Region Stockholm

Stockholms läns sjukvårdsområde

Plan för intern kontroll 2021

Budget 2021

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Sammanfattning 3
2.1 Arbetet med intern kontroll 3
2.2 Resultat och analys från riskbedömningen 3

3 Intern kontroll 5
3.1 Styr- och kontrollmiljö 6
3.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter 6
3.2.1 Förändrade förutsättningar för intern kontroll 6
3.2.2 Analys och slutsatser 6
3.3 Information och kommunikation 7
3.4 Övervakning och uppföljning 7
3.4.1 Uppföljning 7
3.4.2 Efterlevnad av styrande dokument 8
3.4.3 Hantering av brister och avvikelser 8

4 Sammanställning av risker 9

1 Bakgrund

Enligt 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725)ska varje nämnd inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

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

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

Region Stockholm har, utifrån kommunallagen, beslutat om riktlinjer för intern kontroll för Region Stockholm, RS2019-0866. Riktlinjens krav på intern kontroll förtydligas i Stödet och i de anvisningar för arbetet med verksamhetsplanen samt för tertial-, delårs- och årsrapporteringen som publiceras i Ekonomihandboken på intranätet och i Stödet.

2 Sammanfattning

2.1 Arbetet med intern kontroll

SLSO:s arbete med intern kontroll sker i enlighet med regionledningskontorets anvisningar och gällande riktlinje för intern kontroll. Ett arbete har påbörjats med att samordna arbetet med intern kontroll, verksamhetsplanering och ledningssystem för att skapa en tydligare struktur samt styrning och ledning av verksamheten. SLSO planerar att fortsätta utveckla detta arbete under 2021.

SLSO ser ett ökat antal risker inom ekonomi och styrning under 2021. SLSO har dessutom en hög risk kopplat till förmågan att tillgodose digitaliseringsbehovet. Under 2021 kommer förvaltningen fort satt ha fokus på uppföljning av ekonomi och verksamhet samt utveckla både den ekonomiska analysen och verksamhetsanalyser. Förvaltningen kommer följa upp indikatorer i styrkorten.

År 2020 påverkades kraftigt av den rådande pandemin orsakad av Covid-19 med en ökad belastning på både öppen- och slutenvård inom SLSO. Under hösten har smittspridningen återigen ökat och verksamheterna planerar för att klara ökade eller förändrade behov av vård inom sina respektive verksamheter. Vad detta kommer att innebära för SLSO:s förutsättningar 2021 och därmed arbetet med den interna kontrollen är mycket osäkert.

2.2 Resultat och analys från riskbedömningen

SLSO genomför årligen en riskanalys och utarbetar en plan för intern kontroll, i enlighet med Region Stockholms gällande policy för intern kontroll. Detta sker i anslutning till arbetet med budget och verksamhetsplan. Internkontrollplanen för 2021 ska fastställas av nämnden i samband med verksamhetsplan 2021.

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

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

I planen för intern kontroll 2021 har SLSO identifierat ett ökat antal risker för verksamheten. De ökade antalet risker finns främst inom ekonomi och styrning. Riskerna finns inom hantering av icke bärkraftiga verksamheter, ökade målkonflikter relaterade till olika styrningslogiker, övervältring av administration på vårdpersonal, affärsmässighet/En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar samt bristande kostnadsmedvetande i organisationen.

För att minimera dessa risker och öka möjligheten till måluppfyllelse kommer SLSO under 2021 arbeta med att stärka ekonomiska analyser och verksamhetsanalyser och följa upp indikatorer i styrkorten i samband med uppföljningen av tertial, delårs- och årsuppföljningen.

Det pågår dessutom ett arbete med att förtydliga styrande dokument och rutiner samt organisatorisk ansvarsnivå. SLSO kommer under 2021 införa ett nytt ärende- och dokumenthanteringssystem samt införa Stratsys/Stödet för verksamhetsplanering inom samtliga verksamheter.

SLSO ser en risk med de utmaningar som nuvarande digitala miljö innebär. Sättet nuvarande journalsystem är byggt på *s*kapar problem med underhåll och vidareutveckling. Detta kan leda till ökade kostnader och uteblivna effektiviseringsvinster. SLSO kommer därför under 2021 arbeta med att identifiera ett antal projekt för att säkerställa kritiska funktioner inom och i vissa fall i tillägg till i nuvarande system.

Inför 2021 finns det en stor osäkerhet kopplat till utvecklingen av den pågående pandemin orsakad av Covid-19 och hur det kommer att påverka SLSO:s verksamhet samt övriga identifierade risker i den interna kontrollplanen för 2021. SLSO kommer att systematiskt tillvarata erfarenheter under pandemin för att förbättra kris-och katastrofhanteringen samt förtydliga aktiveringsplaner och säkerställa långsiktig uthållighet.

Risker i varierande grad finns när det gäller verksamhetens personal- och kompetensförsörjning, informationssäkerhet, patientsäkerhet samt tillgänglighet. SLSO kommer därför prioritera arbetet med förändrade arbetssätt, öka digitaliseringsgraden inom verksamheterna, genomföra utbildningsinsatser inom bland annat informationssäkerhet samt utveckla stödet till chefer.

3 Intern kontroll

Arbetet med intern kontroll syftar till att proaktivt säkerställa att verksamheten i enlighet med vad fullmäktige beslutar:

- uppfyller fastställda mål
- når långsiktig varaktighet och hållbarhet
- bedriver verksamheten ändamålsenligt, säkert och effektivt
- följer tillämpliga lagar, beslut, föreskrifter, avtal, styrande dokument med mera.
- har tillförlitlighet i rapportering och information

Intern kontroll inom Region Stockholm regleras i riktlinjen för intern kontroll RS 2019-0866 och 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
- Kontroller och åtgärder
- Information och kommunikation
- Övervakning och uppföljning.

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

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

Nämnden tar i samband med budget och verksamhetsplaneringen fram en plan för intern kontroll, denna plan uppdateras och följs upp vid tertial-, delårs- och årsrapportering.

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

Förvaltningschefen ska vid behov föreslå åtgärder för att säkerställa en tillfredställande intern kontroll. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnden. Förvaltningschefen ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår. Vid välgrundad misstanke om brott ska som regel polisanmälan göras. Vidare ska nämnden och andra relevanta beslutsfattare omedelbart informeras.

Planen för intern kontroll utgör nämndernas och bolagens redovisning av arbetet med den interna kontrollen och en försäkran om att nödvändiga åtgärder vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll. Den utgör samtidigt grunden för den information om intern kontroll som nämnderna och bolagen redovisar i andra rapporter.

3.1 Styr- och kontrollmiljö

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

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

Sjukvårdsdirektören rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner.

Sjukvårdsdirektören kommer under 2021 genomföra en organisationsförändring för att ytterligare förtydliga roll- och ansvarsfördelningen och där erfarenheter från pandemin tagits i beaktande.

3.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter

3.2.1 Förändrade förutsättningar för intern kontroll

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

SLSO har inför 2021 identifierat ett ökat antal risker inom ekonomi och styrning. Det finns dessutom en osäkerhet om hur den pågående pandemin orsakad av Covid-19 kommer att påverka SLSO:s verksamheter och arbetet med identifierade risker vilket bidrar till osäkra förutsättningar.

3.2.2 Analys och slutsatser

I interkontrollplanen för 2021 ha det identifierats ett ökat antal risker inom ekonomi och styrning. Riskerna finns främst inom hantering av icke bärkraftiga verksamheter, ökade målkonflikter relaterade till olika styrningslogiker, övervältring av administration på vårdpersonal samt även inom affärsmässighet/en kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar samt bristande kostnadsmedvetande inom organisationen.

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

Risker i varierande grad finns när det gäller såväl tillgänglighet som patientsäkerhet samt kris- och katastrofberedskap.

SLSO kommer att arbeta aktivt under 2021 för att stärka den ekonomiska uppföljningen inom förvaltningens olika delar för att säkerställa god ekonomisk hushållning och en ekonomi i balans. SLSO kommer att arbeta med att upprätta business case vid verksamhetsförändringar, genomföra översyn av vårdutbud och konkurrenssituation samt utveckla R12 för att vidta proaktiva åtgärder.

SLSO kommer dessutom att intensifiera arbetet med att utveckla handlingsplaner inom bland annat kompetensförsörjning och säkerställa att riktlinjer, övergripande anvisningar och rutiner hanteras på rätt organisatorisk nivå. SLSO kommer även att utveckla stödet till verksamhetens chefer för att säkerställa en god patientsäkerhet och ekonomisk utveckling inom RE samt arbeta aktivt med att förändra arbetssätt och öka digitaliseringsgraden.

SLSO kommer under 2021 införa ett nytt ärende- och dokumenthanteringssystem, införa Stratsys/Stödet för verksamhetsplanering samt utveckla användningen av onepage inom hela verksamheten.

För att kunna upprätthålla SLSO:s verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinära händelser kommer förvaltningen att förtydliga aktiveringsplaner samt säkerställa långsiktig uthållighet både på förvaltningsövergripande nivå samt på RE-nivå. Att tillvara ta erfarenheter från hantering av pandemin orsakad av Covid-19 under 2020 kommer dessutom vara en prioriterad uppgift under 2021.

SLSO kommer även under 2021 att arbeta med att informera, utbilda och följa upp informationssäkerhet för att säkerställa att Region Stockholms riktlinjer för informationssäkerhet följs och att integritetskänsliga uppgifter hanteras på ett korrekt sätt. SLSO kommer dessutom arbeta aktivt med att säkerställa kritiska funktioner inom och i vissa fall i tillägg till nuvarande journalsystem för att försöka tillgodose digitaliseringsbehoven.

3.3 Information och kommunikation

SLSO har tagit fram ett flertal dokument, som utgår från Region Stockholms övergripande styrande dokument, för att understödja information och kommunikation om intern styrning och kontroll i verksamheterna. Dessa dokument finns tillgängliga för medarbetare och chefer via förvaltningens intranät och från 2021 i förvaltningens nya ärende- och dokumenthanteringssystem.

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

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

3.4 Övervakning och uppföljning

3.4.1 Uppföljning

Rapportering av den interna kontrollen sker till SLSO:s ledningsgrupp i samband med tertial, delårs- och årsuppföljning. Sjukvårdsdirektören är ansvarig för den interna kontrollen inom SLSO och rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner. Nämnden beslutar dessutom om planen för intern kontroll 2021 i samband med beslut om verksamhetsplan 2021. Nämnden fattar även beslut om uppföljning av den interna kontrollen i samband med beslut om boksluten för tertial, delårs- och

årsuppföljningen.

3.4.2 Efterlevnad av styrande dokument

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

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

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

SLSO följer Region Stockholms policy för intern kontroll, RS 2019-0866. Intern kontroll inom Region Stockholm är en tillämpning av COSO-modellen vilken SLSO har använt sig av för att ta fram internkontrollplan 2021. Inom ramen för den interna revisionen säkerställer förvaltningen dessutom en god intern styrning och kontroll och följsamhet till styrande dokument

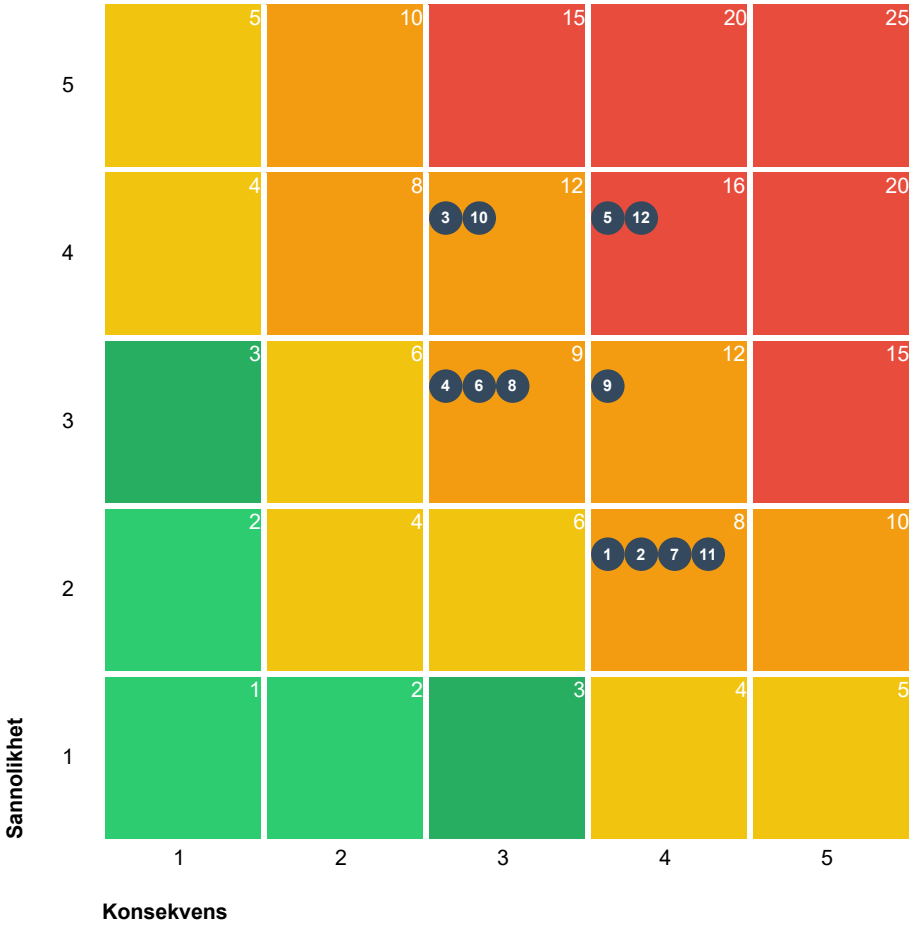
3.4.3 Hantering av brister och avvikelser

Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde har tagit fram en plan för intern kontroll för 2021. I planen för intern kontroll har de mest väsentliga riskerna identifierats. Områden i planen där väsentliga brister noteras åtgärdas löpande och följs upp. Bland de väsentligaste riskerna i internkontrollplanen för 2021 finns ett flertal risker inom ekonomi och styrning och ett särskilt fokus kommer att läggas på verksamhets- och ekonomiska analyser under 2021.

År 2020 påverkades kraftigt av den rådande pandemi orsakad av Covid-19 med en ökad belastning på både öppen- och slutenvård inom SLSO. Under hösten har smittspridningen återigen ökat och vad detta kommer att innebära för förutsättningarna 2021 och därmed arbetet med den interna kontrollen är mycket osäkert.

I delårsuppföljningen 2020 bedömde regionrevisorerna att SLSO har en tillfredsställande intern styrning och kontroll.

4 Sammanställning av risker



2 Mycket hög risk | 10 Hög risk | Totalt: 12

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

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

Verksamhetsspecifikt mål/Nämndspecifikt mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
En hälso- och sjukvård av god kvalitet		1		11924	Bristande patientsäkerhet	**Riskägare** Anna-Lena Berggren
		2		10908	Bristande tillgänglighet/bristande förmåga att ändra arbetssätt	**Riskägare** Anna-Lena Berggren
Uppnå strukturerad styrning av Region Stockholms verksamheter		3		48300	Ökande målkonflikter relaterade till olika styrningslogiker	**Riskägare** Karin Persson
Ett resultat i balans		4		10913	Bristande kostnadsmedvetande i organisationen	**Riskägare** Karin Persson
		5		11919	Hantering av icke bärkraftiga verksamheter	**Riskägare** Karin Persson
		6		27876	Affärsmässighet/En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar	**Riskägare** Karin Persson
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		7		11922	Ökad svårighet att rekrytera personal	**Riskägare** Lars Dahlberg
Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar		8		37471	Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse	**Riskägare** Karin Persson
Systematisk kompetensförsörjning		9		11923	Bristande ledarskap	**Riskägare** Lars Dahlberg
Kärnverksamheten ska prioriteras		10		27877	Övervältring av administration på vårdpersonal	**Riskägare** Karin Persson
Hög innovations- och digitaliseringsgrad		11		11928	Brister i informationssäkerheten	**Riskägare** Annika Jerhamre
		12		48301	Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven	**Riskägare** Ulf Lockowandt

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga 1: Sammanställning mål, risker, kontroller och åtgärder, plan 2021

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning 3

2 En hälso- och sjukvård av god kvalitet 4

3 Uppnå strukturerad styrning av Region Stockholms verksamheter 6

4 Ett resultat i balans 7

5 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare 9

6 Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar 10

7 Systematisk kompetensförsörjning 11

8 Kärnverksamheten ska prioriteras 12

9 Hög innovations- och digitaliseringsgrad 13

1 Läsanvisning

Bilaga 1 ger en övergripande sammanställning av de risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. I bilaga 2 redovisas en fördjupad sammanställning där även kommentarer till förändringar och avvikelser framgår. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas risknivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Risknivå

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

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

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

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

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

Kontroller

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

- Streck, kontrollen ej planerade att genomföras under perioden
- Grön, kontrollen är genomförda utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

2 En hälso- och sjukvård av god kvalitet

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande patientsäkerhet **Riskägare** Anna-Lena Berggren	**Namn** Patientsäkerhetsberättelse och systematiska granskningar **Frekvens** Årlig patientsäkerhetsberättelse och kontinuerliga analyser. **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Lärande organisation **Åtgärdsansvarig** Anna-Lena Berggren **Startdatum** 2021-01-01 **Slutdatum** 2021-12-31		
Namn Bristande tillgänglighet/bristande förmåga att ändra arbetssätt **Riskägare** Anna-Lena Berggren	**Namn** Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort **Frekvens** T1, delårsuppföljning och årsuppföljning. **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen **Åtgärdsansvarig** Anna-Lena Berggren		

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
			Startdatum 2021-01-01 **Slutdatum** 2021-12-31		

3 Uppnå strukturerad styrning av Region Stockholms verksamheter

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Ökande målkonflikter relaterade till olika styrningslogiker **Riskägare** Karin Persson	**Namn** Uppföljning av styrkort **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Målkonflikter på rätt nivå **Åtgärdsansvarig** Karin Persson **Startdatum** 2021-01-01 **Slutdatum** 2021-12-31		

4 Ett resultat i balans

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande kostnadsmedvetande i organisationen **Riskägare** Karin Persson	**Namn** Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar **Frekvens** Månadsuppföljning **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Uppföljning av ekonomi **Åtgärdsansvarig** Karin Persson **Startdatum** 2021-01-01 **Slutdatum** 2021-12-31		
Namn Hantering av icke bärkraftiga verksamheter **Riskägare** Karin Persson	**Namn** Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna **Frekvens** Månadsuppföljning **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner **Åtgärdsansvarig** Karin Persson **Startdatum** 2021-01-01		

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
			Slutdatum 2021-12-31		
Namn Affärsmässighet/En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar **Riskägare** Karin Persson	**Namn** Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna **Frekvens** Månadsuppföljning **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Regelbunden uppföljning **Åtgärdsansvarig** Karin Persson **Startdatum** 2021-01-01 **Slutdatum** 2021-12-31		

5 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Ökad svårighet att rekrytera personal **Riskägare** Lars Dahlberg	**Namn** Uppföljning av indikatorer **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning. **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning. **Åtgärdsansvarig** Lars Dahlberg **Startdatum** 2021-01-01 **Slutdatum** 2021-12-31		

6 Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse **Riskägare** Karin Persson	**Namn** Uppföljning av verksamheten **Frekvens** Kontinuerligt samt uppföljning av styrkorten i samband med T1, delår och årsuppföljning. **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Tillvarata erfarenheter **Åtgärdsansvarig** Karin Persson **Startdatum** 2021-01-01 **Slutdatum** 2021-12-31		

7 Systematisk kompetensförsörjning

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande ledarskap **Riskägare** Lars Dahlberg	**Namn** Följ upp verksamhetsområdenas verksamhet **Frekvens** Medarbetarenkät årligen. Chefsdialoger kontinuerligt. **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer **Åtgärdsansvarig** Lars Dahlberg **Startdatum** 2021-01-01 **Slutdatum** 2021-12-31		

8 Kärnverksamheten ska prioriteras

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Övervältring av administration på vårdpersonal **Riskägare** Karin Persson	**Namn** Uppföljning av indikator **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning. **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Införande av digitala system **Åtgärdsansvarig** Annika Jerhamre **Startdatum** 2021-01-01 **Slutdatum** 2021-12-31		

9 Hög innovations- och digitaliseringsgrad

Risk	Kontroll	Status	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Brister i informationssäkerheten **Riskägare** Annika Jerhamre	**Namn** Uppföljning av inrapporterade incidenter **Frekvens** Årligen **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Riktlinjer framtagna **Åtgärdsansvarig** Annika Jerhamre **Startdatum** 2021-01-01 **Slutdatum** 2021-12-31		
Namn Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven **Riskägare** Ulf Lockowandt	**Namn** Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser **Frekvens** Årligen **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff				
			Namn Säkerställa kritiska funktioner i nuvarande system **Åtgärdsansvarig** Ulf Lockowandt **Startdatum** 2021-01-01		

Risk	Kontroll Status	Åtgärd Status Effekt
		Slutdatum 2021-12-31

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga 2: Fördjupad sammanställning av mål, risker, kontroller och åtgärder, plan 2021

Innehållsförteckning

1 Läsanvisning 4

2 En hälso- och sjukvård av god kvalitet 5

2.1 Bristande patientsäkerhet 5

2.2 Bristande tillgänglighet/bristande förmåga att ändra arbetssätt 6

3 Uppnå strukturerad styrning av Region Stockholms verksamheter 8

3.1 Ökande målkonflikter relaterade till olika styrningslogiker 8

4 Ett resultat i balans 10

4.1 Bristande kostnadsmedvetande i organisationen 10

4.2 Hantering av icke bärkraftiga verksamheter 11

4.3 Affärsmässighet/En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar 13

5 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare 15

5.1 Ökad svårighet att rekrytera personal 15

6 Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar 17

6.1 Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse 17

7 Systematisk kompetensförsörjning 19

7.1 Bristande ledarskap 19

8 Kärnverksamheten ska prioriteras 21

8.1 Övervältring av administration på vårdpersonal 21

9 Hög innovations- och digitaliseringsgrad 23

9.1 Brister i informationssäkerheten 23

9.2 Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven 24

1 Läsanvisning

Bilaga 2 ger en fördjupad sammanställning av de risker, åtgärder och kontroller samt hur dessa kopplar till målen för verksamheten. I bilaga 1 redovisas en övergripande sammanställning. Nedan förklaras de olika nivåer som utgör bedömningen för riskernas risknivå, kontrollernas status och åtgärdernas status och riskreducerande effekt.

Risknivå

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

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

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

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

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

Kontroller

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

- Streck, kontrollen ej planerade att genomföras under perioden
- Grön, kontrollen är genomförda utan avvikelser
- Gul, kontrollen är genomförd med avvikelser
- Röd, kontrollen är inte genomförd

2 En hälso- och sjukvård av god kvalitet

2.1 Bristande patientsäkerhet

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
11924	8	Bristfälliga rutiner för att identifiera patientsäkerhetsrisker. Risk för underrapportering avvikelser och brister i analys, uppföljning och åtgärder. Samma risk avseende klagomål.	Anna-Lena Berggren
	Sannolikhet		
	2	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	Konsekvens	Bristande förebyggande arbete kan leda till vårdskada. Oförmåga att rapportera, analysera och dra lärdom av avvikelser och klagomål kan leda till att de upprepas.	Jennie Portnoff
	4		

Kontroll	Status
Namn Patientsäkerhetsberättelse och systematiska granskningar **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff	–

Frekvens
Årlig patientsäkerhetsberättelse och kontinuerliga analyser.

Beskrivning
Patientsäkerhetsberättelse, analys av händelsevis, avvikelsehantering.

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Lärande organisation	2021-01-01	2021-12-31	

Åtgärdsansvarig
Anna-Lena Berggren

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

Kommentar

2.2 Bristande tillgänglighet/bristande förmåga att ändra arbetssätt

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

Kontroll	Status
Namn	
Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort	
Kontrollansvarig	
Jennie Portnoff	

Kontroll	Status

Frekvens
T1, delårsuppföljning och årsuppföljning.

Beskrivning
Uppföljning av tillgänglighetsindikatorer. Följa digitaliseringsgraden.

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen	2021-01-01	2021-12-31	

Åtgärdsansvarig
Anna-Lena Berggren

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

Kommentar

3 Uppnå strukturerad styrning av Region Stockholms verksamheter

3.1 Ökande målkonflikter relaterade till olika styrningslogiker

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
48300	12	Ägarstyrning/beställarstyrning/målstyrning/ekonomistyrning är inte alltid överensstämmande	Karin Persson
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	4	Fokus på fel saker, otydlighet. Suboptimal styrning.	Jennie Portnoff
	Konsekvens		
	3		

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av styrkort **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning **Beskrivning** Regelbunden uppföljning av SLSO:s styrkort ***Kommentar***	–

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Målkonflikter på rätt nivå	2021-01-01	2021-12-31	

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

Åtgärdsbeskrivning
Tydliggöra målstyrningen på central och lokal nivå. Göra styrningslogiken så tydlig som möjligt för verksamheterna.

Kommentar

4 Ett resultat i balans

4.1 Bristande kostnadsmedvetande i organisationen

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
10913	9	Oförmåga att förstå ekonomiska konsekvenser av fattade beslut i stort och smått.	Karin Persson
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	3	Fokus på felaktiga ekonomiska åtgärder. Onödiga kostnader.	Jennie Portnoff
	Konsekvens		
	3		

Kontroll	Status
Namn Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff **Frekvens** Månadsuppföljning **Beskrivning** Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser. ***Kommentar***	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Uppföljning av ekonomi	2021-01-01	2021-12-31	

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

Åtgärdsbeskrivning
Utveckla och utöka användning av onepage.

Kommentar

4.2 Hantering av icke bärkraftiga verksamheter

11919

Riskvärde
16

Sannolikhet
4

Konsekvens
4

Riskbeskrivning
Svårigheter att identifiera rätt åtgärder. Svårigheter att få avveckla verksamheter, om åtgärder inte bedöms möjliga eller tillräckliga.

Konsekvens
Påverkar det ekonomiska resultatet och tar kraft från verksamheten.

Riskägare
Karin Persson

Risksamordnare
Jennie Portnoff

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff	

Kontroll	Status

Frekvens
Månadsuppföljning

Beskrivning
Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser.

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner	2021-01-01	2021-12-31	

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

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

Kommentar

4.3 Affärsmässighet/En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
27876	9	Kortsiktig ekonomisk planering/framförhållning. Bristande förmåga att anpassa kostnader till ändrad	Karin Persson
	Sannolikhet	ersättning/förutsättningar.	**Risksamordnare**
	3	**Konsekvens**	Jennie Portnoff
	Konsekvens	Underskott som inte hanteras. Resultatkravet för SLSO uppnås inte. Kortsiktiga beslut som långsiktigt inte är hållbara.	
	3	Ökad uppmärksamhet (reaktivt) på ekonomi och åtgärder, tar kraft och resurser från verksamhet och utveckling.	

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff **Frekvens** Månadsuppföljning **Beskrivning** Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser. Upprätta business case vid verksamhetsförändringar. ***Kommentar***	–

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Regelbunden uppföljning	2021-01-01	2021-12-31	

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

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

Kommentar

5 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

5.1 Ökad svårighet att rekrytera personal

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

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av indikatorer **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff **Frekvens** T1, delår och årsuppföljning. **Beskrivning** Uppföljning av indikatorer. ***Kommentar***	–

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning.	2021-01-01	2021-12-31	

Åtgärdsansvarig
Lars Dahlberg

Åtgärdsbeskrivning
Upprätta kompetensförsörjningsplaner inom respektive verksamhet. Anpassa koll så att det stödjer kompetensen inom kärnverksamheten.

Kommentar

6 Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar

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

37471

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

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av verksamheten **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff	—

Frekvens
Kontinuerligt samt uppföljning av styrkorten i samband med T1, delår och årsuppföljning.

Beskrivning
Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser. Uppföljning av styrkort.

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Tillvarata erfarenheter	2021-01-01	2021-12-31	

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

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

Kommentar

7 Systematisk kompetensförsörjning

7.1 Bristande ledarskap

11923

Riskvärde
12

Sannolikhet
3

Konsekvens
4

Riskbeskrivning
Verksamhetschefen är en nyckelroll i SLSO:s styr- och ledningsmodell. Ska ges stöd att ha förutsättningar att kunna ta sitt ansvar. Om chefer sviktar eller brister i sitt uppdrag, äventyras både kvalitet och ekonomi.

Konsekvens
Bristande måluppfyllelse (ekonomi, kvalitet, arbetsmiljö)

Riskägare
Lars Dahlberg

Risksamordnare
Jennie Portnoff

Kontroll	Status
Namn Följ upp verksamhetsområdenas verksamhet **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff **Frekvens** Medarbetarenkät årligen. Chefsdialoger kontinuerligt. **Beskrivning** Medarbetarenkät och chefsdialoger. ***Kommentar***	–

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer	2021-01-01	2021-12-31	

Åtgärdsansvarig
Lars Dahlberg

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

Kommentar

8 Kärnverksamheten ska prioriteras

8.1 Övervältring av administration på vårdpersonal

27877

Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
12	Ökade administrativa krav samt krav på effektivisering av administrationen.	Karin Persson
Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
4	Minskade resurser för kärnverksamheten.	Jennie Portnoff
Konsekvens		
3		

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av indikator **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff	

Frekvens
T1, delår och årsuppföljning.

Beskrivning
Uppföljning av indikatorn andel administrativ personal av totala kostnader.

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Införande av digitala system	2021-01-01	2021-12-31	

Åtgärdsansvarig
Annika Jerhamre

Åtgärdsbeskrivning
Införande av ett nytt ärende- och dokumenthanteringssystem. Minska lokal administration genom att minsk lokala rutiner. Tydlig styrning uppifrån och ner.
Införande av Stratsys/Stödet för verksamhetsplanering.

Kommentar

9 Hög innovations- och digitaliseringsgrad

9.1 Brister i informationssäkerheten

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
11928	8	Risk att SLSO inte lever upp till regionens riktlinjer för informationssäkerhet.	Annika Jerhamre
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	2	Ökande risker för dålig hantering av integritetskänsliga uppgifter.	Jennie Portnoff
	Konsekvens		
	4		

Kontroll	Status
Namn Uppföljning av inrapporterade incidenter **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff **Frekvens** Årligen **Beskrivning** Uppföljning av inrapporterade incidenter via helpdesk eller händelsevis. Rapporteras årligen till SLG. ***Kommentar***	

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Riktlinjer framtagna	2021-01-01	2021-12-31	

Åtgärdsansvarig
Annika Jerhamre

Åtgärdsbeskrivning
Kommunicera framtagna riktlinjer för informationssäkerhet inom SLSO. Systematisk uppföljning. Samtliga medarbetare ska ha genomgått GDPR- och DISA-utbildning. Kvalitetsäkringsråd och forskningsberedning. Anpassa SLSO:s underlag för innovation och digitalisering för att följa rådande lagstiftning.

Kommentar

9.2 Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven

48301

Riskvärde
16

Sannolikhet
4

Konsekvens
4

Riskbeskrivning
FVM nedlagt/patientsystem. Sättet journalsystemet är byggt på vilket ställer till problem både med underhåll och vidareutveckling.

Konsekvens
Ökade kostnader, uteblivna effektiviseringsmöjligheter

Riskägare
Ulf Lockowandt

Risksamordnare
Jennie Portnoff

Kontroll	Status
Namn Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser **Kontrollansvarig** Jennie Portnoff	

Kontroll	Status

Frekvens
Årligen

Beskrivning
Genomföra verksamhetsanalyser och ekonomiska analyser.

Kommentar

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status
Säkerställa kritiska funktioner i nuvarande system	2021-01-01	2021-12-31	

Åtgärdsansvarig
Ulf Lockowandt

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

Kommentar