlingar 2022....5
2.1 Slutförda upphandlingar över direktupphandlingsgränsen....5
2.2 Slutförda direktupphandlingar....5
2.3 Arbete för att motverka direktupphandlingar....5
2.4 Upphandling för robust försörjning....5
2.5 Upphandling av eller till samhällsviktig verksamhet....6
2.6 Riktlinje för uppföljning och insyn av verksamhet som utförs av privata utförare....6
2.7 Förändringar i säkerhetsskyddslagen....6
2.8 Förbud mot tilldelning och fullgörande av kontrakt med ryska medborgare, enheter eller organ....6

3 Hållbarhet i upphandling....8

4 Konkurrens vid upphandlingar....9

5 Överprövningar....10

6 Avtalsförvaltning och avtalsuppföljning....11
6.1 Antal förvaltade avtal....11
6.2 Uppföljning av de ingångna avtalen....11
6.3 Beslutade rutiner och processer för avtalsuppföljning....11
6.4 Effekten av de ingångna avtalen....11
6.5 Dokumentation av uppföljning och utvärdering av ingångna avtal....11

7 Organisation och bemanning....12
7.1 Antal årsarbetare som arbetar med inköp och upphandling....12

8 Arbetssätt i inköpsprocessen....13
8.1 Utsedd inköpsansvarig person....13
8.2 Upprättad upphandlingsplan....13
8.3 Utvecklade upphandlingar....13

9 Implementering av kategoristyrt arbetssätt....15
9.1 Kategoriorganisation....15
9.2 Tidplan för fastställande av kategoristrategi och kategoriplan....15

9.3 Utmaningar i arbete med implementeringen av kategoriansvaret..... 15

10 Övrigt..... 17

1 Uppgiftslämnare och kontaktperson

Uppgiftslämnare och kontaktperson:		
Nämnd/bolag	**Kontaktperson**	**E-postadress**
Stockholms läns sjukvårdsområde	Anna-Karin Ahnell	anna-karin.ahnell@regionstockholm.se

2 Upphandlingar 2022

2.1 Slutförda upphandlingar över direktupphandlingsgränsen

Upphandlingar över direktupphandlingsgränsen 2022		
Upphandling	Antal upphandlingar	Upphandlingsvärde (Mkr)
Lokal upphandling	19	320
Lokalt samordnad upphandling	2	270
Centralt samordnad upphandling	0	0

2.2 Slutförda direktupphandlingar

Enligt rutin inom SLSO ska verksamheten vid samtliga direktupphandlingar över 10 000 kr göra en inköpsansökan, uppgiften nedan baserar sig på inkomna inköpsansökningar på 100 000 kr eller mer under 2022

Antal direktupphandlingar och upphandlingsvärde 2022 (över 100 000 kr)		
Upphandling	Antal direktupphandlingar	Upphandlingsvärde (Mkr)
Under gällande direktupphandlingsgräns	172	55
Över gällande direktupphandlingsgräns (med synnerliga skäl)	0	0

2.3 Arbete för att motverka direktupphandlingar

Upphandling och inköpssupport inom SLSO genomför inte direktupphandlingar i det fall värdet ligger över direktupphandlingsgränsen. För att säkerställa att de inte sker i våra verksamheter genomförs utbildningar och andra informationsinsatser om vilka regelverk som gäller.

Totalt sett är värdet av de upphandlingar som gjort inom området vårdbemanning över direktupphandlingsgränsen, de enskilda ansökningarna är dock under direktupphandlingsgränsen. I de fall avtalade leverantörer inte kan leverera vid avrop gör verksamheten inköpsansökan för köp utanför avtal. Varje ansökan i sig ligger under direktupphandlingsgränsen men sammantaget överstiger värdet inom området vårdbemanning direktupphandlingsgränsen

2.4 Upphandling för robust försörjning

SLSO har inte infört några nya sådana krav i sina avtal under 2022, det finns krav som syftar till att säkerställa en robust försörjning sedan tidigare. Det arbete som har inletts under 2022 är en mer strategisk samverkan med utvalda leverantörer.

2.5 Upphandling av eller till samhällsviktig verksamhet

Samtliga upphandlingar som görs hos SLSO har någon koppling till hälso- och sjukvård och kan därmed anses som kopplade till samhällsviktig verksamhet, men alla upphandlingar är inte lika kritiska för verksamheten. För att identifiera vilka som är kritiska har vi under året inlett ett arbete med att klassificera våra upphandlingar ur flera perspektiv, varav detta är ett. Vi har konstaterat det främst är våra upphandlingar inom kategorierna hjälpmedel (avtal värda ca 1,6 miljarder kronor), logistik (avtal värt 340 miljoner) samt Livsmedel och tillhörande tjänster (avtal värda ca 250 miljoner kronor) som är kritiska. Det finns även upphandlingar inom andra kategorier som är kritiska. Arbetet pågår men då det inletts ett arbete att klassificera upphandlingar för hela regionen lett av SF Upphandling har vi valt att avvakta resultatet av detta arbete, då vi ser en stor fördel om vi kan använda samma klassificering i hela regionen. Vi har även deltagit i arbete med att identifiera upphandlingar som är kopplade till sammahällsviktig verksamhet tillsammans med strategiskt inköp senaste åren, men inte sett resultatet av det arbetet ännu.

2.6 Riktlinje för uppföljning och insyn av verksamhet som utförs av privata utförare

Vi har inga sådana avtal och kan därmed inte besvara frågan

2.7 Förändringar i säkerhetsskyddslagen

Ingen av de upphandlingar som gjorts under 2022 har bedömts vara en säkerhetsskyddad upphandling, i samband med framtagande av upphandlingsstratgin beaktas även denna fråga

2.8 Förbud mot tilldelning och fullgörande av kontrakt med ryska medborgare, enheter eller organ

Sedan april 2022 ställer vi krav i samtliga upphandlingar som annonseras enligt nedan

Samtliga befintliga leverantörer har fått svara på motsvarande frågor under hösten och samtliga avtalade leverantörer har intygat att de inte omfattas av sanktionerna samt att de kommer meddela oss om förhållandens skulle ändras på sådant sätt att de omfattas av sanktioner

”Intygan med anledning av sanktioner p.g.a. Rysslands invasion av Ukraina

För tilldelning i offentliga upphandlingar från den 9:e april 2022, liksom fullgörande av kontrakt från och med den 11:e oktober 2022, gäller nya regler p.g.a. sanktioner mot Ryssland.

Enligt sanktionerna är det förbjudet att tilldela eller fortsätta fullgörandet av offentliga kontrakt eller koncessionskontrakt med:

• ryska medborgare eller fysiska eller juridiska personer, enheter eller organ som är

etablerade i Ryssland
• juridiska personer, enheter eller organ som till mer än 50 procent direkt eller indirekt ägs av en enhet som avses i föregående punkt
• fysiska eller juridiska personer, enheter eller organ som agerar för, eller på uppdrag av, en enhet som avses i föregående punkter.

Förbudet gäller även underleverantörer och leverantörer eller enheter vars kapacitet åberopas i upphandlingen, under förutsättning att de står för mer än 10 procent av kontraktets värde.

Anbudsgivaren får då svar på följande fråga

Anbudsgivaren intygar härmed på heder och samvete att anbudsgivaren inte på något sätt omfattas av dessa sanktioner samt att att om anbudsgivaren i ett senare skede skulle komma att omfattas av sanktioner har beställaren rätt att omedelbart häva avtalet.”

3 Hållbarhet i upphandling

Hållbarhet har beaktats i samtliga upphandlingar

4 Konkurrens vid upphandlingar

Vi upplever inte bristande konkurrens inom något område även om vi gärna skulle se att det fanns ännu fler leverantörer framför allt inom hjälpmedelsområdet där det är sårbart då det globalt sett finns mycket få leverantörer inom visa specifika områden vilket blir ett problem vid global brist på råvaror.

5 Överprövningar

Under 2022 inkom bara en överprövning avseende en direktupphandling som en verksamhet genomfört, där dömdes SLSO att göra om upphandlingen. Behovet av inköpet fanns dock inte längre kvar när dom kom.

Vi fick dom i två pågående mål från 2021 där vi vann

Antal överprövningar 2022	Antal vunna mål 2022
3	2

6 Avtalsförvaltning och avtalsuppföljning

6.1 Antal förvaltade avtal

94 är antalet upphandlingar vi gör (dessa har ett avtalsvärde på 3,1 miljarder) varje upphandling resulterar vanligen i avtal med flera leverantörer så vi har totalt 581 pågående avtal varav 260 kopplade till våra Dynamiska inköpssystem

	Antal avtal 2022
Avtal enligt LOU/LOV/LUF/LUFS/LUK m.m.	94

6.2 Uppföljning av de ingångna avtalen

Ja

6.3 Beslutade rutiner och processer för avtalsuppföljning

I varje upphandlingsstrategi ska även uppföljning av avtalet beskrivas och godkännas av styrgruppen. Uppföljningen ser mycket olika ut beroende på upphandling/kategori därför behöver rutinen vara att det bestäms för varje upphandling.

6.4 Effekten av de ingångna avtalen

Det finns ingen samordnad uppföljning av detta, det sker per avtal.

6.5 Dokumentation av uppföljning och utvärdering av ingångna avtal

Det finns ingen samordnad uppföljning av detta, det sker per avtal

7 Organisation och bemanning

7.1 Antal årsarbetare som arbetar med inköp och upphandling

Roll	Antal årsarbetare 2022
Inköpare (avropare/beställare)	4
Upphandlare	8
Inköpscontroller	
Analytiker	
Inköps-/upphandlingschef	1
Avtalsförvaltare	Hos oss är upphandlare och avtalsförvaltare samma roll
Systemförvaltare	0,5
Kategoriledare	0,25
Inköpsassistent	
Övriga inköpsresurser	

8 Arbetssätt i inköpsprocessen

8.1 Utsedd inköpsansvarig person

Ja

8.2 Upprättad upphandlingsplan

Ja

8.3 Utvecklade upphandlingar

Effektiv internservice till lägre kostnad genom att upphandla personalentreprenad med funktionskrav

På SLSO:s huvudkontor har det funnits en liten internservice-enhet som har haft hand om reception och vaktmästeritjänster. Eftersom enheten varit liten har det varit sårbart vid sjukdom och annan frånvaro. Beslut togs därför att upphandla receptionist- och vaktmästeritjänster som tjänst för att möjliggöra en mer flexibel och säkerställd receptions- och vaktmästarbemanning utifrån faktiskt behov inklusive arbetsledning och arbetsgivaransvar.

För att ta vara på marknadens expertis skrevs kravspecifikationen väldigt öppet och bestod till stor del av en beskrivning av vad internservice har för uppgifter, men med väldigt få detaljkrav på hur leverantören ska arbeta eller hur bemanningen ska se ut.

Förhoppningen var att marknadens aktörer skulle kunna lösa uppgiften på ett effektivare sätt. Förutom pris utvärderades även leverantörernas lösningsförslag. Vinnande leverantörs lösning bedömer SLSO kommer resultera i en minst lika bra internservice som tidigare men till en lägre kostnad. Avtalet börjar gälla den januari 2023. Upphandlingens namn: Receptionist- och vaktmästartjänster.

Effektiv upphandling av teknisk bevakning till en högsäkerhetsanläggning

Helix är en högsäkerhetsanläggning för rättspsykiatrisk vård belägen i Huddinge. Där finns ett avancerat fysiskt och tekniskt säkerhetssystem, en säkerhetsreception och en bevakningscentral som är bemannad dygnet runt. Systemet sköts av en upphandlad entreprenör, som levererar en tjänst i form av service, underhåll och uppgradering av den befintliga tekniska utrustningen samt viss utökning exempelvis en ytterligare kamera eller sensor inklusive inköp av erforderlig hårdvara. I samband med framtagandet av upphandlingsstrategin fastställdes att det inte fanns behov av att göra en säkerhetsskyddad upphandling. Då delar av uppgifterna som behövdes för att kunna lämna anbud är sekretessbelagda gjordes upphandlingen via selektivt förfarande, där anbudsgivarna i steg 1 kvalificerar sig, för att sedan i steg 2 få del av de sekretessbelagda underlagen. Tidigare upphandlingar har också genomförts selektivt, men denna gång valde vi att publicera en större del av informationen redan i steg 1, information som egentligen inte behövde hållas hemlig. Endast de sekretessbelagda

underlagen hanterades i steg 2. På detta sätt förenklades vårt eget arbete, samtidigt som anbudsgivarna i högre grad visste vad det hela handlade om. Som resultat fick vi fler anbud än i den förra upphandling, tre mot tidigare bara ett. Avtalet börjar gälla januari 2023. Upphandlingens namn: Teknisk service säkerhet Helix.

Förbättrad patientsäkerhet med hjälp av ett digitalt medicinskt beslutsstöd

Personal på vårdcentraler har identifierat ett behov av medicinskt beslutsstöd som söker efter eventuellt farliga kombinationer av en patients läkemedel, diagnoser, provsvar och mätvärden i journalen. Beslutsstödet ska underlätta för läkaren att följa de standardiserade vårdprocesserna och därmed öka patientsäkerheten samt minska administrationen. Under 2022 genomfördes en upphandling för att möta detta behov.

Upphandlingen resulterade i ett avtal avseende systemet ALMA. Systemet är ett medicinskt beslutstöd som i varje patientmöte kan upptäcka fel, ge förslag på förbättringar och även utföra administrativa uppgifter (till exempel skriva journalanteckningar). Systemet fungerar som en tilläggsmodul till TakeCare och går automatiskt igenom hela journalen vid varje patientbesök och jämför informationen mot tillämpliga rekommendationer och riktlinjer från nationella och regionala kunskapsstöd. Systemet upplyser läkare om avvikelser eller risk för vårdskador och felbehandlingar, och ger läkaren förslag på åtgärder. Systemet bedöms öka patientsäkerheten, minska administrationen samt stödja utvecklingen mot ersättningsystem där vårdgivare ersätts för vilken kvalitet och resultat som levereras eftersom systemet ökar följsamheten till riktlinjer och registrerar vidtagna åtgärder enligt den klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) som ligger till grund för sådana ersättningssystem. Avtalet började gälla i oktober 2022. Upphandlingens namn: Upphandling av medicinskt beslutsstöd

9 Implementering av kategoristyrt arbetssätt

9.1 Kategoriorganisation

Ja. Vi ansvarar för Kategorierna Personbilar samt Fleet management, vi hanterar båda kategorierna i ett gemensamt arbete. Det finns Kategoriansvarig och Kategoriledare som börjat arbetat tillsammans med övriga intressenter i regionen i kategoriteam och kategoriråd.

9.2 Tidplan för fastställande av kategoristrategi och kategoriplan

Kategoristrategin presenterade 2 juni 2022 för inköpsrådet, nästa steg är att presentera strategin för koncernledningen, detta kommer att ske när ny ledning i regionen är på plats 2023

De aktiviteter som genomförts inom ramen för kategoriarbetet under 2022 är följande

Samordnad förnyad konkurrensutsättning(FKU) av fordon 2023 tillsammans med Stockholms stad, Region Uppsala, Upplands-Bro kommunfastigheter AB,AB Upplands-Brohus,Strängnäs Kommun, Järfälla kommun, Heby kommun,Eskilstuna kommun,Eskilstuna kommunfastigheter AB,Eskilstuna Strängnäs Energi & Miljö. Resultat ca 19 331 kr ex moms i ökad rabatt i snitt / fordon jämfört med prislista på Adda inköpscentral. Anskaffar vi beräknad volym som är 80 st fordon så innebär det en besparing på ca 1,5 milj.

Förberedelse regiongemensam Fleetmanagement funktion - införsäljning internkunder. För att kunna starta en regiongemensam fleetmanagementfunktion behövs 200 betalande internkunder. Under 2022 har arbete med införsäljning utförts i form av informationsträffar och uppföljningsmöten med diskussioner på enhetsnivå. Detta har hittills resulterat i 194 st avsiktsförklaringar.

9.3 Utmaningar i arbete med implementeringen av kategoriansvaret

SLSO påpekade redan i sitt remissvar ”Plan för kategoristyrt inköpsarbete i Region Stockholm” följande ”SLSO kan mycket väl ta på ett kategoriansvar för de föreslagna kategorierna Personbilar, Fleet management när frågor avseende resurser, ansvar och befogenheter är utredda”

Dessa frågor är inte klargjorda och det har skapat stora utmaningar under implementeringen. Rent praktiskt innebär detta att kategoriledaren som även är SLSO:s fordonsansvarige har blivit tvungen att bortprioritera ordinarie arbetsuppgifter såsom arbete med bilbeställningar och andra serviceinsatser gentemot verksamheterna till förmån för kategoriarbetet. En annan effekt till följd av avsaknad av personella resurser har varit att implementeringstakten har fördubblats mot den tidsplan som upparbetades vid projektstart, vilket inneburit att kategorin inte kunnat hålla samma

takt som andra kategorier och därmed gått miste om viktiga steg i den gemensamma lärandeprocress som implementering inneburit.

Långsiktigt finns det organisatoriska utmaningar i de tänkta kategoriaktiviteterna kopplat till befogenheter. Ett exempel är frågor kopplade till hur ett framtida fördjupat samarbete skulle kunna fungera: På vilket sätt ska SLSO finansiera anskaffning av personbilar för samtliga regionverksamheter? Kan SLSO hyra ut personbilar på interna leasingkontrakt till andra förvaltningar/bolag inom Regionen? Vem agerar firmatecknare för de leasingavtal som används och vem skriver på enskilda leasingavtal för respektive bil?

SLSO önskar att frågor avseende resurser, ansvar och befogenheter är utreds för kategoriarbetet som helhet

10 Övrigt

Vi ligger i fas med samtliga upphandlingar och följer fastställda tidplaner

Vi har 47 Upphandlingar eller större FKUer som pågått under året, värde 2 miljarder. 3 av upphandlingarna är lokalt samordnade (Städtjänster, Journalsystem för graviditets- och förlossningsvården samt Journalskrivning på distans). 34 annonseringar gjordes under året. Ingen av våra upphandlingar blev överprövad under 2022

Vi har genomfört en mycket uppskattad workshop för Clockwork användare som direkt blev fullbokad och kommer att följas av fler under 2023.

Vi har kommit vidare med vårt lokala kategoriarbete inom Hjälpmedel där vi under året arbetar vidare med får nulägesanalys som kommer ligga till grund för en kategoriarbetet 2023

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2022-0997
RS 2022-0738

Stockholms läns sjukvårdsområde

Plan för intern kontroll 2022, Årsuppföljning

År 2022

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

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

3 Sammanställning av risker 8

1 Bakgrund

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

Region Stockholm har, utifrån kommunallagen, beslutat om riktlinjer för intern kontroll för Region Stockholm (RS 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 Uppföljning av intern kontroll

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

2.1 Styr- och kontrollmiljö

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

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

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

Sjukvårdsdirektören rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner.

2.2 Riskbedömning

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

- Strategiska risker
- Ekonomiska risker
- Operativa risker
- Regelefterlevnadsrisker
- Säkerhets- och informationssäkerhetsrisker

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

I planen för intern kontroll identifierade SLSO ett antal risker för verksamheten. Det risker med högst riskvärde finns inom ekonomi och styrning. Riskerna finns inom hantering av icke bärkraftiga verksamheter, övervältring av administration på vårdpersonal, en kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar, bristande kostnadsmedvetande i organisationen samt bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse. Under hösten har svårigheter med att rekrytera och behålla medarbetare och chefer ökat och vidtagna åtgärder har inte uppnått önskat resultat. Under 2023 är kompetensförsörjning en av nämndens prioriterade områden.

För att minimera dessa risker och öka möjligheten till måluppfyllelse har SLSO under 2022 arbetat med att stärka ekonomiska-, personal- och verksamhetsanalyser samt följt upp indikatorer i styrkorten i samband med uppföljningen av tertial och delårsårsuppföljningen.

Det har under året dessutom pågått ett arbete med att tydliggöra informationsförvaltning och informationshantering inom SLSO samt utveckla stödsystem för att minska administration.

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

2.3 Kontrollaktiviteter

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

I internkontrollplanen för 2022 fastställdes ett antal kontroller för att minimera identifierade risker. Dessa kontrollaktiviteter kvarstå vid årsuppföljningen. Planerade kontrollaktiviteter har genomförts enligt plan. De risker som SLSO identifierade i planen för intern kontroll har kopplats samman med Region Stockholms övergripande mål för SLSO. Utifrån dessa mål och risker tar SLSO fram indikatorer och aktiviteter. Dessa har sedan sammanställts i styrkort för respektive verksamhet inom SLSO. På detta sätt kan den interna styrningen och kontrollen följas upp och måluppfyllelse mätas regelbundet under året.

SLSO har arbetet aktivt med att stärka ekonomiska-, personal- och verksamhetsanalyser samt följa upp indikatorer och aktiviteter i styrkorten i samband med uppföljning av tertial och delårsuppföljning. SLSO:s ledning har dessutom regelbundna uppföljningsmöten med vårdgrenarna som ett led i att minimera risker och öka måluppfyllelsen. Åtgärdsplaner har upprättats vid behov.

SLSO har även arbetet med systematiska granskningar, avvikelsehantering och stärkt verksamheternas egenkontroll. SLSO har genomfört en medarbetarenkät under hösten och tar årligen 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/bolagsstyrelsen 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 och styrelse 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 2022 i samband med beslut om verksamhetsplan 2022. Nämnden fattar även beslut om uppföljning av den interna kontrollen i samband med beslut om boksluten för tertial, delårs- och årsuppföljningen.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

Nämnden ska följa regionens riktlinje för intern kontroll, (RS 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 2022. Inom ramen för den interna revisionen säkerställer förvaltningen dessutom en god intern styrning och kontroll och följsamhet till styrande dokument.

Inga avsteg från riktlinjen har noterats under perioden.

2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

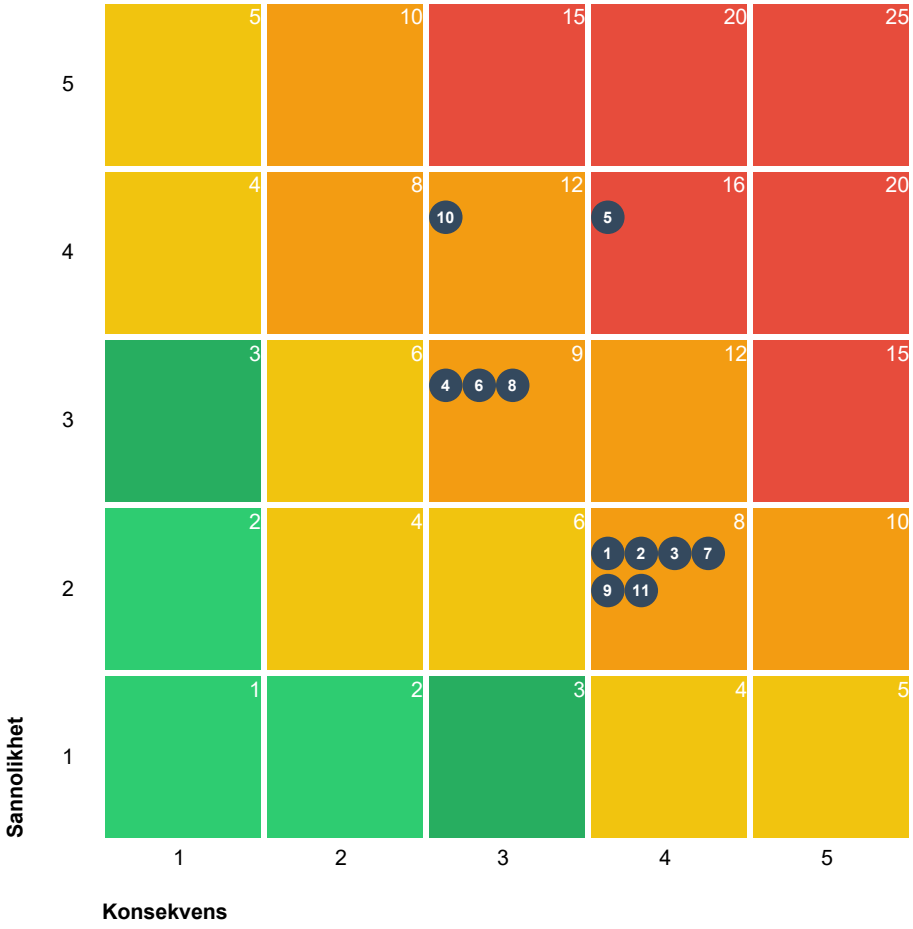
Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd samt i den löpande rapporteringen till regionledningskontoret. Förvaltningschef ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår.

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

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

I delårsuppföljningen 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 10 Hög risk Totalt: 11

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

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

	hjälptexterna, klicka på frågetecknet.

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

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2022-0997
RS 2022-0738

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga 1: Sammanställning mål, risker, kontroller och åtgärder, År 2022

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning 3

2 En hälso- och sjukvård av god kvalitet 4

3 Ett resultat i balans 5

4 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare 6

5 2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta 7

6 Systematisk kompetensförsörjning 8

7 Kärnverksamhet ska prioriteras 9

8 Hög innovations- och digitaliseringsgrad 10

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	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande patientsäkerhet (avvikelser)	**Namn** Patientsäkerhetsberättelse och systematiska granskningar **Frekvens** Årlig patientsäkerhetsberättelse och kontinuerliga analyser.				
			Namn Lärande organisation **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		
Namn Bristande förmåga att ändra arbetssätt	**Namn** Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning.				
			Namn Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		
Namn Bristande patientsäkerhet (vårdskada)	**Namn** Avvikelsehantering och patientsäkerhetsberättelse **Frekvens** Årligen och kontinuerligt				
			Namn Systematiskt patientsäkerhetsarbete **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		

3 Ett resultat i balans

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande kostnadsmedvetande i organisationen	**Namn** Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar **Frekvens** Månadsuppföljning				
			Namn Uppföljning av ekonomi **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		
Namn Hantering av icke bärkraftiga verksamheter	**Namn** Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna **Frekvens** Månadsuppföljning				
			Namn Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		
Namn En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar	**Namn** Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna **Frekvens** Månadsuppföljning				
			Namn Regelbunden uppföljning **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		

4 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

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

5 2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta

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

6 Systematisk kompetensförsörjning

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande ledarskap	**Namn** Följ upp vårdgrenarnas verksamhet **Frekvens** Medarbetarenkät årligen. Chefsdialoger kontinuerligt.				
			Namn Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		

7 Kärnverksamhet ska prioriteras

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Övervältring av administration på vårdpersonal 	**Namn** Uppföljning av indikator **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning.				
			Namn Införande av digitala system **Startdatum** 2022-01-01 **Slutdatum** 2022-12-31		

8 Hög innovations- och digitaliseringsgrad

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

Region Stockholm

Diarienummer
SLSO 2022-0997
RS 2022-0738

Stockholms läns sjukvårdsområde

Fördjupad sammanställning av mål, risker, kontroller och åtgärder, år 2022

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning ... 3

2 En hälso- och sjukvård av god kvalitet ... 4

2.1 Bristande patientsäkerhet (avvikelser) ... 4

2.2 Bristande förmåga att ändra arbetssätt ... 5

2.3 Bristande patientsäkerhet (vårdskada) ... 6

3 Ett resultat i balans ... 8

3.1 Bristande kostnadsmedvetande i organisationen ... 8

3.2 Hantering av icke bärkraftiga verksamheter ... 9

3.3 En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar ... 10

4 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare ... 12

4.1 Ökad svårighet att rekrytera personal ... 12

5 2035: Region Stockholms verksamheter är resilienta ... 14

5.1 Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse ... 14

6 Systematisk kompetensförsörjning ... 16

6.1 Bristande ledarskap ... 16

7 Kärnverksamhet ska prioriteras ... 18

7.1 Övervältring av administration på vårdpersonal ... 18

8 Hög innovations- och digitaliseringsgrad ... 20

8.1 Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven ... 20

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)

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

Kommentar

Övergripande anvisningar för patientsäkerhetsarbetet är framtagna. Avvikelser bevakas systematiskt av systemansvarig för Händelsevis som följer upp verksamheterna och återkopplar till ansvarig närsjukvårdschef. På SLSO:s intranät finns ett flödesschema för patientsäkerhet tillgängligt för verksamheterna där presenteras en övergripande struktur för patientsäkerhetsarbetet där även former för verksamheternas egenkontroll ingår som en del i det förebyggande arbetet. Arbetet med att etablera egenkontroller kommer fortgå under 2023.

Kontroll	Status
Namn Patientsäkerhetsberättelse och systematiska granskningar	

Frekvens
Årlig patientsäkerhetsberättelse och kontinuerliga analyser.

Beskrivning
Patientsäkerhetsberättelse, analys av avvikelser i händelsevis.

Kommentar

Arbetet med patientsäkerhetsberättelsen för 2022 pågår enligt plan. Patientsäkerhetsberättelsen 2022 presenteras under våren 2023. Händelsevis online är etablerat som ett led i att öka digitalisering och underlätta analysen av rapporterade avvikelser. En rutin för strukturerad kontroll och uppföljning av avvikelser är framtagen. Arbetet med egenkontroller kommer fortgå under 2023.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Lärande organisation	2022-01-01	2022-12-31		

Åtgärd
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 2023. Ett pilotprojekt för MLA inom primärvården har pågått under 2022. En rutin för en strukturerad återrapportering av patientsäkerhetsrisker har etablerats under 2022. Syftet är att bidra till den lärande organisationen genom goda exempel.

2.2 Bristande förmåga att ändra arbetssätt

	Riskvärde	Riskbeskrivning
10908	8	Oförmåga att analysera optimala arbetssätt och dra lärdomar av erfarenheter från pandemin. Bristande kvalitet för patienten och kan leda till vårdskada. Bristande måluppfyllelse.
	Sannolikhet	
	2	
	Konsekvens	**Konsekvens**
	4	Bristande kvalitet för patienten och kan leda till vårdskada. Onödig väntan för patienten, kan leda till ökad oro och senare insatt behandling.

Kommentar

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

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

Kontroll	Status

Åtgärd

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

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

Kommentar

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

2.3 Bristande patientsäkerhet (vårdskada)

69193

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

Kommentar

Ett strukturerat patientsäkerhetsarbete är påbörjat och rutiner för patientsäkerhetsarbete är framtagna. En övergripande anvisning för skydd mot vårdskada är framtagen. En rutin för riskrond och egenkontroll är etablerad. Arbetet med att etablera egenkontroller kommer fortgå under 2023. Arbete med patientsäkerhetsberättelse 2022 pågår enligt plan och kommer presenteras under våren 2023. Arbetet med att ta fram lokala rutiner för patientsäkerhet i SLSO:s verksamheter har pågått under året och kommer fortsätta under 2023. Ett arbete med vårdflöden och processer för att förebygga vårdskada och öka patientinflytande inom psykiatrin har genomförts under året. MAL-utbildningar har genomförts under 2022.

Kontroll	Status
Namn Avvikelsehantering och patientsäkerhetsberättelse	

Kontroll	Status

Frekvens
Årligen och kontinuerligt

Beskrivning
Patientsäkerhetsberättelse och kontinuerligt arbete med avvikelser i händelsevis.

Kommentar

Arbetet med patientsäkerhetsberättelse 2022 har pågått enligt plan under året. En rutin för avvikelsehantering i Händelsevis är framtagen.

Åtgärd

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

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

Kommentar

En rutin för systematiskt patientsäkerhetsarbete är framtagen. Lex Maria anmälningar publiceras på SLSO:s intranät som en del i den lärande organisationen. En rutin för avvikelsehantering i Händelsevis är framtagen. Arbetet med egenkontroller kommer fortgå under 2023.

3 Ett resultat i balans

3.1 Bristande kostnadsmedvetande i organisationen

10913

Riskvärde
9

Sannolikhet
3

Konsekvens
3

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

Konsekvens
Fokus på felaktiga ekonomiska åtgärder. Onödiga kostnader.

Kommentar

Åtgärder har vidtagits inom respektive resultatenhet för att nå budgeterat resultat. Fullmäktiges resultatkrav för SLSO har uppnåtts.

Kontroll	Status

Namn
Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar

Frekvens
Månadsuppföljning

Beskrivning
Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser.

Kommentar

Verksamhetsuppföljningar har genomförts enligt plan under året.

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

Åtgärdsbeskrivning
Utveckla och utöka användning av onepage.

Kommentar

Ett kontinuerligt arbete med onepage har pågått under året.

3.2 Hantering av icke bärkraftiga verksamheter

11919

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

Kommentar

Åtgärder för att säkerställa ekonomisk bärkraftighet har vidtagits både lokalt och central. Fokus på ekonomisk bärkraftighet samt ekonomisk-, personal- och verksamhetsanalys vid månatliga uppföljningar. Åtgärdsprogram har genomförts vid behov.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna	

Frekvens
Månadsuppföljning

Beskrivning
Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser.

Kommentar

Verksamhetsuppföljningar har genomförts enligt plan under året.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner	2022-01-01	2022-12-31		

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

Kommentar

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

3.3 En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar

	Riskvärde	Riskbeskrivning
27876	9	Kortsiktig ekonomisk planering/framförhållning. Bristande förmåga att anpassa kostnader till ändrad ersättning/förutsättningar.
	Sannolikhet	
	3	**Konsekvens**
	Konsekvens	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.
	3	

Kommentar

Uppföljning av ekonomin har skett vid verksamhetsuppföljningar. I årsbokslutet redovisar SLSO ett positivt resultat i förhållande till fastställt resultatkrav.

Under 2022 har intäkter och kostnader relaterade till pandemin uppstått och kompensation för ökade kostnader med anledning av pandemin har erhållits.

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna	
Frekvens Månadsuppföljning	
Beskrivning Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser. Upprätta business case vid verksamhetsförändringar.	
Kommentar Planerade aktiviteter för 2022 har genomförts. Uppföljning av ekonomin har skett vid verksamhetsuppföljningar. Business case har upprättats vid verksamhetsförändringar.	

Åtgärd				
Namn	**Startdatum**	**Slutdatum**	**Status**	**Effekt av åtgärd**
Regelbunden uppföljning	2022-01-01	2022-12-31		
Åtgärdsbeskrivning Utveckla stödet av ekonomisk analys för verksamheterna. Regelbunden uppföljning av verksamheternas ekonomi för att säkerställa ekonomisk långsiktighet. Använda R12-prognoser för att vidta proaktiva åtgärder. Riskbaserat arbetssätt.				

Åtgärd

Kommentar

Verksamhetsuppföljningar har skett enligt plan under året. R12 prognoser har beräknats per tertial.

4 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

4.1 Ökad svårighet att rekrytera personal

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

Kommentar

Utmaningarna i bemanningsarbetet i verksamheterna har varit stora under året vilket har lett till en ökning av inhyrd personal tvärt emot SLSO:s ambition i början av året. 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. Under hösten har Region Stockholm initierat ett gemensamt arbete för att minska beroendet av bemanningsföretag.

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

Åtgärd

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

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

Åtgärd
rekryteringsarbetet för både chefer och medarbetare.

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
Sannolikhet	händelser.
3	**Konsekvens**
Konsekvens	Bristande måluppfyllelse (ekonomi, kvalitet, arbetsmiljö).
3	

Kommentar

Ett arbete för att uppdatera SLSO:s kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan där en pandemiplan ingår har genomförts under året. En RSA har genomförts. RSA, krigsorganisation samt kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan har antagits på nämndens sammanträde i december. En beredskapssamordnare och en civilförsvarssamordnare har rekryterats under året. En utbildningsplan för krishantering har tagits fram och utbildning för verksamheterna planeras genomföras under 2023.

Ett vårdval för vaccination inom Region Stockholm beslutades av HSN under året och vaccinatörer är auktoriserade. HLM har fortsatt vaccinationsverksamhet. SLSO:s uppdrag avseende ansvar för operativ planering av vaccination av äldre och riskgrupper inom den nära vården samt beslutade överenskommelser avseende operativt samordningsansvar inom vaccinationsprogrammet har förlängts och gäller fram till den sista april 2023. SLSO:s uppdrag avseende hälsosamtal för flyktingar från Ukraina har pågått under 2022.

SLSO har under hösten arbetat med att förbereda för att hantera skyddad information.

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

Kontroll	Status

Åtgärd

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

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

Kommentar

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

6 Systematisk kompetensförsörjning

6.1 Bristande ledarskap

	Riskvärde	Riskbeskrivning
11923	8	Verksamhetschefen är en nyckelroll i SLSO:s styr- och ledningsmodell. Ska ges stöd att ha förutsättningar att kunna ta sitt ansvar. Om chefer sviktar eller brister i sitt uppdrag, äventyras både kvalitet och ekonomi.
	Sannolikhet	
	2	
	Konsekvens	**Konsekvens**
	4	Bristande måluppfyllelse (ekonomi, kvalitet, arbetsmiljö)

Kommentar

Under året har ett flertal aktiviteter genomförts för att bidra till ledarskapsutveckling och chefstöd. BAS-programmet som omfattar sex heldagar har genomförts fyra gånger. Ett FRAM-program har genomförts för medarbetare som visar intresse och egenskaper för chefskap. Topp 15 – vårt program för chefer som vill ta nästa steg i sin utveckling – har genomförts under året. Utöver detta fortsatt satsning på UL – försvarshögskolans koncept för utvecklande ledarskap – och samtalsgrupper med handledning enligt forskningsbaserad metod. SLSO har under året haft en omsättning på chefer – främst inom primärvården – och därmed har behov av såväl extra rekryteringsinsatser som förstärkt stöd vid introduktion av nya chefer behövts.

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

Åtgärd

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

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.

Åtgärd

Kommentar

Verksamheternas resultat och kvalitet har följts upp i samband med uppföljningen av T1 och för delåret. Stöd till chefer har utvecklats och funnits tillgängligt inom förvaltningen under året.

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 under året. Krav om minskad eller bibehållen administration kan innebära risk för övervältring om nya administrativa uppdrag eller krav tillkommer.

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 har mätts i samband med resultatet för T1 och för delåret.

Åtgärd

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

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

Åtgärd
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
Sannolikhet	både med underhåll och vidareutveckling.
2	**Konsekvens**
Konsekvens	Ökade kostnader, uteblivna effektiviseringsmöjligheter
4	

Kommentar

SLSO har under året deltagit i arbetet med att förbereda den upphandling av nytt huvudjournalsystem som ska påbörjas nästa år. SLSO har även under året arbetet med att anpassa nuvarande system till nationella läkemedelslistan. Tidplanen för detta arbete ses nu över på nationell nivå.

SLSO leder arbetet med upphandling av systemen för digitalt stöd för förlossningsvård, där en upphandling har påbörjats under hösten, och digitalt stöd för tvångsvård där upphandlingen planeras påbörjas under våren 2023.

SLSO har under året infört en strategisk styrning för Alltid Öppet – distansvård. En central operativ styrning har också etablerats under hösten.

En strategi för distansmonitorering har tagits fram under hösten för att kunna följa patienter med vissa diagnoser i hemmet.

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	2022-01-01	2022-12-31		

Åtgärd

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

Kommentar

Ett antal projekt och upphandlingar för att säkerställa kritiska funktioner i nuvarande system har genomförts enligt plan under året. En strategisk styrning på SLSO för digitalisering är tillskapad. En central operativ styrning har tillskapats under hösten. Nödvändiga beslut för upphandling har tagits under hösten. En upphandling planeras påbörjas under 2023.