Årsrapport 2018-12-31

Årsrapport för verksamhetsåret 2018 för Stockholms läns sjukvårdsområde har upprättats enligt landstingsstyrelsens beslut och enligt anvisningar från landstingstyrelsens förvaltning.

Årets resultat uppgår till 52 423 tkr.

Förslag till beslut

Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att fastställa årsrapport per 2018-12-31 med bilagor, samt

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Karin Persson
Ekonomidirektör

Bifogas

Årsrapport med bilagor

Region Stockholm

Diarienummer
LS 2018-1077
SLSO 18-456

Stockholms läns sjukvårdsområde

Årsrapport

December 2018

Innehållsförteckning

1 Inledning 4
1.1 Väsentliga händelser 2018 6

2 Styrning och ledning 7
2.1 Verksamhetsfakta 7
2.2 Styrning av nämnd/bolag 7
2.2.1 Stiftelser 8
2.3 Efterlevnad av styrande dokument 8
2.3.1 Specifika ägardirektiv 8
2.4 Uppsikt - anmodan från landstingsstyrelsen 9
2.5 Intern styrning och kontroll 11
2.6 Mål 12
2.6.1 Tillgänglighet, valfrihet och kvalitet i hälso- och sjukvården 12
2.6.2 Hållbar verksamhet 14
2.6.3 Tryggad kompetensförsörjning 21
2.6.4 Långsiktigt hållbar ekonomi 22
2.7 Effektivare landsting 22
2.7.1 Produktivitet 23

3 Ekonomi 24
3.1 Resultatutveckling 24
3.1.1 Bemanningskostnader 27
3.1.2 Konsultkostnader 29
3.2 Åtgärdsprogram för en ekonomi i balans 29
3.3 Investeringar 30
3.3.1 Investeringar 31
3.4 Resultatdisposition 31
3.5 Balansräkning 32
3.6 Kassaflödesanalys 33

4 Verksamhet 34
4.1 Verksamhetsförändringar 42
4.2 Vårdproduktion 44
4.3 Produktion ur ett jämställdhetsperspektiv 48

5 Personal och utbildning 49

5.1 Kompetensförsörjning 49
5.2 Utbildning och kontinuerlig kompetensutveckling 50
5.3 Gott och inkluderande ledarskap 50
5.4 En modern arbetsgivare 50
5.5 Bemanning 53
5.6 Sjukfrånvaro 55

6 Pågående rättsprocesser (tvister) 57

7 Ledningens åtgärder 58

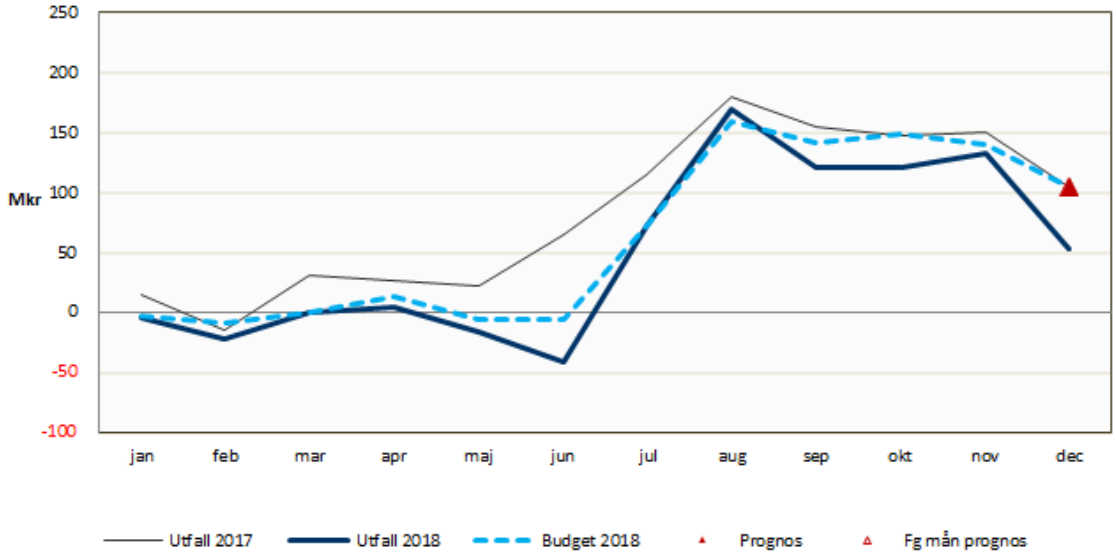
8 Förväntad utveckling 2019 59

9 Övrigt 60

10 Nämnd-/styrelsebehandling 61

1 Inledning

Resultatutveckling

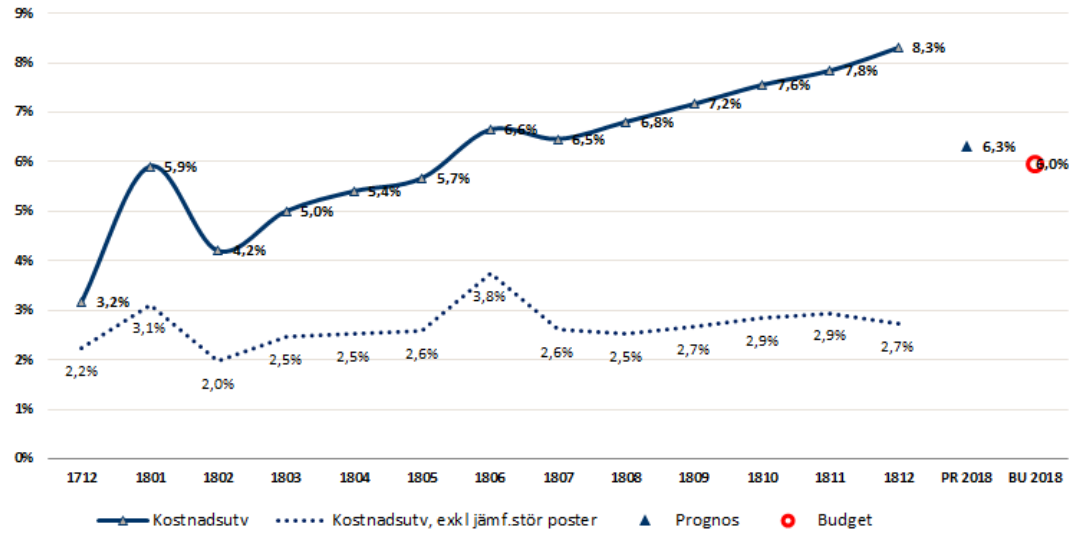


Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) redovisar ett ekonomiskt resultat på 52,4 mkr vilket är 52,6 Mkr sämre än resultatkravet på 105 mkr och 51,9 mkr sämre än föregående år.

Intäkterna har ökat med 816 mkr (7,7%) jämfört med 2107,vilket i huvudsak förklaras av utökad verksamhet samt uppräkning av vårdavtal/förfrågningsunderlag.

Verksamhetens kostnader har ökat med 867 mkr (8,3%), vilket i huvudsak förklaras av utökad verksamhet, löne- och prisuppräkningar samt ökat personalomkostnadspålägg (PO-pålägg).

Kostnadsutvecklingen



Kostnadsutvecklingen är 8,3 % för 2018 jämfört med samma period 2017. Kostnadsutvecklingen korrigerat för jämförelsestörande poster (i huvudsak organisatoriska förändringarna och vissa engångskostnader) är 2,7 %.

De huvudsakliga förklaringarna till kostnadsutvecklingen är:

Kostnadsökningar:

- höjning av sociala avgifter (PO-pålägg) från 45,32 % till 47,07 %,
- löne- och prisökningar.

Organisatoriska förändringar bl.a.:

- flytt av vård från Karolinska till SLSO,
- helårseffekt för medicinska andningshjälpmedel och hörselhjälpmedel,
- start av närakuter,
- start av Förbrukningshjälpmedel i hemmet.

Årsprognos

Under året har den ekonomiska prognosen varit att resultatkravet kommer att uppnås på helårsbasis trots viss prognososäkerhet i samband med upprättande av oktoberbokslutet. Den i månadsrapporten för oktober beskrivna osäkerheten berodde på att den förväntade produktionsökningen inte utföll enligt plan och de åtgärder som har vidtagits inte fått full ekonomisk effekt.

Utöver prognososäkerheten inträffade ytterligare kostnadsökningar som inte var kända vid prognostiserade av årsresultatet:

- Under de senaste åren har det funnits en differens mellan lagersystemet (Sesam) och ekonomisystemet (Raindance). I samråd med revisorerna har denna differens korrigerats och kostnadsförts till ett belopp på 9,3 mkr.

- Vårdförbundet nya arbetstidsavtal innebar bland annat kvarstannande bonus för sjuksköterskor som arbetar i dygnet-runt-verksamhet. Ersättningen kommer att betalas ut i februari men har kostnadsförts på 2018. Kostnaden uppgick till 7,4 mkr.
- I samband med årsbokslut bokfördes upplupna kostnader för jour/beredskap/OB/övertid som avser december men utbetalas i januari. Med anledning av de nya närakuterna och att de var många helgdagar i december blev kostnaden 10 mkr högre än beräknat.

1.1 Väsentliga händelser 2018

Under året har 6 närakuter etablerats i SLSO:s regi enligt de nya uppdraget i enlighet med framtidsplanen för hälso- och sjukvård.

Akademiskt specialistcentrum utökade sitt uppdrag med neurologi och diabetes i slutet av 2017. Under 2018 har verksamheten etablerats och ansvarar för hälso- och sjukvården för 10 000 patienter med kronisk sjukdom. Verksamheten bedrivs från årsskiftet i gemensamma lokaler.

Den 1 juni 2018 övertog SLSO hjälpmedelsverksamhet för förbrukningshjälpmedel i hemmet (FHH) från tidigare leverantör. Verksamheten förser patienter med förbrukningsartiklar såsom näringsprodukter, inkontinenshjälpmedel, diabetes- och sjukvårdsmaterial samt kompressionsprodukter. Tiden från det att SLSO fick uppdraget till övertagandet var extremt kort. Upphandlad logistikleverantör hade initialt omfattande leveransproblem. Många patienter, anhöriga och förskrivare har därför haft många frågor om leveransstatus och antalet samtal till verksamheten ökade kraftigt som fick till följd att svarstiderna blev långa och alla samtal besvarades inte**.** Den sammantagna situationen med brister i såväl leveranser av produkter som telefontillgänglighet medförde behov av akuta förstärkningar. En temporär organisation infördes med en förstärkt ledning direkt under sjukvårdsdirektören. Stora delar av SLSO:s organisation mobiliserades för att lösa de mest akuta problemen. Under hösten har verksamheten fungerat enligt plan.

2 Styrning och ledning

2.1 Verksamhetsfakta

Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) roll och uppdrag regleras av landstingsfullmäktiges beslut om reglemente.

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

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

Stockholms läns sjukvårdsområde ska

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

2.2 Styrning av nämnd/bolag

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

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

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

Styrelsen ansvarar för att följa upp hur verksamheterna fullföljer sina åtaganden gentemot beställaren, samt för att följa upp följsamheten mot SLSO:s mål och riktlinjer. Detta förutsätter en tydlig organisation, ansvarsfördelning och ledningsstruktur. SLSO:s verksamheter var organiserat i fem verksamhetsområden under 2018, med var sin verksamhetsområdeschef. Arbete pågår kontinuerligt i organisationen för att identifiera och samordna administrativa stödfunktioner som med fördel kan utföras på färre händer och därigenom avlasta de lokala cheferna ett antal administrativa arbetsuppgifter.

2.2.1 Stiftelser

SLSO har inga stiftelser.

2.3 Efterlevnad av styrande dokument

Den interna styrningen utgår ifrån landstingsfullmäktiges 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 landstingsövergripande styrdokument omsätts i SLSO:s interna styrning i form av bl.a. riktlinjer, handlingsplaner och lokala rutiner.

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

SLSO har utifrån denna styr- och ledningsprocess förtydligat förvaltningens ledningssystem genom att styrning av verksamhet samt styrning utifrån de certifieringar som förvaltningen är certifierade för, kvalitet ISO 9001, arbetsmiljö OHSAS 18001 samt miljö ISO 14001 följer SLL:s struktur. Ledningssystemet följer ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:9) och Arbetsmiljöverkets föreskrift ”Systematiskt arbetsmiljöarbete”(AFS 2001:01).

2.3.1 Specifika ägardirektiv

Stockholms läns sjukvårdsområde har under året följt de ägardirektiv som beslutats av landstingsfullmäktige.

2.4 Uppsikt - anmodan från landstingsstyrelsen

Anmodan	
✔ Avslutad LS 2018-0486	**Intensifiera arbetet med informations- och IT-säkerhet**
✔ Avslutad LS 2018-0486	**Säkerställa att de nödvändiga interna kontrollerna är på plats**
✔ Avslutad LS 2018-0486	**Ändamålsenligt utnyttjade av konsulter**

I Uppsiktsrapport 2017 har Stockholms läns sjukvårdsområde tilldelats tre anmodanden vilka redovisas nedan och vilka aktiviteter och åtgärder dessa har resulterat i.

- *anmoda nämnder och bolag att ytterligare intensifiera sitt arbete med informations- och IT-säkerhet och att ha ett tydligt fokus på att åtgärda identifierade avvikelser beträffande styrning, ledning och regelefterlevnaden inom området.*

Under 2018 har SLSO etablerat en kanslienhet vilken inbegriper yrkeskategorier som väl täcker in kompetensområdet för informationssäkerhet och de krav som ställs på SLSO som personuppgiftsansvarig i samband med exempelvis registerutdrag, personuppgiftsincidenter samt avvikelser kopplat till informationssäkerhet. Kanslienheten och dess konstellation underlättar således arbetet med att vara det stöd som verksamheterna behöver och har rätt till när det gäller informationssäkerhet och hantering av avvikelser.

Informationssäkerhetssamordnaren på kanslienheten har under vintern 2017 och våren 2018 genomfört efterlevnadskontroller av verksamhetsområdet för somatisk specialistvård, Habilitering och hjälpmedel samt Psykiatri gällande informationssäkerhet. Deltagarna från verksamhetsområdena erhöll en introduktion till informationssäkerhet inom ramen för deras verksamhet och hur kanslienheten arbetar med frågor, uppföljning och avvikelser kopplat till informationssäkerhet med hjälp utav bland annat Compliance-portalen. Efter introduktionen fyllde deltagarna i sin tilldelade deklaration beträffande informationssäkerhet i Compliance-portalen under vägledning av informationssäkerhetssamordnaren.

I syfte att intensifiera arbetet med informations- och IT-säkerhet startade kanslienheten under våren 2018 ett projekt i hänseende till anpassningen inför dataskyddsförordningen. Projektet har sedan starten fokuserat på efterlevnadskontroller av IT-system med hjälp av Compliance-portalen utifrån en given prioriteringsordning, etablera synergieffekter med Verksamhetsbaserad informations redovisning(VIR-projektet) när det gäller inventering av systemförteckning samt framtagande av nya rutiner som ligger i linje med de registrerades rättigheter och de

skyldigheter SLSO har som personuppgiftsansvarig. Vidare har projektet arbetat med både intern och extern kommunikation i syfte att informera anställda och medborgare.

- *anmoda samtliga nämnder och bolag att säkerställa att de nödvändiga interna kontrollerna är på plats för ett effektivt och ändamålsenligt nyttjande av externt verksamhetsstöd (Denna anmodan handlar om att interna kontroller måste finnas på plats för upphandling av konsulter/externt verksamhetsstöd, fakturahantering, uppföljning av leverans mm. Helt enkelt att landstinget sköter administrationen kring användandet av konsulter korrekt och att landstinget erhåller avtalad leverans.)*

SLSO avropar konsulter från upphandlade avtal för kompetens inom IT och systemarkitektur. Bland annat har externt verksamhetsstöd använts för driftsättning av förbrukningshjälpmedel i hemmet, för arbete med Framtidens hälso- och sjukvård (FHS), införande av nytt intranät, stöd och logistikwebbar, digitalt verktyg för vårdmöten (Alltid öppet).

Respektive godkännare och attestant av fakturor avseende konsulter ansvarar för att underlaget och leveranser överensstämmer med upphandlad tjänst i enlighet med gällande attest – riktlinje för SLSO.

Enligt rutin för inköp som inte är enligt avtal och beräknas överstiga 10 000 kronor skall innan köpet genomförs en inköpsansökan, godkänd av verksamhetschef, skickas till Inköpsenheten för beslut. Beslut fattas av den Administrativa direktören. Samma sak gäller om man ska frångå befintligt avtal. Detta för att säkerställa att delegationsordning efterlevs samt att VS Inköp och upphandling skall få information om vad som kan komma att behöva upphandlas.

- *anmoda samtliga nämnder och bolag att säkerställa att de nödvändiga interna kontrollerna är på plats för ett effektivt och ändamålsenligt nyttjande av konsulter (Denna anmodan handlar om kostnaderna kring användandet av konsulter/externt verksamhetsstöd, är den ändamålsenlig och effektiv. Hur kan vi sänka kostnadsutvecklingen?)*

SLSO har under 2018 haft en kostnad för externa konsulter på cirka 43 mkr. Dessa kostnader hänförs i huvudsak till följande:

- Uppstart av förbrukningshjälpmedel i hemmet. För att starta verksamheten i enlighet med den hårt pressade tidsplanen har konsulter plockats in för IT-integreringar och systemutveckling av nödvändiga system. Inför och under driftsättningen har konsulttimmar använts för att säkerställa optimerade system. I och med att driftsättningsfasen nu går mot sitt slut har dessa kostnader minskat.
- SLSO har haft en stor roll som kravställare av många olika vårdlokaler i arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård. I detta arbete har konsulter deltagit löpande för att säkra framtida integrationer mellan befintliga och kommande system.

- Konsultstöd har använts i samband med utveckling av b.la. stödwebbar, införande av nytt intranät och Alltid öppet – en webbapplikation för digitala vårdmöten.

SLSO har ett restriktivt förhållningssätt till nyttjande av externa konsulter och de avropas enbart i de fall där SLSO själv inte har denna kompetens eller att det finns ett behov under en kortare period.

2.5 Intern styrning och kontroll

2.5.1 Arbetet med intern kontroll

Under de senaste åren har SLSO:s arbete med intern kontroll förbättrats. En ytterligare utveckling, som nu pågår, är att närmare samordna arbetet med intern kontroll och utvecklingen av ledningssystemet.

SLSO:s arbete med riskanalys och internkontrollplan sker i enlighet med gällande policy för intern kontroll. Arbetet sker tidsmässigt parallellt med budgetarbetet.

2.5.2 Resultat och analys från riskbedömningen

Arbetet med intern kontroll utgår från en bred och omfattande riskanalys, som gjordes inför utarbetande av internkontrollplan för 2017. Den riskbedömningen gäller i stort även inför de närmast följande åren och någon mer omfattande riskanalys har därför inte gjorts inför internkontrollplan 2018.

När det gäller uppföljningen av internkontrollplanen i årsbokslutet har landstingsstyrelsens förvaltning, som en del i det övergripande arbetet med styr- och ledningssystem inom Stockholms läns landsting, infört ett stödsystem för arbetet med intern kontroll. För SLSO innebär detta en delvis förändrar ordning för arbetet med att följa upp internkontrollplanen. De risker som SLSO identifierat i internkontrollplanen ska kopplas samman med SLL:s övergripande mål för SLSO.

Betydande risker när det gäller verksamheten är fortfarande verksamhetens personal- och kompetensförsörjning samt sjukfrånvaron. Därtill finns risker i den interna styrningen, framför allt när det gäller att i den decentraliserade styrmodellen fullfölja verksamhetsuppdraget inom givna ekonomiska förutsättningar.

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

När det gäller den ekonomiska rapporteringen bedöms denna ha etablerade och fungerande former.

2.6 Mål

SLSO har utifrån landstingsfullmäktiges mål fastställt följande mål:

- Förbättrad tillgänglighet och kvalitet
- Attraktiv arbetsgivare
- Konkurrenskraftig FoUU
- Hållbar tillväxt och utveckling
- Ekonomi i balans

Nedan redovisas fullmäktiges indikatorer och målvärden. Styrelsen indikatorer kommenteras i löpande text och en fullständig sammanställning av samtliga indikatorer och målvärden bifogas som bilaga (bilaga I).

2.6.1 Tillgänglighet, valfrihet och kvalitet i hälso- och sjukvården

Vård i rätt tid och på rätt plats

Målet om vård i rätt tid och på rätt plats bedöms som uppnått.

SLSO uppnår både indikatorn vård inom 5 dagar hos husläkare och första besök hos specialistläkare inom 30 dagar. För båda indikatorerna har resultatet förbättrats från föregående år. Utöver fullmäktiges indikatorer har SLSO:s styrelse beslutat om en indikator: Handlingsplan för webbtidbokningar (1 handlingsplan per VO). Alla verksamhetsområden har antingen inlett arbete med införande av webbtidbokningar eller utarbetat handlingsplaner och indikatorn är därmed uppnådd.

Indikatorer	Utfall	Utfall fg år	Trend	Mål uppfyllnad	Mål
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	89%		–	●	>=73%
Andel patienter som får vård inom 5 dagar hos husläkare	97%	92%	↗	●	>=90%
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar			–	▬	>=90%

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

Uppdrag från Landstingsfullmäktige	
▶ Pågående enligt plan	**Utveckling av FHS, tredje steget**

LS 1403-0399 Mål och budget 2015 nr 18

Säker vård

Målet betraktas som uppnått.

Förekomsten av vårdrelaterade infektioner är 3,7 % och därmed lägre än målet för 2018 samt lägre än föregående år.

Styrelsens indikator "Antibiotikaförskrivning (uttagna recept per 1000 listade)" uppgår till 123 vilket är bättre än föregående år samt uppfyller målvärdet.

Indikatorn "Andel av patienter där förekomst av tobaksbruk är dokumenterat i journalen" uppgår till 28 % vilket är under målvärdet (35 %) men har förbättrats jämfört med föregående år.

Indikatorer	Utfall	Utfall fg år	Trend	Mål uppfyllnad	Mål
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	3,7%	4,1%	↗		<=5%

Avser samtliga bedömda patienter (både vår- och höstmätning)

Hög effektivitet

Målet betraktas som uppnått.

Fullmäktiges indikator: andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete uppnås och värdet är högre än föregående år.

Utöver fullmäktiges indikator har SLSO indikatorn: "Följsamhet till kloka listan (utan tilläggslistan)". Följsamheten uppgår till 85 % vilket är något under målvärdet (86 %).

Indikatorer	Utfall	Utfall fg år	Trend	Mål uppfyllnad	Mål
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete	91%	82%	↗		>=70%

Högt förtroende för vården

Målet betraktas som uppnått.

Styrelsens indikator andelen patienter som rekommenderar sin vårdenhet mäts genom patientenkäter. Under 2018 har samtliga verksamheter arbetat med att införa mätningar. Värdet för indikatorn som presenteras för 2018 avser psykiatrisk öppenvård då psykiatrin ännu så länge är ensamma om att kunna leverera uppgifter. Målvärdet uppnås och värdet är något högre än föregående år.

2.6.2 Hållbar verksamhet

Målinriktad forskning, innovation och digitalisering

Utöver fullmäktiges indikator för innovation har styrelsen beslutat om fyra indikatorer för målet. Indikatorn Vetenskapliga aktiviteter (Journal Impact Factor) uppnås hå utfallet för 2018 är högre än 2017. Värdet för indikatorn FoUU-medel är en baslinjemätning och indikatorn kommer att fortsätta att följas under 2019. Indikatorn Studerandeveckor uppnås 2018 då värdet är högre än 2017. För indikatorn Medarbetare med magister-, masterexamen/disputation har inte kunnat beräknas för 2018.

Målet betraktas som uppnått.

För fördjupad beskrivning av aktiviteter genomförda under 2018 se avsnittet Innovationer under rubriken Fördjupad uppföljning hållbar verksamhet nedan.

Indikatorer	Utfall	Utfall fg år	Trend	Mål uppfyllnad	Mål
Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för att arbeta med innovationer på ett systematiskt sätt	Ja		–		Ja

Social hållbarhet och effektivt miljöarbete

Målet betraktas som delvis uppnått.

För fördjupad beskrivning av aktiviteter genomförda under 2018 se även avsnittet Social hållbarhet och Effektivt miljöarbete under rubriken Fördjupad uppföljning hållbar verksamhet nedan.

Indikatorer	Utfall	Utfall fg år	Trend	Mål uppfyllnad	Mål
Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete med jämställdhet och jämlikhet	Delvis		–		Ja
Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete med nationella minoriteter	Delvis		–		Ja
Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete med barns rättigheter	Delvis		–		Ja
Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete med delaktighet för personer med funktionsnedsättningar	Delvis		–		Ja
Andel ekologiska livsmedel i patientmåltider	41%	27%	↗		>=40%

På SLSO:s externa webbsida finns följande områden översatta på finska: vilken vård

våra verksamheter bedriver, patientsäkerhetsfrågor och allmän vård- och kontaktinformation samt vilka personer som sitter i SLSO:s ledning. Som god mottagare har vi fått nya verksamheter däribland Överviktscentrum och Stockholms mottagning för sexuell hälsa, dessa kommer att hanteras under kvartal 1, 2019. Kontinuerlig översyn och komplettering sker löpande.

En inventering har gjorts gällande verksamheter som har möjlighet att ta emot finsktalande patienter och närstående och de är följande verksamheter: BUP finska teamet, en mottagning inom Norra Stockholms psykiatri, Minnesmottagningen Danderydsgeriatriken, Logopedmottagningen Stureplan.

Den beredskap som SLSO nyttjar vid behov av finsktalande tolk sker via Tolkportalen och för översättningar nyttjas upphandlade översättningsbyråer. SLSO:s växel är informerad om var de kan hänvisa finsktalande personer, däribland till är 1177. se.

Vid årliga planeringssamtal med medarbetare inhämtas information omkring språkkunskaper och eventuell vilja att hjälpa till när behov uppstår. Detta antecknas i ProCompetens vartefter alla SLSO:s verksamheter är utbildade i verktyget.

SLSO har idag inget finskt- eller samisk samråd, skälet till det är att det inte efterfrågats och behov har inte uppstått. På SLSO:s huvudkontor finns det finsktalande medarbetare som vid akuta ärenden kan vara behjälpliga i tal och skrift.

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

Informationen omkring minoritetsspråk är idag bristfällig på SLSO:s intranät och kommer att åtgärdas när det nya intranätet lanseras i kvartal 1, 2019.

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

Vad gäller bemötande har SLSO genom eHälsalyftets Dialogseminarium inom hela SLSO stärkt medvetande och kunskap om personer med funktionsnedsättning. Primärvårdens verksamhetschefer har haft träffar med Habilitering och hälsas specialistläkare för samma ändamål samt att primärvårdens medarbetare har direkt tillgång till konsultation av denne. Hela verksamheten Habilitering och hälsa finns att tillgå med sina medarbetare för att få kunskap om olika funktionsnedsättningar och vad en medarbetare bör tänka på i kontakt med patienten.

I enlighet med FN-konventionen för personer med funktionsnedsättning förs en regelbunden dialog med intresseorganisationer som representerar personer med funktionsnedsättning, i det så kallade samverkansrådet. Behov och synpunkter fångas upp och i de fall de inte enbart kan och ska hanteras av SLSO förs de vidare till

styrgrupper för nationella eHälsa-tjänster och 1177 Vårdguiden. En balanslista finns med de åtgärder som önskas och den följs upp på varje samverkansmöte.

Vad gäller den fysiska tillgängligheten säkerställs vid förhyrning av nya lokaler att den följer de aktuella krav som gäller. Det finns befintliga lokaler som inte är utformade enligt dagens krav vilket ibland har rättats till genom viss ombyggnation annars blir det vid en flytt till ny lokal som de nya kraven uppfylls.

SLSO agerar pådrivande i frågan om ökad tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning i de tjänster som 1177 Vårdguiden/Inera erbjuder.

SLL har beslutat om en Policy för delaktighet för personer med funktionsnedsättning. Tillhörande tillämpningsanvisningar och checklista är ett verktyg som ska fungera som ett vägledande stöd för landstingets verksamheter. Med hjälp av checklistan kan varje verksamhet kontrollera om krav på delaktighet och tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning uppfylls, samt se vilka förbättringar som kan behöva göras. SLSO använder dessa verktyg för att identifiera och analysera vilka områden som är relevanta och vidta åtgärder ifrån.

Vid nya kostupphandlingar har plan för hållbara patientmåltider beaktats. Kraven i planen är omformulerade till att även bli krav i upphandlingen (obligatoriska krav). De rekommenderade kraven finns med som en bilaga och ett diskussionsdokument för avtalsuppföljning för att visa vilken riktning SLSO har gällande hållbarhetskrav inom kost.

Säkra processer

Målet är inte uppnått men arbete pågår på samtliga områden och i vissa delar beror den bristande måluppfyllelsen på faktorer utom SLSO:s kontroll.

Indikatorer	Utfall	Utfall fg år	Trend	Mål uppfyllnad	Mål
Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete med informationssäkerhet	Nej		–		Ja
Målet är att införa metoder och verktyg för ett systematiskt arbete med informationssäkerhet under 2019-2020.					
Nämnden/bolaget har genomfört egenkontroll av arbetet med informationssäkerhet på strategisk nivå	Ja		–		Ja
Deklaration avgiven december 2018					
Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete med säkerhet	Nej		–		Ja
Målet är att ha en färdig process för det systematiska säkerhetsarbetet år 2022.					
SLSO har infört metoder och verktyg för delar av det systematiska arbetet med säkerhet. Orsaken till förseningen beror på att SLL:s övergripande säkerhetsarbete saknar resurser gällande framtagning av metodstöd och implementering av säkerhetsarbetet på lokal nivå.					

Indikatorer	Utfall	Utfall fg år	Trend	Mål uppfyllnad	Mål
Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete med krisberedskap	Nej		–		Ja

Målet är att ha en färdig process för det systematiska säkerhetsarbetet år 2022.

SLSO har infört metoder och verktyg för delar av det systematiska arbetet med säkerhet. Orsaken till förseningen beror på att SLL:s övergripande säkerhetsarbete saknar resurser gällande framtagning av metodstöd och implementering av säkerhetsarbetet på lokal nivå.

Uppdrag från Landstingsfullmäktige	
✔ Avslutad	**Utarbeta styrdokument för säkerhet**
LS 2015-0093 Löpande LS 1407-0877	

SLSO har upprättat lokala styrdokument för säkerhet i enlighet med landstingsstyrelsens riktlinjer för säkerhet. Arbete pågår med att revidera befintliga rutiner i enlighet med landstingsdirektörens tillämpningsanvisningar för hot och våld. Utöver detta har SLSO färdigställt styrande dokument för informationssäkerhet samt krisberedskap innehållande Kris- och katastrofplan, Kriskommunikationsplan och Instruktioner för SLSO beredskapsfunktion.

Mål att definiera (Organisationseffektivitet)

SLSO avvaktar arbetet med mål och indikatorer för organisationseffektivitet på central nivå.

–

Uppdrag från Landstingsfullmäktige	
✔ Avslutad	**Se över delegationsordningar för att säkerställa att de är i enlighet med Policy för inköp**
LS 2017-1197	
✔ Avslutad	**Fastställa ny tjänstemannaorganisation**
LS 2018-0680	

Se över delegationsordningar för att säkerställa att de är i enlighet med Policy för inköp

SLSO har utsett en person som inköpsansvarig och som har det övergripande ansvaret för hela inköpsprocessen inom myndigheten. Med utgångspunkt i policyn och landstingsrevisorernas rekommendationer har delegationsordningen reviderats avseende direktupphandling. SLSO har upprättat listor avseende pågående och planerade upphandlingar 2018-2019 och delgivit tf. inköpsdirektör SLL.

Fastställa ny tjänstemannaorganisation

På styrelsemötet den 14 december 2018 fastställdes befintlig tjänstemannaorganisation i enlighet med fullmäktiges beslut, LS 2018-0680, med beslutsnummer SLSO 18-2056.

Fördjupad uppföljning hållbar verksamhet

Innovation

SLSO har under 2018 arbetat strukturerat enligt landstingets beslutade Policy för innovation och digitalisering samt Strategi för digitalisering.

Digitaliseringsarbetet inom SLSO bedrivs utifrån respektive verksamhetsområdes prioriteringar med SLSO:s ledningsgrupp som beslutande för digitalisering och IT inklusive projektportfölj. Under året har ett nytt arbetssätt för framtagande av digitaliseringsplaner etablerats där besluts- och prioriteringsprocess följer SLSO:s process för budget- och verksamhetsplanering. Digitaliseringsinitiativen i planerna kopplas mot SLSO:s övergripande mål respektive de fyra strategiska inriktningarna i SLL:s strategi för digitalisering:

1. Invånarna ska ha tillgång till tjänster som underlättar dialog och delaktighet.
2. Landstingets medarbetare ska ha tillgång till en digital arbetsmiljö som bidrar till en säker och effektiv verksamhet.
3. Det ska vara enkelt och säkert att utbyta information mellan organisationer inom och utanför den offentliga sektorn.
4. Styrningen av landstingets digitalisering ska vara samordnad.

Inom SLSO:s olika vårdgrenar pågår omfattande forskning om digitala vårdinsatser, t.ex. internetförmedlad psykologisk behandling för olika tillstånd, behandlingsstöd via appar och internetförmedlade insatser för att främja förändrade levnadsvanor. Flera interventioner som först prövats i forskning implementeras nu i reguljär vård. Nyttoeffekter följs upp och mäts inom respektive verksamhetsområde där effektmålen realiseras.

Idé- och innovationsslussen inom SLSO har framgångsrikt fortsatt att både främja och stödja innovationer i verksamheten, där metodiken är integrerad med landstingets övergripande arbete under benämningen ”SLL Innovation”. Beslutsprocesser avseende innovation har tydliggjorts under 2018 och slussen har utökats med avtalsjurist, upphandlare, informationssäkerhetssamordnare och chefläkare för en mer effektiv hantering av ärenden.

Ett urval av initiativ 2018 i SLSO:s Idé- och Innovationssluss:

Distansmonitorering av patientutförd blodtrycksmätning
Lösningen innebär att patienter med okomplicerad hypertoni kan ta sitt blodtryck hemma med en mätare som automatiskt överför värdena in i journalsystemet för en sjuksköterska att bedöma. Under 2019 ska konceptet testas och utvärderas på sex vårdcentraler.

Vård nära dig – app för videomöten med patienter
Appen är integrerad med journalsystemet TakeCare. Fortsatt utveckling av app och förändrade arbetssätt kopplat till digital mottagning, videomöten, chatt, symtomguidning m.m. fortgår under 2019.

Mobilt TakeCare
Appen möjliggör mobilt arbete med journalsystemet TakeCare i surfplatta och smartphone. Appen är klassad som egentillverkning enligt Läkemedelsverkets föreskrifter.

Mätning av befolkningens rörelsevanor
Idén går ut på att samla data från smartphones inbyggda accelerometrar för att mäta befolkningens rörelsevanor och koppla samman med hälsoutfall. Koppling till forskning med KI pågår och konceptet ska testas och utvärderas under 2019

Elektronisk kallelse
Idé- och Innovationsslussen har tillsammans med HSF och SLL Strategisk IT designat, upphandlat och beställt utveckling av elektroniska kallelser till patienter som kan skickas till KIVRA, 1177 och appen Vård nära dig. Leverans planeras till tredje kvartal 2019.

Teledermatoskopi för tidig upptäckt av malignt melanom
SLSO:s primärvård testar ett nytt arbetssätt för att tidigt upptäcka malignt melanom genom att vårdcentralen fotar det aktuella hudområdet med hjälp av en mobiltelefon och skickar bilder till specialistläkare för snabb bedömning.

Social hållbarhet - Folkhälsa

För folkhälsoarbetet följer SLSO SLL:s Folkhälsopolicy. I vårdverksamheten pågår strukturerat processarbete för att implementera ett systematiskt arbete med aktivt arbetssätt kring levnadsvanor i patientmötet. För detta finns webb-skattningar kring levnadsvanor (enligt Nationella riktlinjer) och självskattningar kring psykisk hälsa och beroende/riskbruk för patienter i anslutning till besök och behandling. SLSO följer användning av självskattningar och utfallsmått för patientresultat i verksamheten och vårdmedarbetare kan följa resultaten för sina patienter. Under 2018 har patienter över 13 år tillfrågats om sina rökvanor vilket följs i indikatorn andelen patienter där förekomst av tobaksbruk är dokumenterat i journalen. SLSO remitterar till Sluta Röka-linjer direkt från journalsystemet TakeCare när behov finns.

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

Social hållbarhet - Uppförandekod för leverantörer

Samtliga upphandlingar som annonserats under 2018 har haft krav på att leverantören ska efterleva uppförandekod. Inga ytterligare krav har ställts i några av SLSO:s

upphandlingar då detta inte bedömts nödvändigt.

Inga lokala uppföljningar har gjorts, många områden följs upp nationellt och i samband med det följs även SLSO:s lokala leverantörer upp.

Effektivt miljöarbete -Miljöprogram 2017-2021

Övergripande mål för SLSO och tillhörande aktiviteter framgår av ”Handlingsplan för miljö 2018-2021”. SLSO:s handlingsplan innehåller övergripande mål för SLSO och aktiviteter som ska genomföras av respektive verksamhetsområde samt Centralt verksamhetsstöd under perioden 2018-2021. Respektive verksamhetsområde beaktar övergripande mål i sin verksamhetsplan utifrån miljöpåverkan och samordnar resultatenheternas aktiviteter för att bidra till att målen uppnås. Aktiviteter kring SLSO:s arbete med Miljöprogram 2017-2021 sker till stor del på lokal nivå.

Hållbar läkemedelskedja

SLL:s förteckning över miljöbelastande läkemedelssubstanser har under många år kommunicerats via möten, mail och intranät. Vissa av substanserna på förteckningen finns även med i Kloka listan, vilket är en pedagogisk utmaning, då verksamheterna ska ta hänsyn till båda listorna. Läkare och sjuksköterskor genomför e-utbildningen om läkemedel och miljö. Ett projekt pågår på flera enheter där syftet är att optimera läkemedelssortimentet och minska användningen av miljöbelastande läkemedelssubstanser, vilket även minskar kassationen.

Effektiv textilhantering

Utbildningar tillsammans med leverantör av personal har genomförts under året. Detta har medfört att rotationen av textilier blir högre och textillagren hålls små. Många verksamheter försöker byta ut engångsartiklar mot artiklar som går att diska eller sprita.

Hållbara patientmåltider

Vid nya kostupphandlingar har plan för hållbara patientmåltider beaktats. Kraven i planen är omformulerade till att även bli krav i upphandlingen (obligatoriska krav). De rekommenderade kraven finns med som en bilaga och ett diskussionsdokument för avtalsuppföljning för att visa vilken riktning SLSO har gällande hållbarhetskrav inom kost.

Hållbara transporter

Investeringar i infrastrukturen för elektrifierade fordon har genomförts genom att öka mängden ladd stolpar (till ca 100 st.), vilket skapar förutsättningar för att ca 20 % av fordonsbeståndet kan drivas på el. Införskaffandet av nytt fordon sker i samråd med centralt fordonsansvarig för att säkerställa behov och förutsättningar för verksamheterna. Därefter beställer verksamheterna fordon via en central beställningsportal. De fordon som främst finns listade i portalen är anpassade för *förnybara drivmedel.*

Fastigheter

Bra Miljövalsmärkt el finns i de fastigheter som SLSO har rådighet över. Verksamheter i Locum-ägda fastigheter har tagit del av, samt i vissa fall, genomfört de energispartips som Locum presenterar.

Effektivt miljöarbete -miljöledningssystem

SLSO är certifierad i enlighet med ISO 14001 och miljöledningssystemet är integrerat med ordinarie verksamhetsstyrning.

Miljöledningssystem	Ja	Nej
Nämnden/bolaget har miljöledningssystem i enlighet med ISO14001	Ja	
Miljöledningssystemet är integrerat i ordinarie verksamhetsstyrning	Ja	

2.6.3 Tryggad kompetensförsörjning

Attraktiv arbetsgivare

Målet är uppnått.

Indikatorerna medarbetarindex, ledarskapsindex samt totalindex uppnår alla målvärdet och ledarskaps- samt totalindex är bättre än föregående år.

Indikatorer	Utfall	Utfall fg år	Trend	Mål uppfyllnad	Mål
Medarbetarskapsindex	78	78	→		>=76
Ledarskapsindex	80	77	↗		>=77
Totalindex	77	76	↗		>=74

Modern arbetsorganisation

Indikatorer	Utfall	Utfall fg år	Trend	Mål uppfyllnad	Mål
Nämnden/bolaget har utvecklat sin arbetsorganisation genom uppgiftsväxling	Ja		–		Ja

Styrelsen indikator, plan för uppgiftväxling/använda rätt kompetens (1 plan per VO) har uppnåtts.

Systematisk kompetensplanering

Styrelsen har formulerat två indikatorer för målet systematisk kompetensplanering: plan för pilotinförandet av KOLL (1 plan per VO) samt plan för kompetensförsörjning utifrån SLSO:s övergripande plan (1 plan per VO). Båda dessa indikatorer har uppnåtts.

2.6.4 Långsiktigt hållbar ekonomi

Ett resultat i balans

Målet är inte uppnått.

Styrelsen har formulerat två indikatorer utöver fullmäktiges indikator resultat före omställningskostnader: andel resultatenheter med ekonom i balans respektive produktivitetsutveckling.

Andelen resultatenheter med ekonomi i balans är 54 %, vilket är bättre än resultatet föregående år (45%) men når inte målet (80%).

Produktiviteten totalt för SLSO är 0,4%, vilket är bättre än föregående år (-0,8%) men når inte målet (1%). Produktiviteten per vårdgren kommenteras i avsnitt 2.7.1

Indikatorer	Utfall	Utfall fg år	Trend	Mål uppfyllnad	Mål
Resultatet före omställningskostnader	52,4mkr	104mkr	↘		>=105mkr

Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar

SLSO har inga indikatorer inom detta område.

Hållbar investeringsutveckling

SLSO har inga indikatorer inom detta område.

2.7 Effektivare landsting

Utifrån landstingsdirektörens effektiviseringsprogram för att säkra resurser till kärnverksamheten fortsätter SLSO:s effektiviseringsarbete i den årliga översynen av kostnader som sker i samband med fastställande av budget. En översyn av lednings- och stödprocesser har genomförts under år 2016 och 2017. Denna översyn har kallats Effektiva lednings- och stödprocesser (administrativ översyn). Denna översyn låg till grund för den nya organisation som etablerats 1 april 2016. I detta arbete har

målvärden avseende OH-kostnader ställts upp och mål för effektivisering har formulerats.

Effektiviseringsarbetet utgår från SLSO:s vårduppdrag och styrande dokument. Fokus är att så mycket av resurserna som möjligt ska vara i vårdverksamheten. Lednings- och stödprocesserna syftar till att säkerställa att dessa resurser på bästa sätt därmed används för måluppfyllelse i samtliga dimensioner. Den mentala bilden är att varje ”satsad” resurs i verksamhetsstöd ska ge tillbaka ”dubbelt” i vården.

Under 2018 har en uppföljning skett av VO-organisationen bland annat genom en enkät till samtliga verksamhetschefer i organisationen. Utifrån resultatet har beslut fattats om att dela verksamhetsområdet för primärvård i tre geografiska områden med en verksamhetsområdeschef för respektive område. Utifrån den nya organisationen ges förutsättningar för kortare beslutsvägar med ett närmare ledarskap med fullt mandat.

Som ett led i landstingsdirektörens effektiviserings program flyttades fakturahantering, löpande redovisning och hantering av kassa som bedrevs inom landstingsstyrelsens förvaltning till Verksamhetsstöd Ekonomi inom SLSO. Syftet med samordningen var att samla kompetens, öka tydligheten och på sikt öka effektiviteten. Under året har arbete pågått med att standardisera processer.

2.7.1 Produktivitet

Produktiviteten har ökat med 0,4 % mellan år 2018 och 2017. Produktiviteten är beräknad som produktion/kostnad.

Produktivitetsutvecklingen fördelad per vårdgren:

- Psykiatri 0,1 %
- Primärvård 2,1 %
- Geriatrik (inkl. ASiH) -4,3 %

Produktionsvolymen har minskat med 0,7 % och kostnaderna, justerade för pris- och löneökningar, har minskat med 1,1 %.

Inom psykiatrin har både produktionsvolymerna och kostnaderna varit på ungefär samma nivå år 2018 som år 2017. Fem av tio kliniker visar en positiv produktivitets-förändring.

Inom primärvården har kostnaderna minskat medan den sammanvägda produktions-volymen ökat, vilket visar på en produktivitetsökning. Av resultatenheterna har 59 % en positiv produktivitetsförändring.

Geriatrikens och ASiH:s negativa produktivitetsutveckling beror på att volymerna har minskat i högre utsträckning än kostnaderna har reducerats. Det gäller alla fem klinikerna både inom geriatrik och ASiH.

3 Ekonomi

3.1 Resultatutveckling

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Utfall fg år	Förändr. %
Patientavgifter	248	244	4	240	3,1 %
Sålda primärtjänster	9 000	9 053	-53	8 592	4,8 %
Försäljning övriga tjänster	1 162	1 034	128	773	50,4 %
Erhållna bidrag	717	777	-60	706	1,7 %
- varav ers. omställningskostnad	*44*	*98*	*-54*	*53*	*-16,8 %*
Övriga intäkter	*307*	*245*	*62*	*307*	*-0,3 %*
Verksamhetens intäkter	**11 434**	**11 353**	**81**	**10 618**	**7,7 %**
Bemanningskostnader	-8 046	-8 004	-42	-7 575	6,2 %
- varav inhyrd personal	*-266*	*0*	*-266*	*-221*	*20,1 %*
Köpta primära sjukvårdstjänster	-218	-233	15	-211	3,2 %
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-395	-386	-9	-395	-0,1 %
Läkemedel	-222	-199	-23	-186	19,3 %
Materialkostnader	-699	-636	-63	-424	65 %
Lokal- och fastighetskostnader	-991	-953	-38	-961	3,2 %
Övriga kostnader	*-729*	*-644*	*-85*	*-681*	*7 %*
Verksamhetens kostnader	**-11 300**	**-11 055**	**-245**	**-10 433**	**8,3 %**
*- varav omställningskostnader ****	*-43*	*-98*	*55*	*-53*	*-17,8 %*
Avskrivningar	-82	-193	111	-80	2,1 %
Finansnetto	0	0	0	0	-4 %
Justering pension mm.	0	0	0	0	
Resultat**	**52,4**	**105**	**-52,6**	**104,3**	

* mkr

*** Omställningskostnader inklusive avskrivningskostnader

Avvikelse utfall i jämförelse med budget

Intäkter

- Utfallet för patientavgifterna är i princip i nivå med budget
- Sålda primärtjänster avviker negativt med 53 mkr. Detta förklaras av att:
    - produktionen har varit låg inom den slutna geriatriska vården och ASiH p.g.a. sjuksköterskebrist inom geriatriken och minskat remissinflöde till ASiH,

  - öppenvården inom primärvården når inte de budgeterade intäkterna p.g.a. låg produktion.
- Försäljning övriga tjänster avviker positivt med 128 mkr. Detta förklaras av: ökad försäljning av material och varor för hjälpmedelsverksamheterna p.g.a. ökad efterfrågan och underskattad volym för det nya uppdraget förbrukningshjälpmedel i hemmet.
- Erhållna bidrag avviker negativt med 60 mkr. Detta förklaras i huvudsak av att omställningskostnaderna varit lägre än planerat p.g.a. förseningar i samtliga projekt. Intäkter erhålls i relation till kostnaderna.
- Övriga intäkter avviker positivt med 62 mkr. Detta förklaras i huvudsak av högre projektintäkter än beräknat. När budgeten fastställs för kommande år är det oftast inte känt vilka projekt som kommer att startas under året.

Kostnader

- Bemanningskostnaderna avviker negativt med 42 mkr. Detta förklaras av:
  - Personalkostnaderna är 224 mkr lägre än budget
  - Vakanser inom framförallt psykiatri, geriatrik och husläkarverksamheten ger lägre lönekostnader som till viss del täckts med timanställda, övertid och inhyrd personal
  - Inhyrningskostnaderna är 266 mkr. Denna kostnad är inte budgeterad.
  - Inhyrningen av läkare ökar inom psykiatrin, primärvården och somatisk specialistvård (framförallt närakuter)
  - Inhyrning av sjuksköterskor är något lägre totalt. Minskning har skett inom primärvården och psykiatri medan geriatrik och somatisk specialistvård har ökat.
- Köpta primära sjukvårdstjänster avviker positivt med 15 mkr på grund av minskade köp av HVB-hem (hem för vård eller boende) och rättspsykiatrisk vård.
- Köpta verksamhetsanknutna tjänster, vilket i huvudsak avser laboratorie- och röntgentjänster, avviker negativt med 9 mkr. Detta beror framförallt på volymökningar av röntgen inom Akademiskt specialistcentrums neurologi och närakuterna.
- Läkemedel avviker negativt med 23 mkr. Detta förklaras av ökade kostnader för läkemedel främst inom slutenvården och på Akademiskt specialistcentrum.
- Materialkostnader avviker negativt med 63 mkr. Detta förklaras av ökad försäljning av material och varor för hjälpmedelsverksamheterna p.g.a. ökad efterfrågan.
- Lokal- och fastighetskostnader avviker negativt med 38 mkr och förklaras framförallt av kostnader hänförda till FHS, exempelvis dubbelhyra närakuten barn, vårdavdelningar under ombyggnation på Psykiatri Sydväst. Utöver detta ökar hyreskostnaderna för de ombyggda avdelningarna
- Övriga kostnader avviker negativt med 85 mkr. Detta förklaras i huvudsak av:
  - I budget 2018 planerades för ändring av redovisningsprinciper avseende

hjälpmedel, vilket innebar att istället för att redovisa dessa som avskrivning av lager under övriga kostnader skall detta framöver bli en avskrivningskostnad under kapitalkostnader. På grund av förseningar i detta projekt kommer inte förändringen ske förrän 2019. Detta innebär avvikelser mot budget både för övriga kostnader samt avskrivningskostnader. Detta ger en negativ avvikelse på ca 116 mkr.
    - Det har historiskt funnits en differens mellan lagersystemet för hjälpmedel (Sesam) och ekonomisystemet Raindance (huvudboken) uppgående till 9,3 mkr. I samråd med revisorerna har denna korrigerats i bokslutet och kostnadsförts.
    - Budgeten för omställningskostnader beslutades 2014. Utifrån de antaganden som gjordes då har tidplanerna försenats kraftig, vilket innebär att omställningsbidraget kommer behöva nyttjas senare än vad som ursprungligen planerades. Omställningsarbetet har budgeterats som övrig kostnad men bokföringen sker på de konton som kostnaden avser, i huvudsak personal och hyror. Detta ger positiv avvikelse på 51 mkr
    - Kostnader för IT-tjänster och IT- konsulter överskrider budget med 22 mkr. En stor del av avvikelsen hänförs till uppstarten av förbrukningshjälpmedel i hemmet, utvecklingsprojekt och stödwebbar.
    - Transportkostnaderna överskrider budgeten med 17 mkr, vilket hänförs till ökade kostnader för förbrukningshjälpmedel i hemmet
- Avskrivningarna avviker positivt och förklaras ovan samt att avskrivningstiden för hjälpmedel har förändrats

Avvikelse utfall i jämförelse med föregående år

Intäkter

- Patientavgifterna är 8 mkr högre än föregående år vilket förklaras av nya uppdrag ex närakuter och Akademiskt specialistcentrum och egenavgifter för patienter med förbrukningshjälpmedel
- Sålda primärtjänster är 408 mkr högre än motsvarande period föregående år. Detta förklaras av:
    - Uppräkning av vårdintäkter enligt avtal och förfrågningsunderlag
    - Helårseffekter av nya verksamheter 2017 bl.a.:
        - Utökad verksamhet vid Akademiskt specialistcentrum
        - Utökade slutenvårdsplatser psykiatri
    - Nya verksamheter:
        - Haga barnakut
        - Järva närakut
        - Danderyds närakut
        - Rosenlunds närakut
- Försäljning övriga tjänster är 390 mkr högre än motsvarande period föregående år. Detta förklaras av:

  - Ökad försäljning av hjälpmedel
  - Nytt uppdrag avseende förbrukningshjälpmedel i hemmet (FHH)
- Erhållna bidrag är 11,2 mkr högre än föregående år. Detta förklaras av ökade statsbidrag för bland annat personalanknutna åtgärder och tolkersättning samt ökade anslag till FoU-enheter. Bidrag från EU till projekt minskar p.g.a. färre aktiviteter än 2017 och omställningskostnaderna minskar p.g.a. försenade tidplaner.
- Övriga intäkter är i nivå med föregående år

Kostnader

- Bemanningskostnaderna är 471 mkr högre än motsvarande period föregående år. Detta förklaras av:
  - Nytillkomna verksamheter
  - Ökat personalomkostnadspålägg (PO-pålägg)
  - Ny lönenivå
  - Ökade kostnader för inhyrning av främst läkare
- Köpta primära sjukvårdstjänster är 7 mkr högre an föregående år p.g.a. ökat köp av rättspsykiatrisk vård
- Läkemedel är 35 mkr högre än föregående år vilket främst förklaras av att ökade kostnader för läkemedel på Akademiskt specialistcentrum
- Materialkostnader är 275 mkr högre än föregående år p.g.a. ökad försäljning av hjälpmedel p.g.a. FHH
- Lokal - och fastighetskostnader är 30 mkr högre än föregående år vilket förklaras av:
  - Ökade hyror med anledning av ombyggda avdelningar på Psykiatri Sydväst
  - Tillkommande hyror för de nya Närakuterna
- Övriga kostnader är 48 mkr högre än föregående år, vilket bland annat beror på:
  - Ökade kostnader för Microsoftlicenser med anledning av nytt avtal
  - Transportkostnader av förbrukningshjälpmedel

3.1.1 Bemanningskostnader

Bemanningskostnader*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Utfall fg år	Förändr. %
Summa personalkostnader	**-7 780,4**	**-8 004,5**	**224,1**	**-7 354,2**	**5,8 %**
förändring sem- och löneskuld	0,1	0	0,1	0,1	-4,8 %
Lönekostnad	-5 229,7	-5 394,5	164,8	-4 987,2	4,9 %
- varav övertid	*-93,2*	*-32,6*	*-60,6*	*-77,6*	*20 %*
- varav sjuklönekostnad	*-102,1*	*-66,9*	*-35,2*	*-102,3*	*-0,2 %*
PO-pålägg	-2 399,9	-2 478,3	78,4	-2 209	8,6 %

Bemanningskostnader*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Utfall fg år	Förändr. %
Övriga personalkostnader	-151	-132	-19	-158	-4,6 %
Inhyrd personal	**-265,6**	**0**	**-265,6**	**-221,1**	**20,1 %**
- varav läkare	*-167,1*	*0*	*-167,1*	*-121,5*	*37,6 %*
- varav sjuksköterskor	*-90,2*	*0*	*-90,2*	*-93,5*	*-3,5 %*
- varav övrig personal	-8,3	0	-8,3	-6,2	35,4 %
Summa bemanningskostnad	**-8 046**	**-8 004,5**	**-41,5**	**-7 575,3**	**6,2 %**

* mkr

Avvikelse utfall i jämförelse med budget

Bemanningskostnaderna är 41,5 mkr högre än budget. Orsakerna till detta är:

- Omställningskostnaderna är budgeterade under övriga kostnader men utfallet bokförs på de konton som kostnaden avser. Av 2018 års omställningskostnader avser 14 mkr personal som arbetar i programmet Framtidsplan för hälso- och sjukvård
- Det nya arbetstidsavtalet för Vårdförbundet var inte känt när budgeten för 2018 fastställdes. Detta innebär:
    - arbetstidsförkortning för sjuksköterskor inom dygnet-runt-verksamheter
    - kvarstannande bonus
- Som en ytterligare stimulansåtgärd för att få fler sjuksköterskor att arbeta natt dubblerades OB-ersättningen

Avvikelse utfall i jämförelse med föregående år

Bemanningskostnaderna har ökat med 6,2 % vilket beror på ökade kostnader för nya lönenivåer, höjt PO-pålägg, inhyrning och utökad verksamhet.

Lönekostnaden har ökat med 4,9 % jämfört med föregående år samtidigt som volymen helårsarbeten avtalad tid ökat med 1,4 % och extratiden med 0,4 %. Lönekostnadsutvecklingen exklusive volymförändring hamnar sålunda på 3,1 %.

Genomsnittet av medellöneförändringen per månad var 2,4 % varav den årliga löneöversynen bidrog med 2,1 %. De återstående 0,7 procenten beror dels på ökade kostnader för OB-ersättningen (både en generell höjning och den dubblade ersättningen på natten för sjuksköterskor), ökade kostnader för övertid (utöver volymdelen), kvarstannandebonus för sjuksköterskor samt ökade kostnader för läkarnas jour och beredskap

Kostnaden för inhyrd personal har ökat med totalt 45 mkr jämfört med föregående år.

- Inhyrning av läkare har ökat med 45,6 mkr (38 %). Störst är kostnaden inom psykiatrin (80 mkr) där Psykiatri södra Stockholm och Barn- och ungdomspsykiatrin tillsammans står för drygt hälften av kostnaden.

- Inhyrningen av sjuksköterskor har minskat med 3,3 mkr (-4 %) och kostnaden ligger nu på 90 mkr, där psykiatrin står för merparten (52,5 mkr).

3.1.2 Konsultkostnader

Avvikelse utfall i jämförelse periodiserad budget

Totalt är konsultkostnaderna 23 mkr högre än budget. Anledningen är i huvudsak:

- Uppstart av förbrukningshjälpmedel i hemmet. För att starta verksamheten i enlighet med den hårt pressade tidsplanen har konsulter använts för IT-integreringar och systemutveckling av nödvändiga system. Inför och under driftsättningen har konsulttimmar använts för att säkerställa system.
- SLSO har haft en stor roll som kravställare av många olika vårdlokaler i arbetet med Framtidens hälso- och sjukvård. I detta arbete har konsulter deltagit löpande för att säkra framtida integrationer mellan befintliga och kommande system.
- Konsultstöd har använts i samband med utveckling av b.la. stödwebbar, införande av nytt intranät, Alltid öppet – en webbapplikation för digitala vårdmöten.
- Förberedelse och införandestöd för byte av operativsystem till Windows 10

Avvikelse utfall i jämförelse med föregående år

Jämfört med föregående år har kostnaderna för konsulter ökat med 8 mkr vilket förklaras ovan.

3.2 Åtgärdsprogram för en ekonomi i balans

En övergripande åtgärdsplan har inte upprättas för SLSO. Däremot upprättas åtgärdsplaner för de resultatenheter som inte har en ekonomi i balans. Under året har exempelvis följande åtgärder beslutats/vidtagits och aktiviteter pågår som förväntas ge ekonomisk effekt 2019:

VOSS

- Avveckling av Äldredoktorn
- Sammanslagning av team ASiH Norra
- Nedläggning av team ASiH Södra
- Avveckling av kostverksamheten på Rosenlund
- Förbättrad samverkan mellan de 3 geriatriska klinikerna (t.ex. gemensamt intag)
- Samverkan med Stockholmsgeriatriken och SÖS om ”gräddfil” för selekterade patienter
- Översyn av bemanningen på de geriatriska klinikerna utifrån nyckeltal
- Projekt om samverkan med kommunerna för att förbättra flödet vid in- och utskrivning

VO Psykiatri

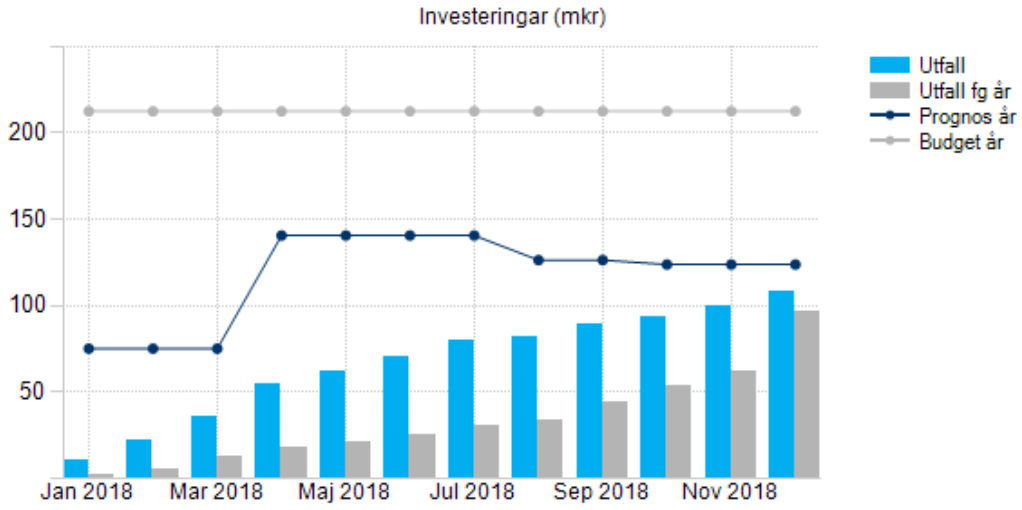
- Produktionsmål per behandlare
- Säkra registreringar av besök för att få rätt intäkt
- Översyn av avtal
- Översyn av bemanning
- Åtgärder för att minska inhyrning av personal

VO Primärvård

- 7-stegs programmet – åtgärdsprogram för resultatenheter med en negativ avvikelse med 5 %
- Ny generisk modell – se över bemanningen utifrån nyckeltal
- Sammanslagning av ”sårbara” enheter - avauktorisation barnavårdscentraler
- Generiska tidböcker för produktionsplanering
- Nedläggning av team inom PV-rehab
- Chefsväxling

De två övriga verksamhetsområdena, Habilitering och hälsa samt FoUU, uppvisar ekonomi i balans och arbetar med att effektivisera sina enheter utifrån arbetet med ständiga förbättringar.

3.3 Investeringar



Avvikelse utfall i jämförelse med budget

Den positiva avvikelsen mot årets budget är 105 mkr och förklaras av att i budget 2018 planerades för ändring av redovisningsprinciper avseende hjälpmedel. Detta innebär att vissa hjälpmedel skall klassificeras som materiella anläggningstillgångar istället för

lager. I samband med landstingsfullmäktiges budgetbeslut ökades därför investeringsramen för SLSO med 120 mkr. På grund av förseningar i detta projekt kommer inte förändringen ske förrän 2019. SLSO har investerat i utrustning till Psykiatri Sydväst och evakueringsavdelning för psykiatrin på S:t Göran. Dessa investeringar är budgeterade på LSF men har belastat SLSO.

3.3.1 Investeringar

Investeringar

Investeringar (Mkr)	Utgift	Budget år	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Utrustning				
Övrigt	20	0	-20	
Ersättningsinvesteringar	88	213	125	
Totalt investeringar	**108**	**213**	**105**	

SLSO har inga specificerade investeringsobjekt över 100 mkr. Samtliga investeringar är ersättningsinvesteringar. På raden övrigt redovisas de strategiska utrustningsinvesteringarna.

3.4 Resultatdisposition

Årets resultat före bokslutsdispositioner	52,4 mkr
- varav resultatkrav	52,4 mkr
- varav resultatandel som höjer soliditeten över 30 %	0
Resultat som behålls i verksamheten	0

3.5 Balansräkning

Balansräkning*	Utfall	Utfall fg år	Förändr.
Anläggningstillgångar	251	227	24
Omsättningstillgångar	2 009	1 959	50
- varav kassa och bank	*86*	*153*	*-67*
SUMMA TILLGÅNGAR	**2 260**	**2 186**	**74**
Eget kapital	**667**	**754**	**-87**
Avsättningar	**0**	**0**	**0**
Skulder	**1 593**	**1 432**	**161**
- varav långfristiga skulder	*0*	*0*	*0*
- varav kortfristiga skulder	*1 593*	*1 432*	*161*
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	**2 260**	**2 186**	**74**

*mkr

Anläggningstillgångars nettoförändring är 24 mkr jämfört mellan åren. Orsakerna är att rättspsykiatrin har uppgraderat sitt lås- och passagesystem samt investeringar för framtidens hälso- och sjukvård (FHS) framförallt utrustning för psykiatri Sydväst.

En förändrad redovisningsprincip gällande hjälpmedelslagret har skett. Förändringen innebär att den tekniska livslängden på hjälpmedlen har förändrats utifrån hjälpmedlets ISO-kod istället för att alla hjälpmedel har samma livslängd. Denna förändring har givit en positiv inverkan med ca 7 mkr på omsättningstillgångarna.

Nytillkommen verksamhet som t ex Förbrukningshjälpmedel i hemmet (FHH) bidrar till ökningen av både omsättningstillgångarna och de kortfristiga skulderna.

Förändringen av det egna kapitalet härrör sig främst till återbetalning av avkastningskravet.

3.6 Kassaflödesanalys

Kassaflödet från den löpande verksamheten har ökat med 33,5 mkr sedan föregående år. Flera verksamheter genererar överskott som medför att kassaflödet är positivt. De verksamheter som bidrar med största överskottet är Medicinsk apparatur i hemmet och Barn- och ungdomspsykiatrins öppenvård

Investeringsverksamheten genererar ett negativt kassaflöde med 14 mkr sedan föregående år. Detta beror bl. a. på att den rättspsykiatriska verksamheten har uppgraderat sitt lås -och passersystem samt FHS investeringar.

Kassaflödet från finansieringsverksamheten härrör sig till SLSO:s avkastningskrav.

Kassaflödesanalys	**2018-12-31**
Mkr	
Den löpande verksamheten	
Kassaflöde från den löpande verksamheten	177 962
Investeringsverksamheten	
Kassaflöde från investeringsverksamheten	-105 806
Finansieringsverksamheten	
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	-139 331
Årets kassaflöde	**-67 175**

4 Verksamhet

Verksamhetsområde Psykiatri

Väsentliga händelser

- Arbetet med vidareutveckling och uppföljning av standardiserade vårdprocesser har fortsatt enligt plan. Medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatrin har involverats i den VO-gemensamma processägarstrukturen. En ny standard för vården av ätstörningar har tagits fram och implementering pågår.
- Utvecklings-och planeringsarbete med särskilt fokus på patienter yngre än 25 år pågår i syfte att skapa en vård som bättre utgår från patienternas behov, där kompetensen kring psykiatriska tillstånd, beroendeproblematik och individens psykiska utveckling tas till vara på ett mer sammanhållet och flexibelt sätt. Målbilden är att kunna samla verksamhetsområdets heldygnsvård för unga på ett och samma ställe.
- Ledningssystemet för tvångsvård har etablerats under året. Samtliga verksamheter följer ledningssystemet via en handlingsplan som innefattar krav på systematiskt förbättringsarbete. Ett kvitto på att detta sker är resultatet av den nationella tvångsvårdsinspektion som IVO genomförde under hösten. IVO konstaterade då att verksamheterna bedriver kvalitetsarbete som ger förutsättningar för att begränsa användningen av tvångsåtgärder, att verksamheterna genomför systematisk egenkontroll och att fortlöpande uppföljning av att vården ges i överensstämmelse med LPT och LRV (Lagen om psykiatrisk tvångsvård/Lagen om rättspsykiatrisk vård) sker.
- I samarbete med brukarföreningarna drivs fortsatt utveckling i projektet ”Rätt använd tvångsvård”. Under året har fokus legat på att öka antalet erbjudna och genomförda uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd och på förbättrad kvalitet i den automatiserade LPT/LRV.
- Under året har en verksamhetsområdesövergripande patientsäkerhets-organisation etablerats. Syftet är också att förbättra VO Psykiatris systematiska förbättringsarbete.
- Olika projekt har genomförts i verksamheterna för att etablera personcentrerad vård. I det arbetet är patientens delaktighet i planering av vården och dokumentation av detta i vårdplanen central. Användningen av e-tjänsten ”Journal via nätet” har ökat under året och många enheter arbetar aktivt med att stötta patienterna till att logga in och läsa sin vårdplan.
- Alla verksamheter har Brukarråd och i heldygnsvården genomförs Patientforum kontinuerligt på allt fler avdelningar. Aggregerade synpunkter från mer än 5000 forum har sammanställts i en databas för att kunna användas för systematiskt förbättringsarbete och verksamhetsutveckling.
- Under våren deltog alla verksamheter i den nationella patientenkät som

genomfördes av SKL. Resultaten har publicerats på nätet och innebär möjlighet att jämföra med resten av landet. I öppenvården genomfördes under två veckor på hösten en egenproducerad patientenkät och resultaten har sedan presenterats på externa webbsidor. På samtliga kliniker, utom BUP, erbjuds slutenvårdade patienter löpande att besvara en enkät vid utskrivningen.

- Under året har implementeringen av självvald inläggning fortsatt och möjligheten till det ges i allt fler verksamheter. Centrum för psykiatriforskning har fått i uppdrag att utveckla ett modulstöd för införandet och i syfte att säkerställa patientsäkerhet och jämlik vård över länet har en central styrgrupp, där även privata vårdgivare deltar, etablerats.
- Arbetet med att bygga om vårdavdelningar så att de bättre främjar säker och personcentrerad vård, med möjlighet till självvald inläggning, fortgår och kommer att intensifieras framöver.
- Under året har ett flertal aktiviteter ägt rum i syfte att öka tillgänglighet genom att erbjuda patienter digitala kontaktvägar.
- Flera viktiga skattnings- och bedömningsinstrument har under året utvecklats i webbformulär. Mer än 200 000 skattningar har under året gjorts i applikationen och användningen ökar ständigt.
- Flera av registerhållarna för de nationella kvalitetsregistren finns inom SLSO. Rapportering till fem av registren sker nu enbart genom dataexport från journalsystemet genom SLL:s lösning för integration mellan journalsystemet och kvalitetsregisterplattformen.
- Ett projekt för att utveckla bättre stöd- och ledningssystem kring vårdprocesserna pågår. Syftet är framförallt att utveckla bättre digitala stöd för medarbetarna och en grafisk översikt i journalsystemet som visar en enskild patients process är under framtagande.
- I samarbete med hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) har under året ett omfattande arbete genomförts för att ta fram nya avtal. HSF:s ambition med arbetet var att minska detaljstyrningen till förmån för tillitsstyrning, förenkla avtalsprocessen, minska administrationen kring avtalen på alla nivåer och göra uppdrag och ersättningsvillkor enhetliga. I december ingicks nio avtal, men bilagor som beskriver nya indikatorer för kvalitetsuppföljning. Avtalen gäller perioden 2019-2023.

Verksamhetsförändringar

- En ny avdelning, med uppdrag att ta emot patienter från hela verksamhetsområdet, har öppnats på Ytterö. Avdelningen erbjuder möjlighet till lite längre planerade vårdtider då det finns behov av bedömning av funktionsnivå eller när patienten befinner sig i väntan på att mer långsiktiga lösningar för vård och boende av olika karaktär kan realiseras.

- BUP har öppnat en ny avdelning med 10 platser på S:t Görans sjukhusområde. Målgruppen är tonåringar med självskadebeteende, psykotiska tillstånd, hypomana och maniska tillstånd eller allvarligt utagerande beteende.

Ekonomi och produktion i sammanfattning

- För 2018 redovisar VO Psykiatri ett underskott om 42,3 mkr vilket är en försämring jämfört med föregående år. Flera enheter har många vakanser och kostnaden för inhyrd personal har varit fortsatt hög även 2018. Under 2018 finns satsningar för personalen, t ex i form av kvarstannandebonus och dubbla OB-tillägg.
- De ekonomiska resultaten varierar mellan resultatenheterna.
    - Vuxenpsykiatrin redovisar ett negativt resultat på 86 mkr
    - Beroendevården redovisar ett överskott om 2 mkr.
    - Barn- och ungdomspsykiatrin redovisar ett positivt resultat på 33 mkr
    - Rättspsykiatrisk vård visar ett positivt resultat på 8 mkr
    - Stockholms centrum för ätstörningar redovisar ett positivt resultat på 1 mkr
- Besöken inom psykiatrin har totalt ökat med 2,5 % jämfört 2017 men är fortfarande under budgeterad nivå. Antalet avslutade vårdtillfällen är oförändrade i förhållande till 2017 och 1,1% över budget. Se vidare avsnitt 4.2

Verksamhetsområde Primärvård

Väsentliga händelser

- Året har präglats av arbete med att uppnå verksamhet i balans och klara styrkortsmålen med fokus på tillgänglighet. För enheter med bristande telefontillgänglighet har workshops anordnats kring arbetssätt med Tele-Q.
- Arbetet med automatiserad väntetidsmätning till husläkare från TakeCare-data är väl implementerat och under 2018 har tillgängligheten enligt vårdgarantin, max 5 dagar, ytterligare förbättrats. Konkret arbete med att öka besök till läkare och psykosocialt stöd har genomförts genom arbete med och implementering av generiska tidböcker för att underlätta produktionsplaneringen.
- Processarbete har fortsatt inom Värdelyftet Primärvård med fokus framförallt på förberedelse av rutiner och arbetssätt för den nya Lagen om utskrivning (LUS) samt förberedelse ”Alltid öppet”. Med appen ”Alltid öppet” ges patienter möjlighet till enkel webbtidbokning samt videobesök.
- Fortsatt erfarenhetsutbyte med Region Skåne och Västra Götalands primärvård under året.

- En utvärdering av patienternas erfarenheter av tillgänglighet med inriktning på webb bokningar inom om husläkarmottagningarna har genomförts. Resultatet visade en övervägande positiv syn på webbokningar.
- Fortsatt utveckling av akademiska vårdcentraler (AVC)-nodernas nätverk samt samskapande kring processarbetet i Värdelyftet Primärvård.

Verksamhetsförändringar

- Rehab City minskade sin verksamhet genom stängning av Kungsholmen Rehab City och Neuroteam Kungsholmen/Norrmalm. Verksamheten hade ett stort underskott på grund av bemanningsproblem och minskat patientinflöde.

Ekonomi och produktion i sammanfattning

- För 2018 redovisar VO Primärvård ett underskott på 10 mkr.
- Husläkaruppdraget hade 2018 ett underskott på 28 mkr och primärvårdsrehabilitering hade ett underskott på 20 mkr. Samtidigt redovisar barnhälsovården ett överskott med 20 mkr och mödrahälsovården ett överskott med 23 mkr. Inom logopediuppdraget har man inte lyckats lösa de ekonomiska problemen under 2018 och redovisar därför ett underskott även för 2018.
- Husläkaruppdragets underskott förklaras av ökade bemanningskostnader p.g.a. inhyrning av huvudsakligen läkare. Primärvårds-rehabilitering som är helt prestationsersatt har inte uppnått sina budgeterade besöksmål p.g.a. vakanser, personalomsättning och sjukfrånvaro.
- Mödrahälsovårdens överskott beror på att man har fått ökad beställarersättning för att kunna öka personaltätheten inom uppdraget. Även inom barnhälsovården ökades ersättningen från HSN.
- Antalet besök för VO Primärvård som helhet blev ca 3,8 miljoner, vilket är en minskning med 90 000 besök jämfört med 2017. Se vidare avsnitt 4.2

Verksamhetsområde Somatisk specialistvård

Väsentliga händelser

- Ett akut- och ett äldreråd har inrättats i samverkan mellan SLSO:s primärvård, närakuter, ASIH och geriatrik för att identifiera och underlätta patientflöden för akuta respektive äldre patienter.
- Akademiskt specialistvårdscentrum har under året bedrivits i nya lokaler på Torsplan. Nya, effektivare och digitaliserade arbetssätt har utvecklats och implementerats. Vårdavtal för 2018-2019 tecknades under senhösten.
- Inom SLSO:s tre geriatriska kliniker har rekryterings- och bemanningssituationen gällande sjuksköterskor varit fortsatt svår under hela året. Som konsekvens av detta har samtliga kliniker tillfälligt haft neddragna vårdplatser. Trots detta har periodvis Jakobsbergs- och Sabbatsbergs-

geriatrikerna haft för lågt patientunderlag.

- ASIH-klinikerna bedrivs under vårdvalsavtal. I Stockholm finns därför en överkapacitet inom ASIH, vilket har lett till för låga produktionsvolymer och intäkter. Båda ASIH-klinikerna har därför under hösten omorganiserats och anpassats, vilket har medfört en viss minskning i inskrivningskapaciteten.

Verksamhetsförändringar

- Närakuterna Handen, Huddinge och Järva, Danderyd och Rosenlund har öppnats. Från årsskiftet överfördes närakutsverksamheten för barn från Praktikertjänst till Haga Närakut.
- ASIH Stockholms Norra har omorganiserats (sammanslagning av 2 team) såsom ett led i marknadsanpassning.
- ASIH Stockholms Södra har omorganiserats (stängning av 1 team) såsom ett led i marknadsanpassning.
- Styrelsebeslut har fattats om att Kostenheten Rosenlund ska stänga våren-19 och patientkost istället upphandlas för kostenhetens nuvarande kunder.
- Landstingsfullmäktige har fattat beslut om att Danderyds-geriatriken även framledes ska bedriva geriatrisk vård på Danderyds sjukhus.

Ekonomi och produktion i sammanfattning

- Verksamhetsområde Somatisk specialistvård (VOSS) redovisar för 2018 ett underskott på 79 mkr.
- Geriatrik och ASiH redovisar ett underskott på 50 mkr, vilket 30 mkr sämre än föregående år. Verksamheterna inom geriatrik och ASiH har haft stora svårigheter med att nå sina produktionsmål under 2018. Inom geriatriken har framför allt personalbrist och sjukdomsperioder lett till fler stängda vårdplatser än planerat. Inom ASiH har det under året funnits en viss överkapacitet. ASiH-klinikerna har inte lyckats anpassa sina verksamheter till rådande marknadssituation.
- Team Äldredoktorns (SÄBO) inskrivningsintäkter har utfallit lägre än förväntat som följd av färre inskrivna boenden
- Akademiskt specialistcentrum och SLSO Närakuter redovisar ett underskott på 22 mkr, vilket är 24 mkr sämre än föregående år. Framför allt beror resultatförsämringen på att SLSO Närakuter haft en kraftigt fördyrande bemanningssituation med en ökad andel inhyrd personal (läkare).
- Kostenheten redovisar ett underskott på 4,6 mkr, vilket är 1,6 mkr sämre än förväntat
- Produktionen för respektive del redovisas i avsnitt 4.2

Verksamhetsområde Habilitering/Hjälpmedel

Väsentliga händelser

Habilitering och Hälsa

- Två nya enheter har startat under 2018. Motorik och träningscenter samt Habiliteringens Resurscenter.
- Tillströmning av patienter (barn, ungdomar och vuxna) med autismspektrumdiagnos (ASD) utan intellektuell funktionsnedsättning har fortsatt och med det arbetet med att utveckla nya arbetssätt, som t ex insatser via webben (internethabilitering) och insatser i grupp för att möta tillströmningen.
- Fortsatt implementering och utveckling av Vårdplansmodulen har pågått under hela året. Ett verktyg som kommer att underlätta arbetet för behandlarna och på så vis gynna patienterna i förlängningen.
- VUB-teamet (team för vuxna och unga med intellektuell funktionsnedsättning) gick över att rent organisatoriskt tillhöra Habilitering och Hälsa istället för psykiatrin
- Nytt vårdavtal med tillhörande ersättningsmodell har beslutats av HSN.

Tolkcentralen

- Nytt avtal med HSN trädde i kraft den 1 januari 2018
- En integration med Tolkportalen, beställarportal som ägs av HSF, och tolkbokningssystemet Bosse genomfördes den i februari.
- Planering och förberedande av en ny kundtjänst har gjorts.
- Ny verksamhetschef är rekryterad.

Hjälpmedelsverksamheterna

Förbrukningshjälpmedel i hemmet (FHH)

- Leveransförseningar vid uppstartsperiod resulterade i stora leveransförseningar med konsekvenser för patienter. Akuta åtgärder vidtogs av FHH och SLSO:s ledning.

Hjälpmedel Stockholm

- Genomlysning av ekonomin av extern konsultfirma (EY) samt arbete med åtgärdsplan utfördes.
- Prisförhandling med HSN inleddes i oktober 2018 och kommer att avslutas under 2019.
- Besiktningar av personlyftar drivs i egen regi fr 1/12 2018 med målet att kostnadseffektivisera, säkra kvalitet och patientsäkerhet.

- ”Projektörer taklyftar” startade den 1/10 2018. Projektet ska mynna ut i projektering av taklyftar i egen regi för att stärka kvalitet, ledtider och patientsäkerhet samt för att kostnadseffektivisera i form av omsättning av befintligt lager.
- Projekt ”Omsättning elrullstolar” avslutat 1/6 2018 med positiv utgång i form av nya arbetssätt, minskade inköp och omsättning av befintligt lager.
- Brevkallelser i TakeCare för eftermonteringar som har resulterat i minskade administrativa uppgifter för anpassningstekniker.

KommSyn

- Under våren 2018 gjordes en organisationsförändring gällande de verksamhetsgemensamma funktionerna. Ett chefsled togs bort och enhetschefer blev från och med juni månad direkt underställda verksamhetschefen.
- En enhetschef tillsattes för KommSyn Stockholms konsulenter och tekniker och en enhetschef för verksamhetsstöd har tillsatts. I början av 2018 flyttades funktionen upphandling till centralt verksamhetsstöd inom SLSO. Under hösten har nya arbetssätt och rutiner tagits fram tillsammans med upphandlingsenheten.
- Samverkan med intresseorganisationer inom områden personer med dövblindhet, syn samt hörsel har genomförts under året. Dialogseminarier har genomfört vid två tillfällen under året tillsammans med Hjälpmedel Stockholm och MAH. Samverkan med andra vårdgivare har också genomförts framför allt inom dessa områden.
- Arbetet med lokaler på Bergtallsvägen 10 i Älvsjö har fortgått under året och resulterade i ett nytt femårigt avtal lokalavtal som börjar gälla 1 januari 2019.
- Ett stort fokus under året har varit att ta fram rutiner kring ekonomifunktioner samt att inventera samtliga lager som finns inom verksamheten.

Medicinteknisk apparatur i hemmet (MAH)

- I april driftsattes MAH:s leverantörssida i Beställningsportalen vilket har underlättat det administrativa arbetet. I samband med det gjordes även ett stort arbete för att få fler av våra leverantörer att ansluta sig till hjälpmedelstjänsten.
- Nya produkter diabeteshjälpmedelsprodukter har tillkommit under 2018.
- En av diabetesleverantörerna har haft stora svårigheter att leverera i tid med leveransförseningar till patienter o mottagningar som följd.

Verksamhetsförändringar

- Verksamheten Förbrukningshjälpmedel i hemmet (FHH) startade 1 juni 2018.

Uppdraget avser att ansvara för driften av hjälpmedelsverksamhet för förbrukningshjälpmedel till patienter som utför sjukvårdsinsatser i hemmet efter instruktioner av sjukvårdspersonal.

Ekonomi och produktion i sammanfattning

- Verksamhetsområde Habilitering och Hjälpmedel redovisar för 2018 ett överskott på 79 mkr, vilket är ca 30 mkr bättre än budget.
- Hjälpmedelsverksamheterna redovisar ett överskott på totalt 71 mkr, vilket är 17 mkr bättre än föregående år
- Förbrukningshjälpmedel i hemmet (FHH) har varit i drift från första juni 2018. Enligt överenskommelse med HSN har SLSO varit garanterade fullkostnadstäckning för verksamheten första året, varför verksamheten redovisar en ekonomi i balans för 2018.
- Habilitering och Hälsa redovisar ett överskott på närmare 7 mkr, vilket är 7 mkr lägre än föregående år. Produktionen har varit lägre än föregående år
- Tolkcentralen redovisar en ekonomi i balans
- Produktionen för respektive del redovisas i avsnitt 4.2

Verksamhetsområde Forskning, Utveckling och Utbildning

Väsentliga händelser

- Under våren 2018 presenterades resultaten från två stora nationella utvärderingar, dels av ALF-systemet (nationellt avtal om läkarutbildning och forskning) och dels av universitetssjukvården. Socialstyrelsen, som utvärderade universitetssjukvården, gjorde en fördjupad granskning inom två av SLSO:s områden; psykiatri och primärvård. Utvecklingen av forskning, undervisning och utveckling inom psykiatrin fick mycket goda vitsord. Även primärvården fick goda vitsord, även om man här poängterade behovet av förstärkt FoUU. Som en följd av dessa utvärderingar har frågan om status som universitetssjukvård prövats av ledningsgruppen för Karolinska institutet (KI) och SLL. Alla verksamheter som tidigare har haft USV (universitetssjukvård)-status har fått ansöka om förnyat mandat. Ansökningarna har granskats av Forskningsrådet och rekommendation om beslut har lämnats till KI-SLLs ledningsgrupp. Inom SLSO ansökte sex verksamheter om att få betraktas som universitets-sjukvårdsenheter (USVE): Akademiskt specialistcentrum, Akademiskt primärvårdscentrum tillsammans med de Akademiska vårdcentralerna, Centrum för psykiatriforskning, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Centrum för arbets- och miljömedicin och Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning. Samtliga enheter bedömdes uppfylla de krav som ställs på en USV-enhet och godkändes.
- ALF/FoUU-medel har till följd av utflyttningen av vård från Nya Karolinska

Solna har omfördelats. Den förändrade vårdkartan medförde behov av en förhandling mellan FoUU-kommittéerna, vilket ledde till att SLSO:s andel av ALF-FoUU-medlen ökade något för 2019.

Verksamhetsförändringar

- År 2018 var det första året som FoUU-verksamheterna bildade ett eget verksamhetsområde. I VO FoUU ingår alla centrumbildningar som nämns ovan förutom Akademiskt specialistcentrum (ASC), som organisatoriskt hör till VO Somatisk specialistvård. ASC har dock ett nära samarbete med VO FoUU, t ex i samband med ansökan om status som USV-enhet.

Ekonomi och produktion i sammanfattning

- För 2018 redovisar VO FoUU ett positivt resultat på 8,3 mkr.
- Akademiskt primärvårdscentrum redovisar ett positivt resultat på 5 mkr och kan främst förklaras av nya uppdrag inom läkarprogrammet och utökade uppdrag från HSN. I slutet av året fick Akademiska vårdcentraler en uppräkning av innevarande års AKA (akademiska kliniska adjunkter)ersättning plus en extra särskild AKA utbetalning enbart för 2018 på totalt 1,5 mkr.
- Centrum för psykiatriforskning (CPF) redovisar ett positivt resultat på 2,4 mkr. Det positiva resultatet kan främst förklaras av att en enhet inom CPF har fått extra HSN medel för att bygga upp nya utbildningsprogram.
- Övriga resultatenheters resultat inom VO FoUU, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Centrum för arbets- och miljömedicin och Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning visar på ekonomi i balans.

4.1 Verksamhetsförändringar

Under 2018 har följande verksamhetsförändringar skett:

- etablering av närakuter i enlighet med landstingsfullmäktiges beslut
  - 1 januari överfördes Närakuten barn från Praktikertjänst till Haga närakut
  - 1 januari omvandlades lättakuten Huddinge till närakut
  - 1 januari omvandlades närakut/husläkarjouren i Handen till närakut
  - 1 januari överfördes Järva lättakut från Aleris och omvandlades till närakut
  - 1 februari startades Danderyds närakut
  - 12 april startades Rosenlunds närakut
- 1 januari överfördes sprutbytesverksamheten från Karolinska till Beroendecentrum
- 1 mars öppnande 12 nya vårdplatser för psykiatrisk vård vid Ytterö
- 1 januari överfördes fakturahantering, löpande redovisning och kassa från landstingsstyrelsens förvaltning

- 1 juni övertagande av drift av Hjälpmedelsverksamhet för förbrukningshjälpmedel i hemmet för hela länet
- BUP har öppnat en ny avdelning med 10 platser på S:t Görans sjukhusområde

Under de verksamhetsområdesvisa avsnitten beskrivs verksamhetsförändringarna närmare.

4.2 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Utfall fg år	Förändr. %
Geriatrisk vård					
Öppenvård	6 045	7 170	-1 125	6 187	-2,3 %
Slutenvård	8 754	11 550	-2 796	9 802	-10,7 %
Läkarbesök i SÄBO	8 404	10 990	-2 586	9 952	-15,6 %
ASiH					
Vårddygn ASiH	218 144	246 850	-28 706	238 663	-8,6 %
Vårddygn palliativ vård	8 950	9 235	-285	8 727	2,6 %
Psykiatrisk vård					
Öppenvård	1 208 931	1 193 000	15 931	1 178 967	2,5 %
Slutenvård	28 903	28 575	328	28 700	0,7 %
Primärvård*					
Öppenvård	3 776 272	3 885 482	-109 210	3 869 691	-2,4 %
Habilitering och hälsa					
Antal besök	157 108	161 000	-3 892	158 649	-1 %
Somatisk specialistvård					
Läkarbesök	238 011	230 000	8 011	35 923	
Övriga besök	22 896	26 500	-3 604	6 759	238,7 %
Övrig specialistvård*					
Öppenvård	27 941	29 120	-1 179	22 698	23,1 %
Antal disponibla vårdplatser psykiatri	**875**	**876**	**-1**	**867**	**0,9 %**
Anta disponibla vårdplatser geriatrik	**246**	**302**	**-56**	**266**	**-7,5 %**

Avvikelse utfall i jämförelse med budget

Geriatrisk vård

- Produktionen inom geriatrisk vård har utfallit lägre än budget. Klinikerna har tvingats till fler stängda vårdplatser än planerat främst p.g.a. personalbrist (sjuksköterskor). Ovanligt omfattande sjukdomsperioder i början av året, där både patienter och personal insjuknat, har också påverkat produktionen negativt.
- Klinikerna har även periodvis upplevt ett minskat remissflöde.
- Minskad produktion i SÄBO förklaras av färre inskrivna boenden.

ASiH

- Produktionen av vårddygn inom ASiH har utfallit lägre än budget, vilket främst förklaras av ett minskat remissinflöde men även av en högre utskrivningstakt som ett led i att uppnå kortare medelvårdtider.

Psykiatrisk vård

- Besöken inom psykiatrin har ökat och ligger 1,3 % över budget. De satsningar som gjorts har givit ett visst positivt resultat. Det är dock en bit kvar för t ex vuxenpsykiatri att nå beställda volymer. Antalet avslutade vårdtillfällen hamnade 1,1 % över budget.
- Besöken inom vuxenpsykiatrin ligger 2 % lägre än budget 2018. Antalet avslutade vårdtillfällen ligger i nivå med budget för 2018.
- Beroendecentrum visar en ökning av sina besök om 8,9 % över budget. Antalet avslutade vårdtillfällen har ökat med 3 % jämfört budget.
- För barn- och ungdomspsykiatrin ligger besöken lika som budget 2018. Antalet avslutade vårdtillfällen har minskat med 5 % jämfört budget.

Primärvård

- Besöken inom primärvården blev för 2018 2,8 % lägre än årets budget.
- Läkarbesök på husläkarmottagningar och husläkarjourer blev 7,3 % under budget. En ökad vårdtyngd med allt fler tidskrävande utredningar som förs ut från akutsjukhusen samt ett ökat antal vakanser på läkarsidan leder till att målnivåerna för produktion inte uppnås. Övriga besök på husläkarmottagningar blev 0,9 % över budget. Förklaringen är fler sjuksköterskebesök och fler psykosociala besök p.g.a. ett ökande behov.
- På barnavårdscentralerna blev sjuksköterskebesöken 13,6 % lägre än budget. Detta beror främst på ändrad registreringsrutin för teambesök (som tidigare redovisades som två besök). För mödravårdscentralerna blev besöken som budget.
- Besöken inom hemsjukvården har ökat 7,5 % jämför med budget. Anledningarna är att kommunerna inte tar emot delegeringar i samma utsträckning som tidigare, att man behöver ta hand om fler vårdtunga patienter som skrivs ut från ASIH och ett ökat behov av hjälp till gamla och kroniskt sjuka p.g.a. den varma sommaren.
- Inom primärvårdsrehabilitering har besöken fortsatt att minska under 2018 och blev 2,9 % lägre än budget. Orsakerna till detta är vakanta tjänster, ny personal som introduceras och sjukskrivningar.

Habilitering och hälsa

- Produktionen inom habiliteringen har utfallit 2,7 % lägre än budget, vilket främst förklaras av att antalet vakanser inte minskat i den takt som förväntats.
- Produktionsstörningar i samband med flytt och evakuering av delar av verksamheten har också påverkat produktionen negativt.
- Antalet uteblivna besök har varit fler än väntat, främst orsakat av

influensaperioden i början av året.

Somatisk specialistvård

- Produktionen avseende somatisk specialistvård utgörs av prestationer inom SLSO Närakuter och Akademiskt specialistcentrum (ASC). Sammantaget har dessa verksamheter producerat 2 % högre än förväntat.
- Produktionen inom närakuterna har utfallit 4 % högre än budget.
- Inom ASC har produktionen emellertid utfallit 8 % lägre än budget, vilket förklaras av att utflytten av specialistvård neurologi från Karolinska sjukhuset inte har skett till de nivåer som förväntats.
- Volymökningar inom specialistvård reumatologi har försvårats av ökad vårdtyngd i form av ökat antal nybesök (fler nya remisser), vilka tar mer resurser i anspråk.

Övrig specialistvård

- För gynmottagningar blev besöken lägre än budget p.g.a. lägre bemanning. På Centrum för cancerrehabilitering blev besöken under budget p.g.a. få remisser. Även för de barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna (BUMM) blev besöken något under budget.

Antal disponibla vårdplatser

- Psykiatrisk vård: Disponibla vårdplatser är färre än budget p.g.a. vattenskador på inom beroendevården och psykiatri Nordväst.
- Geriatrisk vård: Sjukdomsperioder och personalbrist har lett till fler stängda vårdplatser än planerat, vilket i sin tur förklarar färre antal disponibla vårdplatser.

Avvikelse utfall i jämförelse med föregående år

Geriatrisk vård

- Lägre produktionsnivåer jämfört med föregående år inom geriatrisk förklaras främst av att klinikerna vid början av 2018 drabbats ovanligt hårt av sjukdomar hos personalen.
- Under 2018 finns dessutom en negativ helårseffekt av neddragningen av antalet vårdavdelningar under hösten 2017.

ASiH

- Lägre produktion jämfört med föregående år avseende vårddygn inom ASiH, förklaras delvis av färre vårdplatser i drift under 2018. Remissinflödet till kvarvarande vårdplatser har under året också varit lägre än väntat.
- Ny ersättningsmodell för 2018, med viten för medelvårdtider över 120 dagar,

har pressat klinikerna till högre utskrivningstakt och därmed minskad vårddygnsproduktion jämfört med föregående år.

Psykiatrisk vård

- Besöken inom psykiatrin har ökat med 2,5 % jämfört 2017. Antalet avslutade vårdtillfällen är lika jämfört 2017.
- Besöken inom vuxenpsykiatrin ligger ungefär lika som 2017. Antalet avslutade vårdtillfällen har minskat med 3 % jämfört 2017.
- Beroendecentrum visar en ökning av sina besök jämfört 2017 om ca 10 %. Antalet avslutade vårdtillfällen har ökat med 7 % jämfört 2017.
- Barn- och ungdomspsykiatrins besök ligger ungefär lika som 2017. Antalet avslutade vårdtillfällen har minskat med 9 % jämfört 2017.

Primärvård

- Besöken i primärvården har minskat med 2,4 % eller drygt 90 000 besök jämfört med förra året.
- Läkarbesöken på husläkarmottagningar har minskat med 8,8 % till följd av att tre husläkarjourer har stängt och p.g.a. en ökad vårdtyngd och därmed mer tidskrävande besök. Övriga besök på husläkarmottagning har ökat med 4,1 % varav de psykosociala besöken står för den största procentuella ökningen.
- På barnavårdscentralerna har besöken minskat med 10 % jämfört med föregående år. Detta beror dock främst på ändrad registrering av teambesök som tidigare registrerades som ett läkare- och ett sjuksköterskebesök. Nu registreras dessa besök enbart som ett läkarbesök. Besöken på mödravårdscentraler har blivit lika många som föregående år.
- Besöken inom hemsjukvården har ökat 7,9 % jämför med 2017. Anledningarna är att kommunerna inte tar emot delegeringar i samma utsträckning som tidigare, att man behöver ta hand om fler vårdtunga patienter som skrivs ut från ASIH och ett ökat behov av hjälp till gamla och kroniskt sjuka p.g.a. den varma sommaren.
- Inom primärvårdsrehabilitering har besöken minskat med 2,7 % jämfört med förra året p.g.a. vakanta tjänster, introduktion av ny personal och sjukskrivningar.

Habilitering och hälsa

- Lägre produktion jämfört med föregående år inom habiliteringen förklaras främst av att verksamheten haft färre resurser i produktion under 2018 samt att produktionen störts i samband med flytt och evakueringar av delar av verksamheten.
- Andelen uteblivna besök har också ökat i andel jämfört med föregående år (från

13 % till 15 %).

Somatisk specialistvård

- Högre produktionsnivåer inom somatisk specialistvård jämfört med föregående år förklaras i sin helhet av helårseffekter av utökade uppdrag inom både ASC och SLSO närakuter samt av fler (5) närakuter i drift under 2018.

Övrig specialistvård

- En ökning jämfört med föregående år har skett av produktionen inom främst Centrum för cancerrehabilitering, men även på gynmottagningarna och på de barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna har besöken ökat.

4.3 Produktion ur ett jämställdhetsperspektiv

All vård antal vtf/besök	Kvinnor 2018	Kvinnor 2017	Förändring 2018-2017		Män 2018	Män 2017	Förändring 2018-2017	
Öppenvård	3 087 111	3 028 498	58 613	1,9%	2 226 736	2 165 234	61 502	2,8%
Slutenvård	18 148	18 972	-824	-4,3%	20 054	19 651	403	2,1%

Uppgifterna i detta avsnitt skiljer sig från produktionstabellen i avsnitt 4.7 beroende på att olika definitioner använts inom vissa vårdgrenar. Anledningen till differensen är att det som redovisas i tabell 4.7 avser de produktionstal som ersätts ekonomiskt.

Om man ser till alla SLSO:s verksamheter har besök i öppenvård ökat medan och vårdtillfällen i slutenvård minskat något jämfört med förra året. Konsumtionen av SLSO:s öppenvård har ökat något mer bland män än bland kvinnor. Kvinnors nyttjande av vårdtillfällen har minskat medan män har nyttjat fler vårdtillfällen än förra året.

I öppenvård (inklusive barnmorskemottagningar) gjordes, liksom förra året, 58 % av besöken av kvinnor. Kvinnors andel av besöken var större i alla vårdgrenar utom inom beroendevården och habilitering där männen svarade för 70 % respektive 55 % av besöken. Inom BUP:s öppenvård har fördelningen mellan flickor och pojkar varit relativt jämn, men under de senaste fem åren har flickornas andel av besöken ökat från 50 % till 57 %.

Inom slutenvården har andelen vårdtillfällen som nyttjats av män varit 52,5% och av kvinnor 47,5 %. Mäns och kvinnors andel av nyttjande varierade dock mellan vårdgrenarna. Inom beroendevården svarade männen för 74 % av vårdtillfällena, inom geriatriken svarade kvinnorna för 60 % av vårdtillfällena och i allmänpsykiatrin nyttjade kvinnor 54 % av vårdtillfällena. Inom barn- och ungdomspsykiatrin har flickorna nyttjat 74 % av vårdtillfällena.

5 Personal och utbildning

Per den 31 december hade SLSO 11 876 anställda, vilket är 284 fler än föregående år. Ökningen beror till största delen på verksamhetsförändringar se avsnitt 4.1

5.1 Kompetensförsörjning

Den strategiska kompetensförsörjningen inom SLSO ska leda till en positiv utveckling av kvaliteten i vården där rätt kompetens används (RAK) så att god, säker, effektiv och ändamålsenlig vård kan bedrivas. Grunden för detta utgår dels från de kompetensinventeringar som gjorts inom respektive vårdgren och dels från det kvalitetsarbete/processarbete som pågått och fortfarande pågår inom respektive vårdgren.

Att skapa förutsättningar för att klara av Framtidens hälso- och sjukvård enligt de intentioner som finns och att ta emot fler studerande till verksamheterna och även höja kvaliteten på den kliniska utbildningsmiljön är ytterligare utmaningar för chefer och medarbetare inom SLSO.

Under året har man arbetat med att se över bemanningsstrukturen inom varje enhet. Inom geriatriken har man utvecklat de vårdnära tjänsterna för att så långt det är möjligt kunna frigöra mer tid för det direkta vårdarbetet. Bland annat har köksbiträden anställts till avdelningarna så att sjuksköterskor och undersköterskor får mer tid till arbetet med patienterna. Inom psykiatrin har man, med hjälp av centrala medel, anställt farmaceuter för att frigöra mer patienttid för sjuksköterskorna.

Under de senaste åren har SLSO haft stora svårigheter att rekrytera framförallt barn- och ungdomspsykiatrier, specialistläkare i allmänmedicin respektive psykiatri samt sjuksköterskor både med och utan specialistutbildning. Under året har SLSO fått ta del av de centrala medel som avsatts för att kunna betala sjuksköterskors lön under specialistutbildningen vilket har varit mycket värdefullt för både de ordinarie och de nyrekryterade sjuksköterskorna.

För att klara bemanningen har övertid, timvikarier, inhyrd personal använts. Dessutom har antalet ST-läkare utökats**.** När det gäller närvarotiden för undersköterskor och skötare så bemannas hela 25 % med övertid och fyllnadstid och timvikarier.

SLSO:s styrelse har fattat beslut om att avveckla Kostenheten Rosenlund mot bakgrund av att Södersjukhuset (SöS) öppnade eget tillagningskök under 2018. Konsekvensen är att SLSO sannolikt kommer behöva hantera en övertalighet för ca 22 medarbetare under 2019. För att underlätta avvecklingen av kostenheten har medel tilldelats SKL:s Omställningsfond.

SLSO har under året ökat inhyrningskostnaden för läkare men sänkt kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor. Föregående år hyrde verksamheterna in personal för totalt 221 mkr. Under 2018 har kostnaderna för inhyrningen ökat med 45 mkr. Den största ökningen av inhyrd personal är inom primärvård och närakuter. Under 2019 kommer ytterligare en satsning att göras för att kunna minska behovet av inhyrningspersonal.

Ett av Landstingsfullmäktiges mål är att införa KOLL, en modell för kompetensplanering. Under 2018 har införandet påbörjats inom delar av primärvården framförallt inom primärvårdsrehabiliteringen, barnmorskemottagningarna och vissa vårdcentraler.

5.2 Utbildning och kontinuerlig kompetensutveckling

SLSO har arbetat med att implementera kompetensstegen för sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och barnmorskor under 2018. Inom psykiatrin är samtliga sjuksköterskor nivåbedömda. Stegarna kommer vara helt implementerad även inom geriatrik och primärvård under 2019.

Implementeringen av stegarna för arbetsterapeuter och fysioterapeuter har under året påbörjats inom primärvård och psykiatri.

Implementeringen av kompetensstege för undersköterskor påbörjas 2019.

SLSO har under året på uppdrag av SLL arbetat fram en kompetensstege för psykologer. Stegen beräknas vara klar i mars 2019.

5.3 Gott och inkluderande ledarskap

Kompetensutvecklingsplaner för chefer inom SLSO görs i samband med medarbetarsamtalen. Som ett led i att vara en attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare har ett flertal chefsutbildningar anordnats.

Följande program och utvecklingsinsatser ges kontinuerligt:

- ”BAS – chefen som arbetsgivare”
- Arbetsmiljö och hälsa
- Verksamhetsutvecklande lönesättning
- Chefstöd individuellt/grupp, internt/externt
- Ledarutveckling genom samtal i grupp för chefer
- Frukostseminarier med aktuella teman
- Ledartorg
- Utvecklingsprogram för ST-läkare omfattar ledarskap, medarbetar- och handledarskap samt organisation och styrning
- TOP 15 programmet för blivande verksamhetschefer.

5.4 En modern arbetsgivare

Diskriminering, kränkning och trakasserier

Tillsammans har SLSO:s chefer och medarbetare ansvar för att skapa ett gott arbetsklimat och att motverka alla former av kränkande särbehandling och diskriminering.

Chefer och medarbetare inom SLSO har kunskap om SLSO:s policy, riktlinjer, checklistor och rutiner som handlar om diskriminering och kränkande särbehandling. Innehåll och praktisk tillämpning diskuteras på arbetsplatsträffar och i

samverkansgrupper. Samtliga dokument utgör en del av SLSO:s ISO-certifierade ledningssystem.

Hantering av diskriminering och kränkande särbehandling ingår i SLSO:s arbetsmiljöutbildning samt BAS-utbildning. Dessa genomförs kontinuerligt och erbjuds till alla nya chefer. Även företagshälsovården har bidragit med insatser under året. Respektive chef har ansvar för att beställa dessa tjänster då behov finns.

Funktionsnedsättning, HBTQ

SLSO har under året erbjudit ett flertal ”lönebidragsanställningar”. Vid avstämning 2018 arbetade 77 lönebidragsanställda i förvaltningen. Av de hundratalet ”sommarungdomar” SLSO anställde under 2018 hade 14 ungdomar någon form av funktionsvariation.

Webbutbildningen ”Att undanröja hinder” för att skapa delaktighet för alla genom att undanröja funktionshinder är obligatorisk för alla medarbetare i SLSO.

SLL har, förutom webbutbildningen HBT, också tagit fram en diplomeringsutbildning riktad till vårdverksamheter. Ett flertal verksamheter inom SLSO har diplomerats, och fler har för avsikt att genomföra utbildningen.

Medarbetarundersökning

SLSO:s medarbetarundersökning genomfördes under oktober månad. Den positiva trenden från 2017 håller i sig och de mål som sattes upp i början av året uppnåddes även 2018.

I 2018 undersökning ökade svarsfrekvensen från 74 % till 78 %. Resultatet av de 3 ambassadörsfrågorna (attraktiv arbetsgivare, stolt över arbetsplatsen och rekommendera arbetsplatsen) har vardera ökat med 2 enheter. Förtroendet för ledningen (både centralt och lokalt) har ökat samt en större andel medarbetare vet vart de ska vända sig om de upplever sig utsatta för hot och våld, sexuella trakasserier eller kränkande särbehandling.

Ett antal seminarium för chefer och HR-konsulter har anordnas för att beskriva på vilket sätt medarbetarundersökningen är uppbyggd, hur den genomförs, hur man som chef kan ta hand om resultatet samt hur man som HR-konsult kan stötta chefen i detta arbete. Som en hjälp för chefen i arbetet med enkäten finns även en ”Arbetsguide” framtagen där hela processen beskrivs. Med resultatet som underlag arbetar cheferna vidare i sina arbetsgrupper för att fokusera på de förbättringsområden vilka dokumenteras i en handlingsplan.

Organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA)

I policyn för arbetsmiljö finns bland annat målformuleringar kring vad SLSO erbjuder samtliga medarbetare:

- ett hållbart arbetsliv med ett tillfredsställande arbetsmiljöarbete utifrån fysiska, sociala och organisatoriska aspekter där medarbetarna ges möjlighet att

utvecklas i sitt arbete och där ett ständigt arbete pågår för att förebygga skador och ohälsa
- arbetsplatser vilka kännetecknas av ett öppet, tolerant och jämställt arbetsklimat

Kopplat till förvaltningens ledningssystem och policy finns också riktlinjer, lokala rutiner, vägledning/checklistor dokumenterade vilka bland annat omfattar:

- Arbetstider
- Arbetsbelastning
- Kränkande särbehandling/trakasserier

I SLSO:s samverkansstruktur sker dialog och delaktighet kring frågor som kopplas till OSA. Givet är att arbetstagarorganisationerna deltar i dessa forum.

Digital arbetsmiljö

Kartläggningar av arbetsplatsernas arbetsmiljö genomförs med hjälp av checklista för arbetsmiljörond samt riskinventering/bedömning. I dessa dokument finns avsnitt som handlar om teknik, arbetsverktyg, etc. Varje arbetsplats kan också i fritext komplettera om ett särskilt fokus ska riktas mot specifika områden (ex. digitala system, programvaror, etc.) Inventeringen ska genomföras årligen.

Hälsostrategiskt arbete

Nedan följer några exempel på det hälsostrategiska arbetet i SLSO:

- Friskvårdstimmar har i stor utsträckning nyttjats.
- Chefsdag för samtliga chefer på tema ” Hållbart och hälsosamt ledarskap” (VO Habilitering & Hälsa)
- Gemensam och kontinuerlig information till ledningsgrupper gällande arbetsmiljö och nyheter inom arbetsmiljöområdet (Primärvård)
- Workshop i arbetsmiljö, samverkan och skyddsronder samt hur man kan arbeta kring korttidsfrånvaro för chefer (Primärvård)
- Lokala aktiviteter har genomförts utifrån resultaten från medarbetarenkäten
- Kartläggning av antal medarbetare per chef i ett led för att skapa närvarande ledarskap (Primärvård)
- Erbjudit medarbetarna yoga under arbetstid. (Psykiatricentrum Södertälje)
- Workshop tillsammans med enheternas skyddsombud gällande hälsofrämjande arbetsmiljö vilket mynnat ut i en handlingsplan. (Psykiatricentrum Södertälje)
- Projekt Braining (Psykiatri Sydväst)
- Planeringsdag med teambuilding för arbetsgrupper
- Grundligt efterarbete med medarbetarundersökningen

Friskvård

Under 2018 använde sig 64 % av SLSO:s medarbetare av möjligheten att få ersättning för friskvård till ett totalbelopp på 17,2 mkr.

Arbetsmiljölyftet

De projekt inom Arbetsmiljölyftet som bedrivits inom SLSO har alla slutrapporterats. Implementering har skett i majoriteten av projekten, inom ett fåtal verksamheter pågår fortfarande ett arbete då bland annat personalbrist begränsat möjligheten till att slutföra projekten.

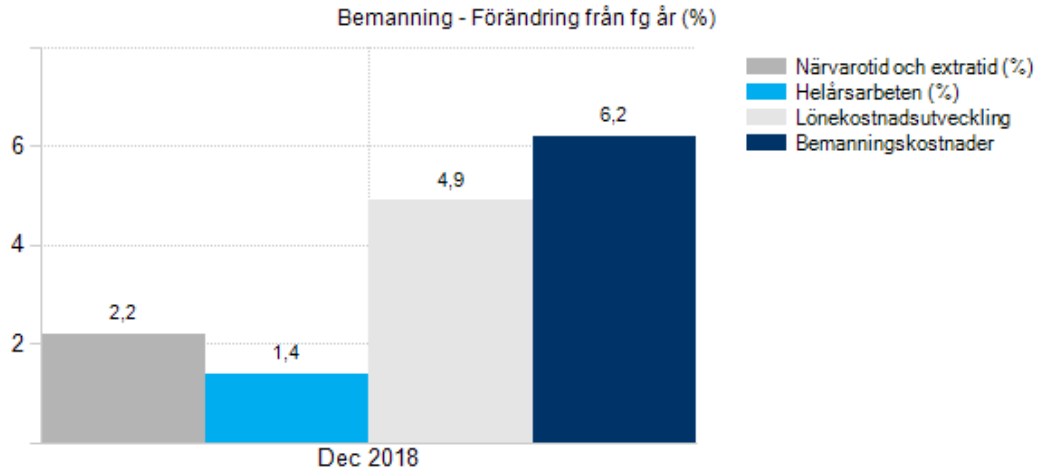
Hälsosamma arbetstider och Vårdförbundets nya arbetstidsavtal

SLSO har under hösten 2018 haft ett särskilt fokus på hälsosam schemaläggning med fem workshops för chefer, HR-konsulter och bemanningsassistenter. SLSO erbjuder fortsatt stöd till verksamheterna i hälsosam schemaläggning.

Vårdförbundets nya arbetstidsavtal för 24/7-verksamheter ger möjlighet för sjuksköterskor att spara tid att ta ut som ledighet, lön och pension vid förtätad helg och/eller blandad dag- och nattjänstgöring. Avtalet innehåller även en bonus för den som väljer att stanna som anställd inom landstingets dygnet-runt-verksamheter.

Det nya gemensamma arbetstidsavtalet för sjuksköterskor kommer att implementeras i SLSO:s alla dygnet-runt-verksamheter med start 2019. Verksamheterna erbjuds stöd från HR i hälsosam schemaläggning under våren 2019.

5.5 Bemanning



Helårsarbetare	Utfall	Budget	Budget avvik.	Utfall fg år	Förändr. %
Bemanning - Helårsarbeten	11 243	11 095	148	11 089	1,4%

Avvikelse helårsarbeten och kostnadsutveckling i jämförelse med föregående år

Antalet helårsarbetare har ökat med 154 (1,4 %) jämfört med föregående år. Detta är en nettoförändring av dels förändrade och nytillkomna uppdrag och dels kostnadsreducerande åtgärder samt svårigheter att rekrytera vissa arbetsgrupper.

Vad gäller läkare så minskade antalet helårsarbetare med 29 under 2018 och med 27 under 2017, vilket bland annat givit upphov till ökade kostnader för inhyrning.

För sjuksköterskor som under 2017 minskade med 104 helårsarbeten har vi dock noterat en liten återhämtning i form av 25 fler helårsarbeten än 2017. Bristen är dock fortfarande stor och vi ser en ökning av både övertid (16 %) och användandet av timlöneanställda (4 %). Inhyrningen har däremot minskat (3,5 %), framför allt inom psykiatrin där kostnaden sjunkit med 13,2 mkr (20,2 %).

Nedan redovisas förändringen med föregående år per verksamhetsområde:

VO Psykiatri

Totalt sett har antalet helårsarbeten ökat med 50 vilket beror på nya verksamheter såsom övertagande av sprutbyte från Karolinska sjukhuset och öppnande av två avdelningar (Psykiatri södra Stockholm respektive Psykiatri Sydväst). Ökningen har dock balanserats av en samtidig minskning p.g.a. av vakanser och besparingar inom verksamhetsområdet.

VO somatisk specialistvård

Totalt sett har antalet helårsarbeten ökat med 30.

För Närakuter (62) och Akademiskt specialistcentrum (43) har antalet helårsarbeten ökat på grund av utökade uppdrag samtidigt som geriatrik och ASiH (75) minskat bland annat på grund av stängda vårdplatser, nedläggning av team inom ASIH samt vakanser.

VO primärvård

Totalt sett har helårsarbetarna ökat med 5. Rehabiliterings enheterna har ökat medan husläkarverksamheten har minskat.

VO Habilitering/Hjälpmedel

Totalt sett har helårsarbetena ökat med 29. Förbrukningshjälpmedel i hemmet (21) har tillkommit under året som en ny verksamhet och Habiliteringen har ökat något (13). Till detta kommer en kvarstående minuspost efter nedläggningen av syncentralen (11)

VO FoUU

Antalet helårsarbeten är i princip oförändrat.

Övrigt

Antalet helårsarbeten har ökat med 40 p.g.a. tillkommande verksamhet avseende

redovisningen från LSF och att SLL:s projekt Framtidens vårdinformations miljö (FVM):s programledning har anställda inom SLSO.

Förändringen av bemanningskostnader förklaras under avsnitt 3.1.1

Avvikelse helårsarbeten i jämförelse med budget

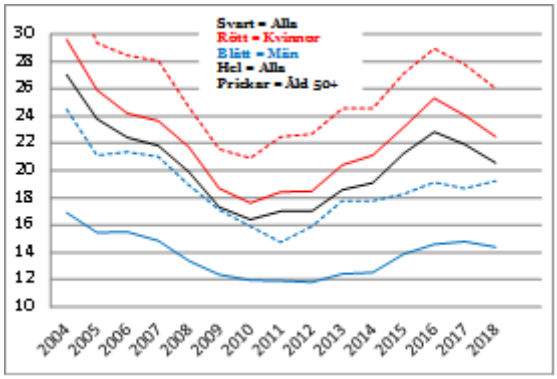
Antalet helårsarbetare är 148 fler än budgeterat. Detta förklaras främst av att:

- vissa verksamheter överskattade förmågan att göra förändringar, vilket inneburit en långsammare personalneddragning än förväntat
- när budgeten för 2018 fastställdes var inte samtliga verksamhetsförändringar kända ex. flytt av LSF:s redovisning till SLSO

5.6 Sjukfrånvaro

Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år	Förändr.
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**6,46%**	**6,76%**	**-4,4%**
- varav kvinnor	*7,01%*	*7,37%*	*-4,9%*
- varav män	*4,69%*	*4,76%*	*-1,5%*

Sedan år 2004 har den genomsnittliga sjukfrånvaron minskat med 6,4 dagar (-24 %), vilket motsvarar ett tillskott av 210 helårsanställda.



Sjukfrånvaron var som lägst år 2010 (16,4), ökade sedan successivt fram till 2016 (22,9) men har nu på två år minskat till 20,6 dagar. Framför allt beror detta på en minskning av antalet långtidssjukskrivna. Antalet anställda som den 31/12 hade en sammanhängande frånvaroperiod på 30 dagar eller mer var 613 år 2017 och 505 år 2018 vilket är en minskning på 18 %. Vid en uppföljning av de 613 som var sjukskrivna för ett år sedan har 42 % kommit åter i arbete, 23 % lämnat SLSO och endast 35 % är fortfarande sjukskrivna.

Denna positiva utveckling är kopplad till att både SLSO och Försäkringskassan har ett mer intensivt arbete med att följa upp långtidssjukskrivningar.

Som framgår av tabellen nedan så skiljer sig sjukfrånvaron mycket mellan

yrkesgrupper och kön. Särskild uppmärksamhet har ägnats åt de fem översta grupperna och i dessa syns en klar minskning av sjukfrånvaron. Vad gäller kvinnliga skötare, som alltid legat högst, noteras dock en liten ökning (0,2 dagar) sedan förra året men jämfört med 2015 har de en minskning på 4,4 dagar (12 %)

	Yrk	2015	2016	2017	2018	2018 jmf 2017
Kvinnor	Skötare	36,2	35,5	31,5	31,8	0,2
	Medicinsk sekr	30,0	31,2	29,6	27,1	-2,5
	Kurator	24,9	28,4	31,4	25,4	-6,0
	Undersköterska	29,4	31,9	26,7	25,3	-1,4
	Sjuksköterska	24,5	27,5	25,6	23,3	-2,3
	Sjukgymnast	20,0	18,5	22,6	23,0	0,4
	Psykolog	22,3	22,9	22,6	21,8	-1,5
	Arbetsterapeut	20,6	22,2	23,1	20,8	-2,2
	Läkare	19,3	22,8	22,3	20,7	-1,6
	Läkare ST	14,3	17,2	15,1	14,8	-0,3
	Adm personal	23,4	22,2	20,5	20,4	-0,1
	Kvinnor totalt	**23,5**	**25,3**	**23,9**	**22,5**	**-1,5**
Män	Skötare	21,9	21,8	19,4	19,5	0,1
	Adm personal	8,5	11,1	12,4	15,6	3,2
	Läkare	11,1	10,7	13,4	12,9	-0,5
	Sjuksköterska	16,9	15,6	14,0	10,5	-3,4
	Psykolog	11,8	10,1	10,7	10,1	-0,6
	Läkare ST	4,0	7,3	7,6	6,3	-1,4
	Män totalt	**13,9**	**14,6**	**14,7**	**14,4**	**-0,3**
	Totalt	**21,2**	**22,8**	**21,9**	**20,6**	**-1,3**

6 Pågående rättsprocesser (tvister)

SLSO har inga pågående rättstvister.

7 Ledningens åtgärder

Det ekonomiska resultatet varierar kraftigt mellan de olika verksamhetsområdena vilket tidigare beskrivits.

Inom respektive verksamhetsområde pågår aktiviteter som syftar till att öka tillgänglighet och produktion samt säkra kompetens och få en ekonomi i balans.

Med anledning av ökningen av resultatkravet för SLSO 2019, har ett arbete inletts med att övergripande identifiera strukturella förändringar för att möta effektiviseringskravet.

8 Förväntad utveckling 2019

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

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

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

9 Övrigt

En förändrad redovisningsprincip gällande hjälpmedelslagret har skett. Förändringen innebär att den tekniska livslängden på hjälpmedlen har förändrats utifrån hjälpmedlets ISO-kod istället för att alla hjälpmedel har samma livslängd.

10 Nämnd-/styrelsebehandling

Årsrapporten för 2018 behandlas i SLSO:s styrelse den 20 februari 2019.

Stockholms läns landsting

Diarienummer
LS 2018-1077

SLSO 18-456

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga A Uppdrag

ÅR 2018

Innehållsförteckning

1 Uppdrag kopplade till mål 3
1.1 Tillgänglighet, valfrihet och kvalitet i hälso- och sjukvården 3
1.1.1 Vård i rätt tid och på rätt plats 3
1.2 Hållbar verksamhet 3
1.2.1 Säkra processer 3
1.2.2 Mål att definiera (Organisationseffektivitet) 3

1 Uppdrag kopplade till mål

1.1 Tillgänglighet, valfrihet och kvalitet i hälso- och sjukvården

1.1.1 Vård i rätt tid och på rätt plats

Uppdrag	Status	Kommentar
Utveckling av FHS, tredje steget **Beskrivning** att uppdra åt landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelserna för Södertälje sjukhus AB, Södersjukhuset AB, Danderyds sjukhus AB, Karolinska Universitetssjukhuset samt Stockholms läns sjukvårdsområde att fortsätta arbetet med utveckling av Framtidsplan för hälso- och sjukvården, som redovisas i Framtidsplanen tredje steget i genomförandet i enlighet med LS 1409-1068 **Diarienr** LS 1403-0399 Mål och budget 2015 nr 18 **Beslutat av** Landstingsfullmäktige 2015	▶	**Delår 2018** Pågående enligt plan.

1.2 Hållbar verksamhet

1.2.1 Säkra processer

Uppdrag	Status	Kommentar
Utarbeta styrdokument för säkerhet **Beskrivning** att uppdra åt nämnder, styrelser och bolag inom Stockholms läns landsting att utarbeta styrdokument för säkerhet i enlighet med landstingsstyrelsens riktlinjer för säkerhet. **Diarienr** LS 2015-0093 Löpande LS 1407-0877 **Beslutat av** Landstingsfullmäktige 2016	✔	**Delår 2018** SLSO har upprättat lokala styrdokument för säkerhet i enlighet med landstingsstyrelsens riktlinjer för säkerhet. Arbete pågår med att revidera befintliga rutiner i enlighet med landstingsdirektörens tillämpningsanvisningar för hot och våld. Utöver detta har SLSO färdigställt styrande dokument för informationssäkerhet samt krisberedskap innehållande Kris- och katastrofplan, Kriskommunikationsplan och Instruktioner för SLSO beredskapsfunktion.

1.2.2 Mål att definiera (Organisationseffektivitet)

Uppdrag	Status	Kommentar
Se över delegationsordningar för att säkerställa att de är i enlighet med Policy för inköp **Beskrivning** att uppdra åt samtliga bolagsstyrelser och nämnder att se över sina respektive delegationsordningar för att säkerställa att de är i enlighet med Policy för inköp samt	✔	**Delår 2018** SLSO har utsett en person som inköpsansvarig och som har det det övergripande ansvaret för hela inköpsprocessen inom myndigheten. Med utgångspunkt i policyn och landstingsrevisorernas rekommendationer har delegationsordningen reviderats avseende direktupphandling. SLSO har upprättat listor avseende pågående och planerade upphandlingar 2018-2019 och delgivit tf Inköpsdirektören.

Uppdrag	Status	Kommentar
tillförsäkrar nämnden/styrelsen tillräcklig kontroll över inköpsverksamheten **Diarienr** LS 2017-1197 **Beslutat av** Landstingsfullmäktige 2018		
Fastställa ny tjänstemannaorganisation **Beskrivning** Uppdra åt landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, trafiknämnden, tillväxt- och regionplanenämnden, vårdens kunskapsstyrningsnämnd, fastighets- och servicenämnde, färdtjänstnämnden, kulturnämnden, patientnämnden, karolinska universitetssjukhuset samt Stockholms läns sjukvårdsområde att fastställa ny tjänstemannaorganisation under respektive nämnd med anledning av den nya politiska organisationen **Diarienr** LS 2018-0680 **Beslutat av** Landstingsfullmäktige 2018	✔	

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga C

Förvaltning/Bolag: Stockholms läns sjukvårdsområde

LS 2018-1077
SLSO 18-456

Investeringsutfall 2018.

Period 2018-12-31

Mkr	Årets investeringsutgifter (mkr) Bokfört 2018	Budget 2018	Avvikelse	Upparbetnings-grad 2018 (%)	Total utgift (mkr) Ackumulerad total utgift t o m 2018-12-31	Prognostiserad total utgift	Budgeterad total utgift (2018 års inv.plan)	Budgeterad total utgift (2019 års inv.plan)	Upparbetnings-grad totalt (%)	Beräknad tidpunkt för färdigställande (år)	Kommentar Förklaring till eventuell avvikelse
1 Specificerade objekt											
Strategiska investeringar											
Trafikslag*											
Objekt 1											
Objekt 2											
etc											
Ersättningsinvesteringar											
Trafikslag*											
Objekt 1											
Objekt 2											
etc											
Rationaliseringsinvesteringar											
Trafikslag*											
Objekt 1											
Objekt 2											
etc											
2 Ospecificerade objekt totalt	108	213	-105	51%							
Varav strategiska investeringar	20	0	20	#DIVISION/0!							Budget för strategiska utrustninginvesteringar finns på Lsf
Varav ersättningsinvesteringar	88	213	-125	41%							
Varav rationaliseringsinvesteringar											
Summa strategiska investeringar	20	0	20	#DIVISION/0!							
Summa ersättningsinvesteringar	88	213	-125	0							
Summa övriga investeringar			0								
Summa investeringsutgifter totalt	108	213	-105	51%							

**) Gäller endast Trafiknämndens rapportering, resterande verksamheter tar bort denna underrubrik. Med trafikslag avses tunnelbana, lokalbana, buss, pendeltåg, sjötrafik, färdtjänst ect.*

Uppföljning av Kompetensförsörjningsplanen 2014-2018

Alla förvaltningar och bolag ska, enligt budgetanvisningarna, göra en kompetensförsörjningsplan. Syftet är att utifrån dagsläget och med de förväntade förändringar som kommer i samband med Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) beskriva behov och eventuella kompetensgap. Nedan redovisas den fastställda planen för SLSO med uppföljningen markerad i kursiv stil.

1. Strategisk kompetensförsörjning inom SLSO ska leda till en positiv utveckling av kvaliteten i vården där rätt kompetens används så att god, säker, effektiv och ändamålsenlig vård kan bedrivas. Grunden för detta utgår från dels de kompetensinventeringar som har gjorts inom geriatriken, psykiatrin och Barn- och ungdomspsykiatrin och dels utgår det från det kvalitetsarbete/processarbete som pågår/pågått inom respektive vårdgren.

   Habilitering & Hälsa har genomfört en kompetensinventering och infört ProCompetence. Införandet av ProCompetence har påbörjats inom primärvården, geriatriken och administrationen under 2018.

2. I framtidsplanen för hälso- och sjukvård finns förändringar som berör SLSO:s verksamheter. Det rör sig bland annat om övertagande av verksamheter från akutsjukhusen, flytt av verksamheter ex Psykiatri Södra, driftsstart av Sollentuna sjukhus och flera evakueringar i avvaktan på ombyggnationer. Detta ställer krav på verksamheterna vad gäller förutsättningar att attrahera nya medarbetare och behålla nuvarande. Att samtidigt skapa förutsättningar att ta emot fler studerande och även höja kvaliteten på den kliniska utbildningsmiljön är ytterligare utmaningar för chefer och medarbetare inom SLSO.

   Under åren har verksamheterna tagit emot fler studenter vilket gör att antalet studerandeveckor har ökat även i år.

3. SLSO har behov av att utöka antalet AKOR (adjungerande kliniska adjunkter) inom hela sjukvårdsområdet för att klara det utökade utbildningsuppdraget.

   Antalet AKOR har utökats under åren.

Övergripande kompetensbehov inom SLSO

4. Brist på specialistsjuksköterskor inom geriatrik och psykiatri.

   Centrala medlen samt medel som SLSO:s verksamheter själva satsat har gjort att antalet specialistsjuksköterskor har ökat, framförallt inom psykiatrin.

5. Brist på handledare med aktuell kompetens kopplat till FHS

Fortsatt satsning på ökning av handledarkompetensen inom SLSO

6. Brist på magisterutbildade

   Har inte kunnat mätas under 2018

7. Brist på kliniskt verksamma disputerade inom samtliga yrkeskategorier

   Har inte kunnat mätas under 2018

8. Brist på specialistutbildade läkare i allmänmedicin, vuxenpsykiatri, geriatrik och Barn- och ungdomspsykiatri

   Verksamheterna har satsat på att utöka antalet ST inom respektive specialitet.

Nya, förändrade och utökade uppdrag i FHS

9. Det finns ett behov av särskilda kompetensutvecklingssatsningar för att säkra tillgången på både psykiatri-och geriatrikutbildade sjuksköterskor. Översyn av kompetenserna hos skötar- och undersköterskegrupperna skall genomföras
   Detta arbete pågår i respektive verksamhetsområde.

10. Etablering av närakuterna och ASC (Akademiskt Specialist Centrum) har skett och medfört behov av ytterligare insatser. Framförallt behövs ett nära samarbete med Karolinska sjukhuset för att tillsammans klara av utbildningsuppdraget i de olika specialiteterna.

Nya arbetssätt

11. Inom alla verksamheter pågår arbete för att hitta nya vägar att på bästa sätt möta framtidens patienter utifrån givna uppdrag.

    Nya personalkategorier har anställts för att avlasta vårdpersonal. Exempelvis har det anställts farmaceuter inom psykiatrin och köksbiträden inom geriatriken.

Medicinsk och/eller teknisk utveckling

Utifrån det fortlöpande vårdprocessarbetet och för att implementera kvalitetsarbetet med bland annat strukturerad vårddokumentation, uppföljningsrapporter, olika e-Hälsa-verktyg och informationssäkerhet bedrivs ett Kompetensutvecklingsprojekt, Värdelyftet för alla medarbetare inom SLSO.

Kompetensförsörjningsaktiviteter som startats och utgår från de behov som är kopplade dels till FHS och dels till det pågående vårdprocessarbetet inom SLSO.

12. Arbetet med att ta fram förslag till ny bemanningsstruktur inom de olika vårdgrenarna genom att arbeta fram generiska modeller för i första hand slutenvården. Generisk modell finns för primärvården.

Arbetet med bemanningsfrågorna inom geriatriken har utvecklats från att tänka en fast bemanningsstruktur till en mer situationsanpassad bemanning. ¨

13. Utbildning för specialistsjuksköterskor inom psykiatri

Pågår.

14. Utveckla och synliggöra möjliga utvecklingsvägar för de olika professionerna som finns inom SLSO genom att utveckla och anpassa den landstingsgemensamma kompetensmodellen för professionsutveckling.

SLSO har arbetat med att implementera kompetensstegen för sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och barnmorskor under 2018. Inom psykiatrin är samtliga sjuksköterskor nivåbedömda. Stegarna kommer vara helt implementerad även inom geriatrik och primärvård under 2019.

Implementeringen av stegarna för arbetsterapeuter och fysioterapeuter har under året påbörjats inom primärvård och psykiatri.

Implementeringen av kompetensstege för undersköterskor påbörjas 2019.

SLSO har under året på uppdrag av SLL arbetat fram en kompetensstege för psykologer. Stegen beräknas vara klar i mars 2019.

15. Uppmuntra sjuksköterskor med äldre studiemeriter att komplettera sin utbildning upp till kandidat/magister. Arbetet inleddes med en första inventering redan 2015.

Detta pågår fortlöpande och några sjuksköterskor kompletterar sin tidigare utbildning.

16. Inventera och se över möjligheten att stödja undersköterskor/skötare att studera vidare till sjuksköterskor.

Arbetet pågår och flera undersköterskor har påbörjat sin sjuksköterskeutbildning.

17. Arbetet med att samordna APC:s (Akademiskt primärvårdscentrum) och AVC:s (akademiska vårdcentraler) resurser pågår. Detta för att stärka den akademiska kompetensen inom primärvården.

    Ett nytt verksamhetsområde, FoUU, har bildats och en FoUU direktör är tillsatt.

18. Arbetet med att se över hur vi kan erbjuda ST-läkare inom SLSO möjlighet till fördjupade kunskaper i klinisk forskning och utveckling pågår. Målbilden är att även erbjuda fördjupad specialistkompetens inom ledarskap samt ge möjlighet till fördjupad medicinsk kompetens (excellens).

VO cheferna har i samråd med FoUU direktören beslutat att en fördjupnings utbildning ska arbetas fram och erbjudas ST-läkarna efter avslutad ST tjänstgöring.

19. Se över möjligheten att tillhandahålla personalbostäder inom SLSO för att underlätta rekrytering av bland annat utländsk personal till våra bristområden.

    SLSO har fortsatt ett behov av personalbostäder för att klara bl.a. rekryteringarna från Tyskland. Under året har flera personalbostäder hyrts.

20. Uppstart av en geriatrisk utbildningsplattform inom SLSO påbörjades under 2015. I uppdraget ingår att erbjuda klinikerna i länet ett verksamhetsnära stöd i deras utbildningsuppdrag och tillsätta fler AKOR för att på så sätt stimulera den akademiska miljön.

    Under året har plattformen etablerats och medel har tillskjutits för att SLSO ska kunna sköta VIL (verksamhets integrerat lärande) och AKA (akademiska kliniska adjunkter) samordningen inom hela länet.

21. Samordning av frågorna för Verksamhets Integrerat Lärande inom SLSO.

En gemensam strukturerad introduktion för att ta emot studenter är utarbetad under året och ska användas inom alla verksamhetsområden. SLSO fortsätter att satsa på pedagogisk handledarutbildning för våra medarbetare för att kunna utveckla studenthandledningen.

Arbetet med att utveckla det interprofessionella lärandet i praktisk tillämpning under studenternas VIL-period pågår.

22. Anställning av utländska läkare och sjuksköterskor

Språktest utförs i samverkan med Folkuniversitetet kan ordnas och vid behov kan språkstöd ges till redan anställda medarbetare.

23. Utveckla en gemensam SLSO-övergripande introduktion för samtliga nya medarbetare.

    Påbörjat

    .

24. Framtida chefsförsörjning inom SLSO ska säkras genom att genomföra:

- *Utvecklingsprogrammet FRAM för framtida chefer och ledare*
- *Topp 15 – utvecklingsprogram för framtida verksamhetschefer*
- *Utvecklingsprogram för ST behandlar ledarskap, medarbetarskap, handledarskap, organisation, ekonomi och lagar och avtal.*

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Övriga avsättningar, ansvarsförbindelser och tvister

Bilaga E1

LS 2018-1077
SLSO 18-456

Nämnd/Bolag | **Stockholms läns sjukvårdsområde** | Period 2018-12-31

Belopp anges i kronor.

Legala Avsättningar

Specificera typ av avsättning: [1]	IB 2017	Ianspr under året	Återföring	Årets avsättning	UB	Tidpunkt då avsättning skall upplösas (ange år)	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
	0				0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
TOTALT	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**		

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

Informella Avsättningar (endast bolagen)

Specificera typ av avsättning: [1]	IB 2018	Ianspr under året	Återföring	Årets avsättning	UB	Tidpunkt då avsättning skall upplösas (ange år)	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
	0				0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
TOTALT	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**		

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

Ansvarsförbindelser

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

Skuld för avslutade tvister

Specificera skuld	Belopp
	0
TOTALT	**0**

Definitioner

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

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

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

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

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

Stockholms läns landsting

Konsultkostnader

Bilaga E3

LS 2018-1077
SLSO 18-456

Förvaltning/Bolag **Stockholms läns sjukvårdområde**

Belopp anges i kronor.

Konsultkostnader i resultaträkningen[1]

Leverantör	Belopp	Ändamål
Altran Sverige	3 125 365	Förvaltning /Utveckling av Pastill
AB Ecenea	231 352	Upphandlinsstöd för nya uppdraget FHH (Förbukningshjälpmedel i hemmet)
Atea	415 542	
B3 Sentensia AB	1 328 515	Upphandlingsstöd
Callista Enterprice	1 809 812	Utveckling tjänst/app "Alltid öppet"
Canea Partner	68 160	Utveckling /support dokumenthanteringssystemet Dokumenta
Carlstedts arkitekter	39 900	Projektering nya lokaler
Cygate	101 170	Spetskonpeten i samband med byte av centralt nätverksautrustning
Digidakt AB	101 624	
EKAN Ab	457 121	Ledningsstöd, utvärdering eHälsalyftet
Ernst& Young AB	168 000	
Ework Group&eWork Scandinavia	20 969 488	
varav	*410 509*	Förvaltning, support och viss utveckling av uppföljningssystemet QW
	2 368 120	Utveckling Alltid Öppet
	1 530 912	Spetskompetens nät, telefoni och pat kallelsesystem för FHS projekten
	4 350 805	Utcveckling interna Webbar för logistik och debitering av tjänster. Förvalning av webbar och support.
	3 995 072	Spetskompetens klienttekniker, extraresurs för byte till Windows 10.
	1 299 353	Utveckling av digitala patient och närståendeutbildningar
	2 123 577	Insatser för systemutveckling Webbformulär och mobil inloggning
	901 530	Stöd för SLL projekt konsolidering . Har fakturerats vidare till Lsf.
	782 336	Paketerare
Fujitsu Sweden	47 125	
Guller Group	100 000	Utveckling webbbaserad föräldrarstöd inom H&H
Kentor IT	74 485	Förvaltning Tolkbokningssystemet
Knowit AB	11 107	
Knowit Experien	4 158 992	Förvaltning BUP webb och byte av SLSO:s intranät
Knowit Jönköping	66 487	
Omegapoint AB	624 641	Utveckling webbformulär
Populate Ab	390 500	Stöd för införande/skapande av e-utbildningar
Quick Consulting	275 576	Anpassning egenutvecklat system för budgetering, anpassning till Office 365
Rambergs Advokatbyrå	589 682	Stöd i samband med upphandling (FHH), juridisk stöd kansliavd
Softtronic AB	427 773	Projektledning/Utveckling Appl Hemuppgiften PUB
Visma Healthcare	22 826	
Visma Enterprise	3 462 885	Utveckling stödsystem för nytt uppdrag FHH (Förbrukningshjälpmedel i hemmet)
Ospec	1 324 761	många estaka företag med små belopp och en del felbokföringar
Summa SLL externa kostnader	**40 392 889**	
LFS/SFI och Locum	2 848 000	*Vidaredebiterade konsultkostnader för FHS från WSP och ÅF*
TOTALT	**43 240 889**	

[1)] Skall anges av förvaltning/bolag med konsultkostnader som överstiger 10 mkr under räkenskapsåret. Avser kostnader som rapporteras på koncernkonton 7542, 7561, 7562, 7563 och 7569. Avser SLL-externa köp.

Konsultkostnader som ingår i årets investeringar[2]

Leverantör	Belopp	Projekt
	0	
TOTALT	**0**	

[2)] Skall anges av förvaltning/bolag med investeringar som överstiger 100 mkr under räkenskapsåret.

Region Stockholm

Diarienummer
LS 2018-1077

SLSO 18-456

Stockholms läns sjukvårdsområde

Styrningsrapport

ÅR 2018

Innehållsförteckning

1 Efterlevnade av styrande direktiv 3
1.1 Efterlevnade av fastställt reglemente 3
1.2 Efterlevnad av landstingsövergripande styrande dokument 3

2 Intern kontroll 6
2.1 Styr- och kontrollmiljö 6
2.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter 6
2.3 Övervakning 7
2.4 Försäkran om internkontroll 7

3 Landstingsrevisorernas samlade bedömning 9

4 Behandling av styrningsrapporten 10

1 Efterlevnad av styrande direktiv

1.1 Efterlevnad av fastställt reglemente

Stockholms läns sjukvårdsområdes verksamhet och styrning utgår ifrån det uppdrag som framgår av 2018 års reglemente, samt 2018 års ägarpolicy och 2018 års specifika ägardirektiv. I samband med den nya mandatperioden har landstingsfullmäktige fattat beslut om ett nytt regemente och därmed utgår tidigare ägarpolicy och ägardirektiv.

Stockholms läns landstings styrning av verksamhetens inriktning, innehåll och omfattning sker i första hand genom beställarstyrningen i form av vårdöverenskommelser/avtal respektive vårdvalsmodeller. Därutöver gäller de särskilda direktiv, policys och riktlinjer som landstinget under 2018 har angett genom ägarstyrningen.

SLSO:s interna styrning utgår ifrån dessa förutsättningar. Förvaltningens styrmodell innebär ett långtgående delegerat verksamhets- och resultatansvar. Ledningsorganisationen utvecklas kontinuerligt och verksamheterna är grupperade i verksamhetsområden, med verksamhetsområdeschefer.

1.2 Efterlevnad av landstingsövergripande styrande dokument

Den interna styrningen utgår ifrån landstingsfullmäktiges 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 landstingsövergripande styrdokument omsätts i SLSO:s interna styrning i form av bl.a. riktlinjer, handlingsplaner och lokala rutiner.

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

SLSO har utifrån denna styr- och ledningsprocess förtydligat förvaltningens ledningssystem genom att styrning av verksamhet samt styrning utifrån de certifieringar som förvaltningen är certifierade för, kvalitet ISO 9001, arbetsmiljö OHSAS 18001 samt miljö ISO 14001 följer SLL:s struktur. Ledningssystemet följer ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:9) och Arbetsmiljöverkets föreskrift ”Systematiskt arbetsmiljöarbete”(AFS 2001:01).

Ekonomistyrning

SLSO följer de av landstingets upprättade riktlinjer och anvisningar som anges i koncernens ekonomihandbok. SLSO har en systematisk uppföljning av ekonomi, produktion, tillgänglighet och sjukfrånvaro vid resultatenheter och på verksamhetsområdesnivå aggregeras och följs regelbundet upp av SLSO:s ledning. Varje resultatenhet upprättar månadsvis prognoser över årets ekonomiska utfall. Vid ekonomi i obalans inhämtar förvaltningsledningen åtgärdsplaner från aktuell enhet.

Åtgärdsplanerna utgör ett verktyg i förvaltningens ekonomistyrning.

Anti-korruption

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

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

- Korruption
- Jäv
- Mutor
- Ekonomiskt bedrägeri, stöld och förskingring etc.

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

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

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

Inköp

SLSO har utsett en person som inköpsansvarig och som har det övergripande ansvaret för hela inköpsprocessen inom myndigheten. Med utgångspunkt i policyn och landstingsrevisorernas rekommendationer har delegationsordningen reviderats avseende direktupphandling. SLSO har upprättat listor avseende pågående och planerade upphandlingar 2018-2019 och delgivit tf. inköpsdirektör SLL.

Informationssäkerhet

Under 2018 har SLSO etablerat en kanslienhet vilken inbegriper kompetenser som väl täcker in kompetensområdet för informationssäkerhet och de krav som ställs på SLSO som personuppgiftsansvarig i samband med exempelvis registerutdrag, personuppgiftsincidenter samt avvikelser kopplat till informationssäkerhet. Kanslienheten och dess sammansättning underlättar således arbetet med att vara det stöd som verksamheterna behöver och har rätt till när det gäller informationssäkerhet och hantering av avvikelser.

Informationssäkerhetssamordnaren på kanslienheten har under vintern 2017 och

våren 2018 genomfört efterlevnadskontroller av verksamhetsområdet för somatisk specialistvård, Habilitering och hjälpmedel samt Psykiatri gällande informationssäkerhet. Deltagarna från verksamhetsområdena erhöll en introduktion till informationssäkerhet inom ramen för deras verksamhet och hur kanslienheten arbetar med frågor, uppföljning och avvikelser kopplat till informationssäkerhet med hjälp utav bland annat Compliance-portalen. Efter introduktionen fyllde deltagarna i sin tilldelade deklaration beträffande informationssäkerhet i Compliance-portalen under vägledning av informationssäkerhetssamordnaren.

I syfte att intensifiera arbetet med informations- och IT-säkerhet startade kanslienheten under våren 2018 ett projekt som syftar till att anpassa förvaltningen inför dataskyddsförordningen. Projektet har sedan starten fokuserat på efterlevnadskontroller av IT-system med hjälp utav Compliance-portalen utifrån en given prioriteringsordning, etablera synergieffekter med VIR-projektet när det gäller inventering av systemförteckning samt framtagande av nya rutiner som ligger i linje med de registrerades rättigheter och de skyldigheter SLSO har som personuppgiftsansvarig. Vidare har projektet arbetat med både intern och extern kommunikation i syfte att informera anställda och medborgare.

2 Intern kontroll

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

- uppfyller fastställda mål, bedrivs effektivt och ändamålsenligt,
- följer tillämpliga lagar, föreskrifter, avtal och styrande dokument,
- bedrivs säkert så att verksamheten skyddas samt,
- har tillförlitlighet i rapportering och information.

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

- styr- och kontrollmiljö
- riskbedömning
- åtgärder och kontrollaktiviteter
- information och kommunikation
- övervakning

2.1 Styr- och kontrollmiljö

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

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

Sjukvårdsdirektören rapporterar regelbundet till styrelsen utifrån fastställda rutiner.

2.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter

Under de senaste åren har SLSO:s arbete med intern kontroll förbättrats. En ytterligare utveckling, som nu pågår, är att närmare samordna arbetet med intern kontroll och utvecklingen av ledningssystemet.

SLSO:s arbete med riskanalys och internkontrollplan sker i enlighet med gällande policy för intern kontroll. Arbetet sker tidsmässigt parallellt med budgetarbetet.

Arbetet med intern kontroll utgår från en bred och omfattande riskanalys, som gjordes inför utarbetande av internkontrollplan för 2017. Den riskbedömningen gäller i stort även inför de närmast följande åren och någon mer omfattande riskanalys har därför inte gjorts inför internkontrollplan 2018.

När det gäller uppföljningen av internkontrollplanen i årsbokslutet har landstingsstyrelsens förvaltning, som en del i det övergripande arbetet med styr- och ledningssystem inom Stockholms läns landsting, infört ett stödsystem för arbetet

med intern kontroll. För SLSO innebär detta en delvis förändrar ordning för arbetet med att följa upp internkontrollplanen. De risker som SLSO identifierat i internkontrollplanen ska kopplas samman med SLL:s övergripande mål för SLSO.

Betydande risker när det gäller verksamheten är fortfarande verksamhetens personal- och kompetensförsörjning samt sjukfrånvaron. Därtill finns risker i den interna styrningen, framför allt när det gäller att i den decentraliserade styrmodellen fullfölja verksamhetsuppdraget inom givna ekonomiska förutsättningar.

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

När det gäller den ekonomiska rapporteringen bedöms denna ha etablerade och fungerande former.

2.3 Övervakning

Efterlevnad av styrande dokument

SLSO följer Stockholms läns landstings Policy för intern kontroll, LS 1303-0431. Intern kontroll inom SLL är en tillämpning av COSO-modellen vilken SLSO har använt sig av för att ta fram internkontrollplan 2018. SLSO har i allt väsentligt utgått från SLL:s direktiv i budget 2018 i arbetet med att ta fram och följa upp internkontrollplanen. Intern styrning och kontroll definieras enligt COSO som en process där styrelse, ledning och övrig personal samverkar och med rimlig grad av säkerhet ska se till att verksamhetens mål uppnås avseende:

- Effektiv och ändamålsenlig verksamhetsstyrning
- Tillförlitlig finansiell rapportering
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, förordningar och interna regler.

Hantering av brister och avvikelser

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

Styrelsen fastställde plan för intern kontroll 2018 i samband med budget 2018. Områden i planen där väsentliga brister noteras åtgärdas löpande och följs upp. Bland de väsentligaste riskerna i internkontrollplanen för 2018 finns bland annat kompetensförsörjning och svårigheter att rekrytera personal. SLSO arbetar aktivt med att vara en attraktiv arbetsgivare och en modern arbetsorganisation.

2.4 Försäkran om internkontroll

Nämnden ska försäkra sig om att den interna kontrollplanen genomförs och vid behov vidta åtgärder som säkerställer att den interna kontrollen är tillräcklig. Förvaltningschefen ska regelbundet rapportera till nämnden om hur den interna kontrollplanen genomförs och, hur den interna kontrollen fungerar samt föreslå

åtgärder för att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnden. Vid misstanke om brott ska styrelsen utan oskäligt dröjsmål vidta åtgärder och informera landstingets ledning och landstingsrevisorerna.

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

3 Landstingsrevisorernas samlade bedömning

Landstingsrevisorerna bedömer i delårsrapporten att ytterligare åtgärder krävs för att stärka SLSO:s ekonomi- och verksamhetsstyrning. Revisorerna bedömer att detta behövs för att säkerställa ekonomisk bärkraftighet och minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas resultat. Produktionen inom enskilda resultatenheter behöver stärkas. Den interna kontrollen behöver stärkas ytterligare vid hjälpmedelsverksamheten.

Landstingsrevisorerna skriver att det i granskningen av delårsrapporten har det inte framkommit några omständigheter som ger anledning att anse att styrelsens delårsrapport inte, i all väsentlighet, är upprättad i enlighet med lagen om kommunal redovisning och god redovisningssed.

4 Behandling av styrningsrapporten

Styrningsrapporten behandlas i samband med beslutet om årsrapporten 2018 den 20 februari 2019.

Frågeformulär avseende uppföljning av landstingets Upphandling och Inköp år 2018

Frågeformuläret syftar till att besvara hur nämnder/bolag arbetat med upphandling under året.

Uppgiftslämnare och kontaktperson:

Resultatenhet	Kontaktperson	E-postadress	Telefonnummer
VS lokaler och upphandling SLSO	Anna-Karin Ahnell	anna-karin.ahnell@sll.se	08-123 404 32

1. Upphandlat år 2018

Här avses annonserade upphandlingar som avslutats under år 2018, det vill säga där avtal tecknats. Avrop, beställning och förnyad konkurrens-utsättning på föregående års ramavtal tas inte med.
Upphandlingsvärdet avser det sammanlagda avtalsvärdet, inklusive optionsår. Mkr betecknar miljoner kronor.

1.1 Ange antalet upphandlingar över 586 907 kronor (det vill säga gränsen för direktupphandling) för LOU samt det totala upphandlingsvärdet för dessa. Särskilj egna upphandlingar, samordnade upphandlingar och de upphandlingar som Ni gett SLL Upphandling i uppdrag att utföra.
De verksamheter som går under LUF anger upphandlingar över 1 092 436 kronor (det vill säga gränsen för direktupphandling).

Upphandlingar över 586 907 kr för LOU samt 1 092 436 kr för LUF år 2018		
Upphandling	Antal upphandlingar, totalt	Totalt upphandlingsvärde (Mkr)
Egna upp-handlingar	17	420
Lokalt samordnad upphandling	1	200
Uppdrag till SLL Upphandling		

Lokalt samordnad upphandling är när två eller flera nämnder/styrelser eller bolag gemensamt anskaffar varor och tjänster av samma slag. Den part som genomför den samordnade upphandlingen redovisar denna i enkäten.

Eventuella kommentarer till fråga 1.1:
Vi deltar i samordnade upphandlingar utifrån förfrågan men har inte specifikt uppdragit till SLL Upphandling att göra någon upphandling åt oss.

1.2 Ange antalet direktupphandlingar och det totala upphandlingsvärdet för dessa.

Antal direktupphandlingar och upphandlingsvärde år 2018		
Upphandling	Antal	Totalt upphandlingsvärde (Mkr)
Mellan 100 000 kr och 586 907 kr för LOU och 1 092 436 kr för LUF	507	35
Över 586 907 kr för LOU och 1 092 436 kr för LUF med synnerliga skäl	6	6

Eventuella kommentarer till fråga 1.2:
Vid direktupphandlingar gör verksamheten enligt våra processer en inköpsanskökan under 2018 har vi godkänt inköpsansökningar enligt ovan

2. Miljöprogram och uppförandekod

2.1 I hur många upphandlingar (exkl. direktupphandlingar) där avtal har tecknats år 2018 har landstingets miljöprogram beaktats? Avser upphandlingar över 586 907 kronor för LOU och 1 092 436 kronor för LUF.
Kommentar: Detta krav ställs i samtliga upphandlingar – samma siffra som ovan

Upphandlingar där landstingets miljöprogram beaktats år 2018	
	Antal upphandlingar, totalt
Egna upphandlingar	17
Samordnad upphandling	1
Uppdrag till SLL Upphandling	

2.2 Antal genomförda leverantörsuppföljningar av miljökrav: 9 (detta görs i samband med uppföljningsmöten med leverantörer)

a) Antal leverantörsuppföljningar som lett till åtgärd: 0

b) Om det lett till åtgärd, beskriv denna:

3. Avtal

3.1 I vilken utsträckning utnyttjar Er verksamhet samordnade upphandlingsavtal?

Alltid	☒
Ofta	☐
Sällan	☐
Aldrig	☐

Om svar ”sällan” eller ”aldrig”, ange orsak:

4. Använder ni elektroniska beställningssystem?

Ja	☒
Nej	☐

a) Om ja, vilket system används?

Clock Work	☒
Annat	☒

Om annat, ange vad: Vi använder även Sesam 2 avseende hjälpmedel, samt beställningssystem för läkemedel och IT inom SLSO. Dessa system används dock inte av VS Upphandling och inköpssupport utan av verksamheterna.

b) Om nej, finns planer på ett införande?

Ja	☐
Nej	☐

Kommentar :

5. Kvalitet upphandlingsarbetet

5.1 Finns lokal upphandlingspolicy och standardiserad upphandlings-process?

Finns det en dokumenterad lokal upphandlingspolicy som följs?		Finns det en dokumenterad och standardiserad upphandlingsprocess som följs?	
2017	2018	2017	2018
Ja ☐ Nej ☒	Ja ☐ Nej ☒	Ja ☒ Nej ☐	Ja ☒ Nej ☐

Eventuella kommentarer till fråga 5.1: Vi följde upphandlingspolicy för Stockholms läns landsting fram till den nya inköpspolicyn kom maj 2018 sedan dessa följer vi denna.

Inom SLSO finns riktlinjer kopplade till upphandlingspolicyn som vi följer. Dessa kommer att uppdateras baserat på den nya inköpspolicyn efter att nya riktlinjer finns på plats. Det finns dock inget i de nuvarande riktlinjerna som strider mot inköpspolicyn

6. Upphandlingsstrategi, riskanalys och kvalitetssäkring

6.1 Hur många upphandlingar har en dokumenterad upphandlingsstrategi som bland annat innehåller: mål, marknads-, risk- och spendanalys samt hållbarhet. I vilken utsträckning finns en dokumenterad riskanalys (där väsentliga risker identifieras och bedöms) med kvalitetssäkringsmoment (där flera personer granskar underlag före annonsering och tilldelningsbeslut)? Gäller upphandlingar över 586 907 kronor för LOU och 1 092 436 kronor för LUF.

Upphandlingsstrategi, riskanalys och kvalitetssäkring
Egna upp-handlingar
Samordnad upphandling

Uppdrag till SLL Upphandling

Eventuella kommentarer till 6.1: Detta görs i samtliga upphandlingar – samma siffra som ovan

7. Uppföljning

7.1 Har ni en organisation som säkerställer aktiv uppföljning av villkor i och köpta volymer på ingångna avtal?

Ja ☒

Beskriv denna:
Samtliga avtal som bygger på upphandlingar genomförda av VS upphandling och inköpssupport har en utsedd avtalscontroller som ansvarar för avtalet. Ansvaret har under 2018 styrts mot ett kategoriindelat ansvar. Under 2019 kommer en mer genomgripande analys att genomföras av avtal inom de olika kategorierna

Nej ☐
Om nej, ange varför?

7.2 Genomför ni seriositetskontroller via skattemyndigheten (bland annat att företag betalar skatt och sociala avgifter) under pågående avtalsperiod?

Ja ☐
Nej ☒

Om nej, ange varför:
Detta gör SLL Upphandling en gång per år och SLSO har i stora delar samma leverantörer som SLL i övrigt varför man inte valt att även göra detta lokalt

7.3 Följer ni regelmässigt upp avtal ekonomiskt (så det framgår hur mycket och vad som köpts) under pågående avtalsperiod?

Ja ☒
Nej ☐

Beskriv om ni gör annan regelmässig uppföljning av avtal:

7.4 Hur många avtal (t ex serviceavtal och försörjningsavtal) har ni följt upp ekonomiskt under år 2018? Avser avtal med årligt avtalsvärde över 2 000 000 kr för LOU och LUF. Hur många sådana avtal har ni totalt?

Antal avtal med högre värde än 2,0 mkr, LOU och LUF	Antal avtal med högre värde än 2,0 mkr, LOU och LUF, som följts upp ekonomiskt
0	340

Kommentar:
Vi följer upp samtliga avtal ekonomiskt. Objektet i sig exempelvis hyrläkare psykiatri är värt över 2 miljoner men de enskilda avtalen med en specifik leverantör kan vara värt betydligt mindre. Vi mäter värdet per objekt inte per leverantör inom objektet. När vi svarar på frågan om antal avtal handlar det om avtal med en specifik leverantör. Totalt har vi avtal med 340 leverantörer totalt de individuella avtalen kan ha ett lägre värde än 2 miljoner men objekten som helhet har ett högre värde. totalt antal objekt är ca 50.

7.5 Hur många avslutade avtal (till exempel service- och försörjningsavtal) under 2018 har följts upp avseende villkor i avtalet under avtalstiden? Avser avtal med årligt avtalsvärde över 2000 000 kronor för LOU och LUF. Hur många sådana avtal har avslutats under året?

Antal avtal med högre värde än 2,0 mkr, LOU och LUF, som avslutats under år 2018	Antal avslutade avtal med högre värde än 2,0 mkr, LOU och LUF, som följts upp avseende villkor i avtalet under avtalstiden	Antal avslutade avtal med högre värde än 2,0 mkr, LOU och LUF, utan särskilda villkor i avtalet
1	80	0

Kommentar:
De flesta avtal löper på så ett antal leverantörer tillkommer varje år och ett antal faller bort i samband med nya upphandlingar men totala antalet är konstant. Antalet som avslutades under 2018 var 80

8. Små och medelstora företag

8.1 Har förfrågningsunderlag anpassats (t ex avseende ekonomiska krav, teknisk förmåga, annans kapacitet eller avgränsning av anbudsområden) så att små företag har möjlighet att delta i det konkurrensuppsökande skedet? Gäller upphandlingar över 586 907 kronor för LOU och 1 092 436 kronor för LUF.
(Definition: små företag har färre än 50 anställda och bedöms vara fristående företag, det vill säga bedöms inte ägas till större delen av annat företag.)

Ja ☐

a) Antal upphandlingar där förfrågningsunderlaget anpassats

b) Antal upphandlingar där små företag som erhållit avtal

Nej ☒
Ange varför :
Underlagen i våra upphandlingar har utgått från verksamhetens behov, detta har visat sig även ge möjlighet för små företag att kunna lämna anbud och erhålla avtal utan ytterligare anpassning

9. Medarbetarstatistik

Här anges hur många genomsnittligt antal årsarbetare (**ej personer**) som arbetar med inköp (beställning/avrop) respektive upphandlingar. (OBS! Om en medarbetare i sin tjänst till viss del har att upphandla/göra inköp så uppskattar Ni hur stor respektive del är). **De som avropar ute i vården skall ej tas med här.**

	Upphandlare		Inköpare (beställning/avrop)	
	2017	2018	2017	2018
Antal Heltidstjänster:	9	8,5	2	2

Eventuella kommentarer till fråga 9:

10. Överprövningar

10.1 Ange antal unika överprövningsmål (så kallade målnummer, det vill säga flera parallella mål med olika leverantörer avseende samma upphandling) med lagakraftvunna domar under år 2018 där SLL fått rätt.

	SLL har fått rätt och ärendet har blivit:					
	- avslaget		- avskrivet		- återkallat	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Antal:						

10.2 Ange antal unika överprövningsmål (så kallade målnummer) med lagakraftvunna domar under år 2018 där anbudsgivaren fått rätt eller där domstolen dömt att upphandlingen ska göras om.

	SLL har ålagts att:			
	göra en rättelse		göra om upphandlingen	
	2017	2018	2017	2018
Antal:				

10.3 Ange antal avslutade (under år 2018) och överprövade upphandlingar med lagakraftvunna domar där SLL fått rätt.

	SLL har fått rätt och ärendet har blivit:					
	- avslaget		- avskrivet		- återkallat	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Antal:	4	2				

10.4 Ange antal avslutade (under år 2018) och överprövade upphandlingar med lagakraftvunna domar där anbudsgivaren fått rätt eller där domstolen dömt att upphandlingen ska göras om.

	SLL har ålagts att:			
	göra en rättelse		göra om upphandlingen	
	2017	2018	2017	2018
Antal:		1		1

Eventuella kommentarer till fråga 10:

11. Ökad eller minskad konkurrens vid upphandling

Mäter ni om konkurrensen vid upphandling förändras mellan åren? Till exempel genom att mäta antalet anbud per upphandling.

Ja ☐
Nej ☒

Om nej, ange varför:
Antalet anbud i en upphandling bör avspegla vilken strategi som valts, det kan vara mycket god konkurrens även om antalet anbud inte ökar. Vår målsättning är att upphandla så att vi får bästa pris för efterfrågad kvalitet, inte att få maximalt antal anbud. Uppgiften om antal anbudsgivare finns i TendSign om vi vill titta på den

Om ja, ange hur ni mäter:

Region Stockholm

Diarienummer
LS 2018-1077

SLSO 18-456

Stockholms läns sjukvårdsområde

Plan för intern kontroll Årsrapport 2018

ÅR 2018

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Sammanfattning 4

3 Intern kontroll 5

4 Sammanställning av risker 8

5 Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment 11

1 Bakgrund

Enligt kommunallagen 6 kap. 6 § ska varje nämnd inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan.

Landstinget har, utifrån kommunallagen, beslutat om Policy för intern kontroll för Stockholms läns landsting och bolag, LS 1303-0431. Policyns krav på intern kontroll förtydligas i Stödet och i de anvisningar för budgetarbetet samt för delårs- och årsrapporteringen som publiceras i Ekonomihandboken på intranätet.

2 Sammanfattning

2.1 Arbetet med intern kontroll

Under de senaste åren har SLSO:s arbete med intern kontroll förbättrats. En ytterligare utveckling, som nu pågår, är att närmare samordna arbetet med intern kontroll och utvecklingen av ledningssystemet.

SLSO:s arbete med riskanalys och internkontrollplan sker i enlighet med gällande policy för intern kontroll. Arbetet sker tidsmässigt parallellt med budgetarbetet.

2.2 Resultat och analys från riskbedömningen

Arbetet med intern kontroll utgår från en bred och omfattande riskanalys, som gjordes inför utarbetande av internkontrollplan för 2017. Den riskbedömningen gäller i stort även inför de närmast följande åren och någon mer omfattande riskanalys har därför inte gjorts inför internkontrollplan 2018.

När det gäller uppföljningen av internkontrollplanen i årsbokslutet har landstingsstyrelsens förvaltning, som en del i det övergripande arbetet med styr- och ledningssystem inom Stockholms läns landsting, infört ett stödsystem för arbetet med intern kontroll. För SLSO innebär detta en delvis förändrar ordning för arbetet med att följa upp internkontrollplanen. De risker som SLSO identifierat i internkontrollplanen ska kopplas samman med SLL:s övergripande mål för SLSO.

Betydande risker när det gäller verksamheten är fortfarande verksamhetens personal- och kompetensförsörjning samt sjukfrånvaron. Därtill finns risker i den interna styrningen, framför allt när det gäller att i den decentraliserade styrmodellen fullfölja verksamhetsuppdraget inom givna ekonomiska förutsättningar.

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

När det gäller den ekonomiska rapporteringen bedöms denna ha etablerade och fungerande former.

3 Intern kontroll

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1 Styr- och kontrollmiljö

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

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

Sjukvårdsdirektören rapporterar regelbundet till styrelsen utifrån fastställda rutiner.

3.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter

3.2.1 Förändrade förutsättningar för intern kontroll

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

När det gäller uppföljningen av internkontrollplanen för år 2018 i årsbokslutet har landstingsstyrelsens förvaltning, som en del av arbetet med det regionövergripande arbetet med styr- och ledningssystem, infört ett systemstöd för arbetet med intern kontroll . Detta ska ge en gemensam struktur och göra det möjligt att få fram en gemensam internkontrollsammanställning för hela regionkoncernen. För SLSO innebär detta en delvis förändrad ordning för rapporteringen och uppföljningen av internkontrollplanen 2018. Analysen av och uppföljningen av identifierade risker ska rapporteras in i systemstödet. Dessutom ska de risker som SLSO identifierat i internkontrollplanen kopplas samman med SLL:s övergripande mål för SLSO.

3.2.2 Analys och slutsatser

3.3 Information och kommunikation

SLSO har tagit fram ett flertal dokument, som utgår från Stockholms läns landstings övergripande styrande dokument, för att

understödja information och kommunikation om intern kontroll i verksamheterna. Dessa dokument finns tillgängliga för medarbetare och chefer via förvaltningens intranät och dokumenthanteringssystem.

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

SLSO följer SLL:s Policy för intern kontroll och tillämpar COSO-modellen.

3.4 Övervakning

3.4.1 Efterlevnad av styrande dokument

SLSO följer Stockholms läns landstings Policy för intern kontroll, LS 1303-0431. Intern kontroll inom SLL är en tillämpning av COSO-modellen vilken SLSO har använt sig av för att ta fram internkontrollplan 2018. SLSO har i allt väsentligt utgått från SLL:s direktiv i budget 2018 i arbetet med att ta fram och följa upp internkontrollplanen. Intern styrning och kontroll definieras enligt COSO som en process där styrelse, ledning och övrig personal samverkar och med rimlig grad av säkerhet ska se till att verksamhetens mål uppnås avseende:

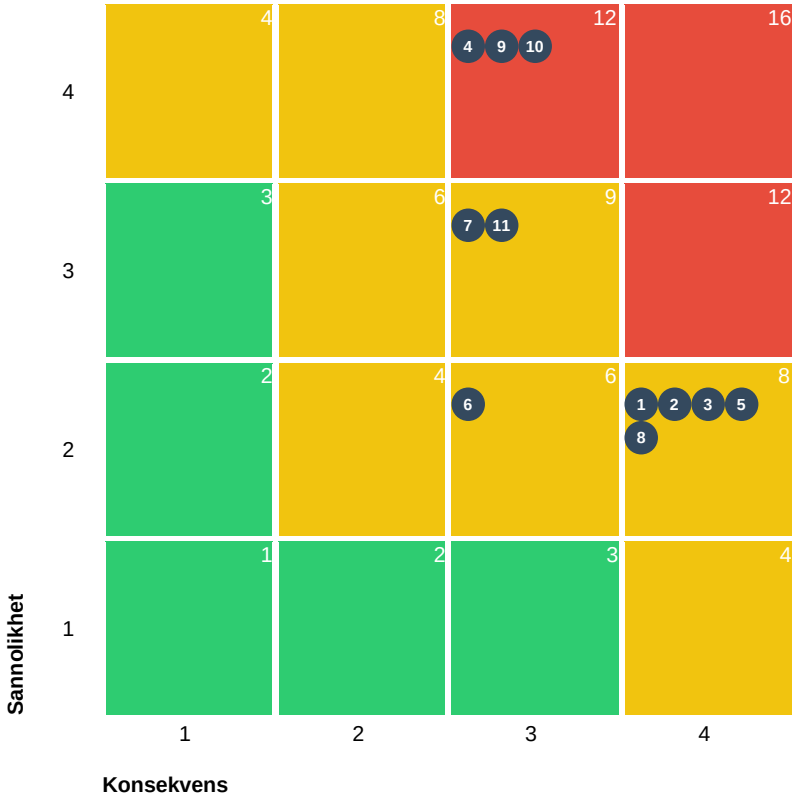
- Effektiv och ändamålsenlig verksamhetsstyrning
- Tillförlitlig finansiell rapportering
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, förordningar och interna regler.

3.4.2 Hantering av brister och avvikelser

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

Styrelsen fastställde plan för intern kontroll 2018 i samband med budget 2018. Områden i planen där väsentliga brister noteras åtgärdas löpande och följs upp. Bland de väsentligaste riskerna i internkontrollplanen för 2018 finns bland annat kompetensförsörjning och svårigheter att rekrytera personal. SLSO arbetar aktivt med att vara en attraktiv arbetsgivare och en modern arbetsorganisation.

4 Sammanställning av risker



Hög
Medium
Låg

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

Region Stockholm

Diarienummer
LS 2018-1077

SLSO 18-456

Stockholms läns sjukvårdsområde
Plan för intern kontroll Årsrapport 2018

Mål	Lokala mål	Risk					Riskägare
Vård i rätt tid och på rätt plats		1		10908	–	**Bristande tillgänglighet**	**Riskägare** Karin Persson
Säker vård		2		10909	–	**Brister i patientsäkerhetsarbetet**	**Riskägare** Karin Persson
		3		10910	–	**Brister i patientsäkerhetsarbetet - säker vård**	**Riskägare** Karin Persson
		4		10914	–	**Läkemedelshantering, stölder av narkotiska preparat**	**Riskägare** Karin Persson
		5		10916	–	**Hot och våld**	**Riskägare** Karin Persson
Högt förtroende för vården		6		10918	–	**Bristande förmåga att möta massmedia**	**Riskägare** Karin Persson
Säkra processer		7		10915	–	**Brister i informationssäkerheten**	**Riskägare** Karin Persson

Stockholms läns sjukvårdsområde
Plan för intern kontroll Årsrapport 2018

Mål	Lokala mål	Risk					Riskägare
		8		10917	–	**Brister i kris- och katastrofberedskap**	**Riskägare** Karin Persson
Attraktiv arbetsgivare		9		10911	–	**Kompetensförsörjning**	**Riskägare** Karin Persson
Modern arbetsorganisation		10		10912	–	**Ökande sjukfrånvaro**	**Riskägare** Karin Persson
Ett resultat i balans		11		10913	–	**Bristande affärsmässighet/kostnadsmedvetande**	**Riskägare** Karin Persson

5 Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment

5.1 Vård i rätt tid och på rätt plats

5.1.1 Bristande tillgänglighet

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
10908	8	För långa väntetider. Bristande kvalitet för patienten. Bristande måluppfyllelse. Vite maa bristande kvalitet och tillgänglighet.	Karin Persson
	Sannolikhet		**Risksamordnare**
	2	**Konsekvens**	Jennie Portnoff
	Konsekvens	Onödig väntan för patienten, kan leda till ökad oro och senare insatt behandling	
	4		

Kommentar

Arbete pågår kontinuerligt som en del av den löpande uppföljningen.

Kontrollmoment

Namn
Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
T1, delår och bokslut

Kontrollmoment

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

Kommentar

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen	2018-01-08	2018-12-31	●	■

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

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

Kommentar

5.2 Säker vård

5.2.1 Brister i patientsäkerhetsarbetet

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
10909	8	Otydlig ansvarsorganisation för patientsäkerhetsarbetet kan medföra risk för patientskada i det dagliga vårdarbetet. Bristande struktur och systematik i avvikelsehanteringen. Innebär risk för att incidenter och misstag upprepas.	Karin Persson
	Sannolikhet		**Risksamordnare**
	2		Jennie Portnoff
	Konsekvens	**Konsekvens**	
	4	Otydligt ansvar, bristande patientsäkerhetsstruktur ökar risken att patienter råkar ut för vårdskada.	

Kommentar

Ett antal verksamheter har infört journalgranskningar som ett sätt att genomföra kollegial revision. Egenkontrollen har därmed förbättrats men den behöver utvecklas och bli än mer systematisk. Det behöver även säkerställas att journalgranskningen omfattar alla resultatenheter och fler olika perspektiv. Egenkontrollen av patientsäkerheten och patientsäkerhetsarbetet behöver utvecklas och förbättras.

Kontrollmoment

Namn
Systematisk granskning av patientsäkerhetsarbetet
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Kontrollmoment

Frekvens
Årligen

Beskrivning
Systematisk granskning av patientsäkerhetsarbetet. Rapporteras årligen till SLSO:s ledningsgrupp.

Kommentar

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Etablera systematiska granskningar av patientsäkerhetsarbetet	2018-01-08	2018-12-31		

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

Åtgärdsbeskrivning
Ett antal verksamheter har infört systematiska journalgranskningar som ett sätt att genomföra kollegial revision. Vidareutveckling sker kontinuerligt.

Kommentar

Åtgärder

5.2.2 Brister i patientsäkerhetsarbetet - säker vård

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
10910	8	Otydlig ansvarsorganisation för patientsäkerhetsarbetet kan medföra risk för patientskada i det dagliga vårdarbetet. Bristande struktur och systematik i avvikelsehanteringen. Innebär risk för att incidenter och misstag upprepas.	Karin Persson
	Sannolikhet		
	2		
	Konsekvens	**Konsekvens**	
	4	Otydligt ansvar, bristande patientsäkerhetsstruktur ökar risken att patienter råkar ut för vårdskada.	

Kommentar

Den beslutade generiska patientsäkerhetsorganisationen inom SLSO har utifrån respektive verksamhetsområdes villkor och förutsättningar etablerats inom verksamhetsområdena. En SLSO riktlinje för systematiskt patientsäkerhetsarbete är framtagen och beslutad. En implementering av riktlinjen är påbörjad. Riktlinjen är en beskrivning av SLSO:s ledningssystem för patientsäkerhetsarbete.

Kontrollmoment

Namn
Löpande uppföljning av patientsäkerhetsarbetet
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Kontrollmoment

Frekvens
Årligen

Beskrivning
Löpande uppföljning av patientsäkerhetsarbetet av sjukvårdsdirektören och VO-cheferna. Patientsäkerhetsberättelser.

Kommentar

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Tydliggör ansvar och rutiner (ledningssystem)	2018-01-08	2018-12-31	●	■

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

Åtgärdsbeskrivning
Tydliggör ansvar och rutiner (ledningssystem) och utveckla intern uppföljning/egenkontroll. Utveckla handlingsplan för patientsäkerhetsarbetet på SLSO-nivå och VO-specifikt som även blir utgångspunkt för de lokala handlingsplanerna. Utveckla och systematisera avvikelsehanteringen från VO-nivå.

Kommentar

Åtgärder

5.2.3 Läkemedelshantering, stölder av narkotiska preparat

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
10914	12	Risk för brister i hantering av narkotiska preparat, i vissa av verksamheterna.	Karin Persson
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	4	Preparaten kan stjälas av anställda, för eget bruk eller försäljning.	Jennie Portnoff
	Konsekvens		
	3		

Kommentar

En kartläggning av läkemedelshanteringen av narkotiska är genomförd. Ett kontinuerligt arbete med frågan pågår inom SLSO.

Kontrollmoment

Namn
Kartläggning av brister i hantering av narkotiska preparat
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Kontrollmoment

Frekvens
Årligen

Beskrivning
Kartlägg brister i hantering av narkotiska preparat.

Kommentar

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Utarbeta faktabaserad strategi	2018-01-08	2018-12-31		

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

Åtgärdsbeskrivning
Utarbeta faktabaserad strategi för säkrare läkemedelshantering.

Kommentar

Åtgärder

5.2.4 Hot och våld

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
10916	8	Risk för våld från patienter mot personal samt mellan patienter	Karin Persson
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	2	Riskerna bedöms öka inom primärvården	Jennie Portnoff
	Konsekvens		
	4		

Kommentar

Etablerat inom Psykiatrin. SLSO har genomfört workshops med verksamhetschefer inom primärvården i syfte att utbilda och minska riskerna. En intern arbetsgrupp med lokala säkerhetssamordnare är etablerad i syfte att öka kunskapsspridningen gällande hantering av hot och våld inom sjukvården.

Kontrollmoment

Namn
Förebyggande arbete och utbildning för att minska risker för uppkomst av hot och våld
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Kontrollmoment

Frekvens
Kontinuerligt

Beskrivning
Intern arbetsgrupp bildad för att öka kunskapsspridningen gällande hanteringen av hot och våld inom sjukvården. Workshops och utbildning inom fler verksamhetsområden inom förvaltningen.

Kommentar

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Utbildning och kunskapsspridning	2018-01-08	2018-12-31	●	■

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

Åtgärdsbeskrivning
Utbildning inom Bergenmodellen inom flera verksamhetsområden. Workshops genomförda för att öka kunskap och ge verktyg för att kunna hantera hot och våld inom sjukvården.

Kommentar

Åtgärder

5.3 Högt förtroende för vården

5.3.1 Bristande förmåga att möta massmedia

10918	**Riskvärde** 6	**Riskbeskrivning** Risk att verksamhetsföreträdare och medarbetare ger missvisande eller felaktig information.	**Riskägare** Karin Persson
	Sannolikhet 2	**Konsekvens** Kan skapa eller bidra till omotiverad oro bland personal och patienter.	**Risksamordnare** Jennie Portnoff
	Konsekvens 3		

Kommentar

Att möta massmedia ingår i introduktionsutbildningen och basutbildningen i SLSO. Utbildning genomförs via lärtorget vår och höst. SLSO har även tagit fram en kurs för utsedda talespersoner. Riktlinjer finns framtagna.

Kontrollmoment

Namn
Utbildning och instruktion om att möta massmedia
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Kontrollmoment

Frekvens
Årligen

Beskrivning
Utbildning i att möta massmedia ingår i utbildning av chefer i organisationen. Utvärdera framtagna riktlinjer.

Kommentar

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Utvärdering av riktlinjer och utbildning	2018-01-08	2018-12-31	●	■

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

Åtgärdsbeskrivning
Utvärdera framtagna riktlinjer och hur de tillämpas. Kursutvärderingar för att ständigt utveckla utbildningsinsatser till chefer i organisationen. Utveckla stöd inom VS kommunikation till chefer.

Kommentar

Åtgärder

5.4 Säkra processer

5.4.1 Brister i informationssäkerheten

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
10915	9	Bristande kunskap om och förståelse för informationssäkerhetsrisker och hot.	Karin Persson
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	3	Ökade risker för brister i hanteringen av skyddsvärd information.	Jennie Portnoff
	Konsekvens		
	3		

Kommentar

En plan för informationssäkerhet fastställdes under våren 2018. Ett arbete har pågått under året med att genomföra efterlevnadskontroller och säkerhetsklassningar.

Kontrollmoment

Namn
Uppföljning och analys
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Kontrollmoment

Frekvens
Kontinuerligt

Beskrivning
Uppföljning via Compliance-portalen. Analys av resultat och förslag på åtgärder. Säkerställ kompetens på SLSO-nivå.

Kommentar

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Uppföljning av informationssäkerhet	2018-01-08	2018-12-31		

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

Åtgärdsbeskrivning
Kontinuerlig uppföljning via Compliance-portalen. Kontinuerliga analyser och förbättringsåtgärder.

Kommentar

Åtgärder

5.4.2 Brister i kris- och katastrofberedskap

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
10917	8	Risk för otydlighet när det uppstår en allvarlig situation inom verksamheten.	Karin Persson
	Sannolikhet	Konsekvens	Risksamordnare
	2	Bristande och otydlig hantering vid akuta situationer samt risk för bristande	Jennie Portnoff
	Konsekvens	patientsäkerhet	
	4		

Kommentar

SLSO har antagit en övergripande kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan. I planen framgår det hur SLSO ska agera vid allvarliga och extraordinära händelser. SLSO har antagit en kriskommunikationsplan som används som stöd för genomförande av kommunikationsinsatser under en kris. SLSO har införskaffat Rakel för att kunna säkerställa kommunikationsförmågan vid en kris. SLSO har deltagit i SLL:s centrala utbildnings- och övningsverksamhet för lokal särskild sjukvårdsledning.

Kontrollmoment

Namn
Kontroll av följsamhet till kris- och katastrofberedskap
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Kontrollmoment

Frekvens
En gång per år inom ramen för intern revision.

Beskrivning
Nya riktlinjer är framtagna och fastställda. Följsamheten följs upp inom ramen för SLSO:s intern revision. Avstämning i SLG.

Kommentar

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Begränsa risker inom kris- och katastrofberedskap	2018-01-08	2018-12-31	●	■

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

Åtgärdsbeskrivning
Nya riktlinjer framtagna av fullmäktige. SLSO har antagit en övergripande kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan samt en kriskommunikationsplan. SLSO har även införskaffat Rakel.

Kommentar

Åtgärder

5.5 Attraktiv arbetsgivare

5.5.1 Kompetensförsörjning

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
10911	12	Svårt att upprätthålla kontinuitet pga. rekryteringsproblem. Även beläggningssituationen	Karin Persson
	Sannolikhet	kan bidra till kontinuitetsbrister.	**Risksamordnare**
	4	**Konsekvens**	Jennie Portnoff
	Konsekvens	Kan ge brister i omhändertagandet.	
	3		

Kommentar

Ett arbete med kompetensförsörjning pågår kontinuerligt inom SLSO. Det är en prioriterad fråga inom förvaltningen. Respektive verksamhetsområde har upprättat kompetensförsörjningsplaner som följs upp löpande.

Kontrollmoment

Namn
Löpande uppföljning för att säkerställa kompetensförsörjningen
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Kontrollmoment

Frekvens
Följs upp löpande. Redovisas i samband med delår och bokslut.

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

Kommentar

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning	2018-01-08	2018-12-31		

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

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

Kommentar

Åtgärder

5.6 Modern arbetsorganisation

5.6.1 Ökande sjukfrånvaro

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
10912	12	Vi förmår inte minska sjukfrånvaron enligt plan. Enligt budget ska den genomsnittliga sjukfrånvaron minska från 21 till 19 dagar per anställd och år. Målet är ambitiöst och risk finns att det inte uppnås.	Karin Persson
	Sannolikhet		**Risksamordnare**
	4		Jennie Portnoff
	Konsekvens	**Konsekvens**	
	3	Verksamheten får störningar pga. sjukfrånvaron, kostnader ökar för vikarier och sjuklön, den anställde riskerar att få svårare att hålla kontakten med arbetslivet.	

Kommentar

Ett löpande arbete pågår inom varje verksamhetsområde, med bland annat enhetliga mallar. En särskild funktion som rehabcontroller är inrättad inom verksamhetsstöd HR.

Kontrollmoment

Namn
Följa upp ökande sjukfrånvaro

Kontrollmoment

Frekvens
Kontinuerligt under året i T1, delår och bokslut.

Beskrivning
SLG följer upp frågan löpande. Arbete pågår inom respektive VO-område för att minska sjukfrånvaron.

Kommentar

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Arbeta med att minska sjukfrånvaron	2018-01-08	2018-12-31		

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

Åtgärdsbeskrivning
Arbete pågår kontinuerligt inom respektive VO-område. Arbetet pågår med att skapa och arbeta enligt enhetliga mallar. En funktion som Rehabcontroller inrättad.

Kommentar

Åtgärder

5.7 Ett resultat i balans

5.7.1 Bristande affärsmässighet/kostnadsmedvetande

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
10913	9	Bristande förmåga att anpassa kostnader till ändrad ersättning. Risk för fler RE med ekonomiskt underskott, bl.a. som en följd av generella och opåverkbara kostnadsökningar och begränsande eller inga höjningar av ersättningar från HSF.	Karin Persson
	Sannolikhet		**Risksamordnare**
	3		Jennie Portnoff
	Konsekvens	**Konsekvens**	
	3	Återkommande ekonomiska problem och bristande förmåga att anpassa kostnaderna tar kraft och resurser från verksamhet och utveckling. Fler RE med underskott ökar risken avseende resultatkravet på SLSO-nivå. Ställer därmed krav på generella åtgärder.	

Kommentar

Det ekonomiska resultatet för 2018 är 52,4 mkr vilket innebär en negativ avvikelse mot det av fullmäktige fastställda resultatkraven. Antalet resultatenheter med ekonomi i balans per den 31 december var 54 % vilket är en förbättring jämfört med föregående år.

Under året har åtgärdsplaner upprättats och åtgärder vidtagits inom de resultatenheter som prognostiserat underskott. Dessa åtgärder har dock inte varit tillräckliga för att uppnå fullmäktiges resultatkrav.

Kontrollmoment

Namn
Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Månatligen

Beskrivning
Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar under T1, delår och bokslut, på såväl VO- som SLSO-nivå. Utveckla stödet på VO-nivå och inom vårdgrenar. Prioritera löpande drift och se projekt och aktiviteter som drar personella resurser från verksamheten. Resultatkravet för SLSO kräver åtgärder inom alla RE.

Kommentar

Åtgärder

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Uppföljning av ekonomi **Åtgärdsansvarig**	2018-01-08	2018-12-31		

Åtgärder

Karin Persson

Åtgärdsbeskrivning

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

SLSO:s mål och indikatorer

Mål och indikator	Utfall 2018	Utfall 2017	Mål 2018
EKONOMI I BALANS			
Ett positivt resultat före omställningskostnader, mkr	52,4 mkr	104 mkr	105 mkr
Resultatenheter med ekonomi i balans	54%	45%	80%
Produktivitet	0,4%	-0,8%	1%

Mål och indikator	Utfall 2018	Utfall 2017	Mål 2018
TILLGÄNGLIGHET, VALFRIHET OCH KVALITET I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN			
Vård i rätt tid och på rätt plats			
Andel patienter som får vård inom 5 dagar hos husläkare	97%	92%	> 90%
Andel patienter som får tid till för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	89%	i.u.	≥ 73%
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	i.u.	i.u.	≥ 90%
Handlingsplan för webbtidbokningar av besök (1 plan per VO)	100%	n.a.	100%
Säker vård			
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	3,7%	4,1%	≤5 %
Antibiotikaförskrivning (SLSO:s uttagna recept/1000 listade)	122,8	142,3	≤158
Andel patienter där förekomst av tobaksbruk är dokumenterat i journalen	28%	19%	≥ 35 %
Hög effektivitet			
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete	91%	82%	≥ 70 %
Följsamhet till kloka listan (utan tilläggslista)	85%	85%	≥ 86 %
Högt förtroende för vården			
Andel patienter som rekommenderar sin vårdenhet	95%*	94%*	> 82%

* Avser Psykatri Öppenvård

Mål och indikator	Utfall 2018	Utfall 2017	Mål 2018
ATTRAKTIV ARBETSGIVARE			
Attraktiv arbetsgivare			
Medarbetarindex	78	76	≥ 76
Ledarskapsindex	80	77	≥ 77
Totalindex	77	74	≥ 75
Modern arbetsorganisation			
Plan för uppgiftsväxling/använda rätt kompetens (1 plan per VO)	100%	n.a.	100%
Systematisk kompetensplanering			
Plan för pilotinförande av KOLL (1 plan per VO)	100%	n.a.	100%
Plan för kompetensförsöjning utifrån SLSO:s övergripande plan (1 plan per VO)	100%	n.a.	100%
Hälsofrämjande arbetsmiljö			
Plan för arbetsåtergång efter sjukskrivning hel- eller deltid (1 plan per VO)	100%	n.a.	100%

* årets medarbetarenkät genomförs i oktober

Mål och indikator	Utfall 2018	Utfall 2017	Mål 2018
KONKURRENSKRAFTIG FOUU			
Vetenskapliga aktiviteter (Journal Impact Factor)	15 989	11 129	>2017
FoUU-medel	20 045 tkr		Baslinje
Studerande veckor	14 358	13 536	>2017
Medarbetare med magister- masterexamen/disputation	i.u	874	>2017

* mäts årsvis

Mål och indikator	Utfall 2018	Utfall 2017	Mål 2018
HÅLLBAR TILLVÄXT OCH UTVECKLING			

Förnybart drivmedel för transporter	22%	20%	≥35%
Ekologiska livsmedel(patientmåltider)	40%	27%	≥40%