Stockholms läns sjukvårdsområde
Sjukvårdsdirektören

BESLUTSUNDERLAG
2020-02-03

SLSO 19-644
RS 2019-0242

Verksamhetsberättelse 2019 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Verksamhetsberättelse för verksamhetsåret 2019 för Stockholms läns sjukvårdsområde har upprättats enligt regionstyrelsens beslut och enligt anvisningar från regionledningskontoret.

Årets resultat uppgår till 228,6 mkr.

Förslag till beslut

Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att fastställa verksamhetsberättelse per 2019-12-31 med bilagor, samt

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Karin Persson
Ekonomidirektör

Bifogas

Årsrapport med bilagor

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

Stockholms läns sjukvårdsområde

Verksamhetsberättelse

December 2019

Innehållsförteckning

1 Inledning 4
1.1 Väsentliga händelser 5

2 Styrning och ledning 6
2.1 Verksamhetsfakta 6
2.2 Styrning av nämnd/bolag 6
2.2.1 Stiftelser 7
2.3 Mål 7
2.3.1 Uppfyllelse av mål och indikatorer 8
2.3.2 Långsiktigt hållbar ekonomi 8
2.3.3 En hållbar region Stockholm 9
2.3.4 Region Stockholm ska vara en attraktiv arbetsgivare 16
2.3.5 Hälso- och sjukvården i Stockholm ska präglas av korta vårdköer, hög tillgänglighet, god kvalitet och invånarens möjlighet att själv välja vårdgivare 18
2.4 Intern kontroll och regelefterlevnad 22
2.4.1 Arbetet med intern kontroll 22
2.4.2 Resultat och analys från riskbedömningen 23
2.4.3 Försäkran 23
2.4.4 Regelefterlevnad 23
2.5 Anmodan 30
2.6 Produktivitet 33

3 Verksamhet 35
3.1 Verksamhetsförändringar 40
3.2 Vårdproduktion 41
3.3 Produktion ur ett jämställdhetsperspektiv 45

4 Ekonomi 46
4.1 Resultat 46
4.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal 49
4.2 Åtgärdsprogram för en ekonomi i balans 50
4.3 Investeringar 51
4.3.1 Investeringsobjekt 52
4.3.2 Ny- och ersättningsinvesteringar 52
4.4 Resultatdisposition 53

4.5 Balansräkning 53
4.6 Kassaflödesanalys 54

5 Personal och utbildning 55
5.1 Attraktiv arbetsgivare 55
5.2 Arbetsmiljö och hälsa 56
5.3 Systematisk kompetensförsörjning 58
5.4 Personal 60
5.5 Sjukfrånvaro 63

6 Risker och möjligheter 64

7 Pågående rättsprocesser (tvister) 65

8 Ledningens åtgärder 66

9 Övrigt 67

10 Förväntad utveckling 2020 68

11 Nämnd-/styrelsebehandling 69

Bilagor

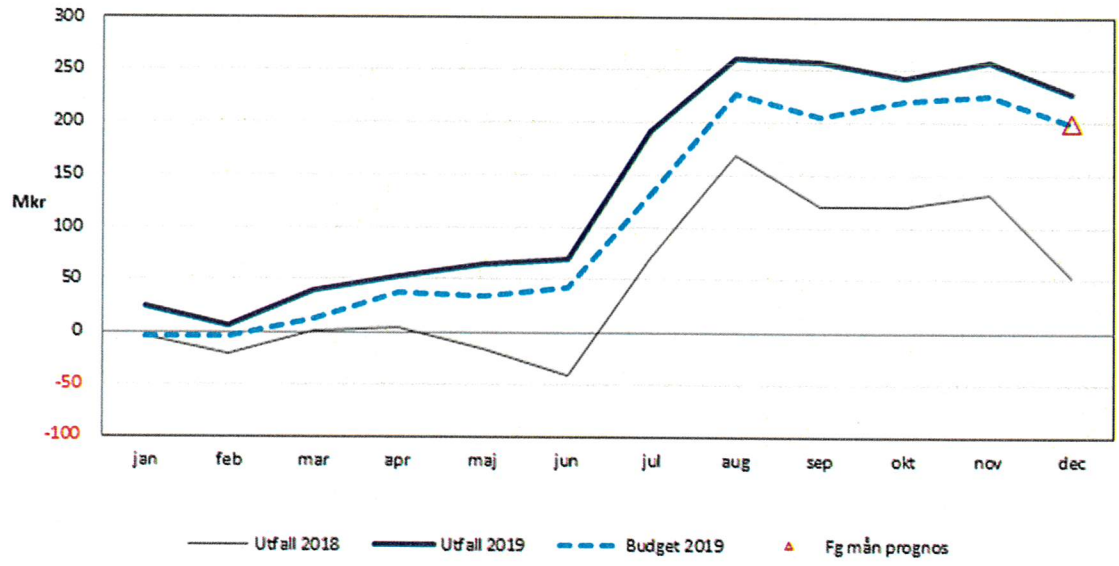
Bilaga 1: SLSO bil E1-ovriga-avsattningar-ansvarsforbindelser-och-tvister-ar-2019

Bilaga 2: SLSO Bil E2 konsultkostnader

Bilaga 3: SLSO bil C-investeringar-2019

Bilaga 4: SLSO bilaga-f5-uppfoljning-av-inkop-och-upphandling 2020

1 Inledning



Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) redovisar för 2019 ett överskott på 228,6 mkr, vilket är 29,6 mkr bättre än årets budget och 176 mkr bättre än föregående års resultat. Resultatförbättringen jämfört med föregående år hänförs framför allt till psykiatri, hjälpmedel och somatisk specialistvård. Detta förklaras i sin tur främst av nya och högre ersättningsnivåer i de psykiatriska vårdavtalen, ökade volymer inom hjälpmedel samt av ökad produktion inom somatisk specialistvård.

Verksamhetens intäkter har ökat med 1 146 mkr (10,2 %) jämfört med 2018, vilket i huvudsak förklaras av utökad verksamhet, helårseffekter av verksamheter som startade 2018, uppräkning av vårdavtal/förfrågningsunderlag samt av ökad produktion.

Verksamhetens kostnader har ökat med 862 mkr (7,6 %) jämfört med 2018, vilket främst förklaras av utökad verksamhet, löne- och prisuppräkningar samt ökat personalomkostnadspålägg (PO-pålägg).

Avskrivningskostnaderna har ökat med 108 mkr, vilket i huvudsak förklaras av förändrade principer för redovisning av hjälpmedel.

SLSO redovisar en positiv produktivitetsförändring på 4 %. Den sammanvägda produktionen har totalt sett ökat med 6,1 % jämfört med föregående år samtidigt som den justerade totala kostnaden har ökat med 2 %. Samtliga vårdgrenar, med undantag för primärvård, redovisar positiv produktivitetsförändring.

1.1 Väsentliga händelser

Under året har inga oplanerade händelser inträffat som är av betydelse för att ge en rättvisande bild av verksamheten.

2 Styrning och ledning

2.1 Verksamhetsfakta

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

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

Stockholms läns sjukvårdsområde ska:

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

2.2 Styrning av nämnd/bolag

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

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

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

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

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

SLSO:s övergripande styr- och ledningssystem utgår från Integrerad ledning och styrning bilaga 5 i Region Stockholms budget för 2020. Styr- och ledningssystemet är en beskrivning av den struktur för hur SLSO styr och leder verksamheten. Det inbegriper ett antal specifika ledningssystem, såsom t.ex. för tvångsvård, kvalitet, arbetsmiljö och miljö. SLSO är certifierat inom områdena kvalitet (ISO 9000:2015), miljö (ISO 14001:2015) samt arbetsmiljö (OHSAS 18001:2007). Att systemet fungerar säkerställs genom årlig revision.

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

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

2.2.1 Stiftelser

SLSO har inga stiftelser.

2.3 Mål

I följande avsnitt redovisas mål och indikatorer för 2019. Bedömningen av måluppfyllelse baseras, enligt anvisningarna, enbart på de indikatorer som är

fastställda av fullmäktige vilket innebär:

- grönt om minst hälften av de neddelade fullmäktigeindikatorerna under målet är gröna
- rött om mindre än hälften av dem är gröna eller gula.

2.3.1 Uppfyllelse av mål och indikatorer

Mål	Indikator	Utfall	Mål-värde nämnd/ bolag	Mål-värde full-mäktige	Måluppfyllelse indikator *
Vård i rätt tid	Andel patienter som får tid till husläkare inom 3 dagar	96,7%	>=90%	>=90%	
	Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	81%	>=73%	>=73%	
	Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	79%	>=90%	>=90%	
Säker vård	Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	2,2%	<=5%	<=7,9%	
Effektiv vård	Antal dagar medicinskt färdigbehandlade patienter är kvar på sjukhus	4,9	<=3	<=3	
God folkhälsa	Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete	92%	>=75%	>=75%	
Högt förtroende för vården	Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra	84%	>=82%	>=82%	

* Jämfört med nämnds/bolags målvärde om det finns, annars mot fullmäktiges målvärde

2.3.2 Långsiktigt hållbar ekonomi

Ett resultat i balans

Målet är uppnått utifrån att SLSO redovisar ett ekonomiskt resultat på 228,6 mkr, vilket är 29,6 mkr bättre än det av fullmäktige fastställda resultatkravet.

Styrelsen har formulerat fyra indikatorer utöver fullmäktiges indikator resultat före omställningskostnader: andel resultatenheter med ekonomi i balans respektive tre olika mått för produktivitetsutveckling,

Produktiviteten per vårdgren kommenteras i avsnitt 2.6

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse indikatorer	Mål-värde nämnd/ bolag	Mål-värde full-mäktige
Fastställt resultatkrav *(Regionfullmäktige)*	228,6mkr	52,4mkr		>=199mkr	
Resultatenheter med ekonomi i balans (resultat jmf med budget) *(Nämnd)*	60%	54%		80%	
Kommentar 60 % av resultatenheterna hade ett positivt resultat vilket är en förbättring från föregående år men målnivån uppnås inte.					
Produktivitet produktion/kostnad *(Nämnd)*	4%			1%	
Kommentar Produktiviteten ökade med 4,0 % jämfört med föregående år. Produktionsvolymerna har ökat med 6,1 % och kostnaderna har ökat med 2,0 %. Produktiviteten har ökat med 7 % för VO Psykiatri. För primärvården har produktiviteten minskat med 1,7 %.					
RE med positiv produktivitetsutveckling *(Nämnd)*	44%			70%	
Kommentar Andelen resultatenheter med positiv produktivitetsutveckling uppgick till 44 %, målet om 70 % uppnås inte. VO primärvård har lägst andel RE med positiv produktivitetsutveckling (33 %), medan övriga verksamhetsområden alla uppnår målet om 70 %.					
Produktivitet produktion/arbetad timma *(Nämnd)*	3,3%				
Kommentar Produktiviteten (beräknad som produktion/arbetade timmar) ökade med 3,3 %. Störst ökning visar VO psykiatri med 6,8 % och störst försämring visar VO primärvård med -3,1 %. Inom primärvården ökade produktionen med 0,9 % samtidigt som antalet arbetade timmar ökade med 4,1 %.					

Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar

SLSO har inga indikatorer eller uppdrag inom detta område.

Hållbar investeringsutveckling

Regionfullmäktiges uppdrag avseende hållbar investeringsutveckling är avslutat i och med driftsättningen av vårdavdelningar vid Nacka sjukhus. Investeringsutgiften belastar Locum, vilket genererar hyra för SLSO.

Uppdrag från Regionfullmäktige	
✔ Avslutad	**Fortsätta ombyggnationen av Vårdavdelningar vid Nacka sjukhus**
LS 2017-1455 Budget 2019 för Region Stockholm	

2.3.3 En hållbar region Stockholm

Social hållbarhet

SLSO eftersträvar ett hållbart arbetsliv där målet är att minska sjuktalen genom att

arbeta förebyggande med systematiskt arbetsmiljöarbete, tidiga insatser och chefsstöd. Under 2019 har arbetet med individuell rådgivning kring hälsosam schemaläggning erbjudits för att ge stöd till chefer om hur de kunde förbättra befintliga scheman.

Vidare har lokala aktiviteter genomförts utifrån ett hälsostrategiskt arbete för att främja hälsa samt förebygga ohälsa.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse indikator	Målvärde nämnd/ bolag	Målvärde fullmäktige
Antalet anställda som vid slutet av året har en sammanhängande sjukfrånvaroperiod på 90 dagar *(Nämnd)*	391	385		<320	

Kommentar

Antalet anställda som vid slutet av året har en sammanhängande sjukfrånvaroperiod på 90 dagar uppgick till 391 vilket är en ökning jämfört med 2018 och klart sämre än målet om 320 personer.

Stockholmsregionen ska inom fem år vara en av Europas fem ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa

En särskild strategi för forskning inom primärvård har tagits fram. Vidare har ett arbete med att vidareutveckla systemet med akademiska vårdcentraler påbörjats.

Verksamhetsområdet för FoUU har arbetat med att skapa och förenkla beredningss- och beslutsprocesser för forskningsfrågor. Vidare har en strategisk satsning gjorts för att stimulera till samarbete mellan centrumbildningarna, samt igångsättande av processer för att knyta flera seniora forskare till Akademiskt primärvårdscentrum. Under året har en docentskola bildats med syfte att ge stöd efter disputation med mål att få fram fler kliniska docenter. Första kullen startar i mars 2020.

SLSO utbildar för såväl vårdens som samhällets behov. För att ytterligare stärka möjligheten för SLSO:s verksamheter att kontinuerligt erbjuda klinisk utbildning har rekrytering av en central samordnare för verksamhetsintegrerat lärande (VIL) /verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inom alla SLSO:s verksamhetsområden inletts. Vidare har en arbetsgrupp tillsatts med uppdrag att ta fram en handlingsplan för vad SLSO behöver göra för att förbereda förvaltningen inför kommande förändringar i läkarutbildningen.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse indikator	Målvärde nämnd/ bolag	Målvärde fullmäktige
Studerande veckor *(Nämnd)*	14 689	14 358		14 358	

Kommentar

Antalet studerandeveckor ökade jämfört med 2018 vilket innebär att målet för indikatorn uppfylls.

Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för att arbeta med innovationer på ett systematiskt	Ja			Ja	Ja

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse indikator	Målvärde nämnd/bolag	Målvärde fullmäktige
sätt *(Regionfullmäktige)*					
Kommentar SLSO har bland annat etablerat en Idé- och innovationssluss som har till uppgift att både främja och stödja innovationer i verksamheten. Se vidare beskrivning i avsnitt Innovation under rubriken Fördjupad uppföljning av En hållbar region.					
FoU-medel *(Nämnd)*	44 902	37 170		37 170	
Kommentar Forskningsmedel som SLSO erhållit under 2019 uppgick till 44 902 tkr vilket är ökning jämfört med 2018. Ökningen kan delvis förklaras av förändrade fördelningsprinciper.					
Antal disputationer senaste treårsperioden *(Nämnd)*	79	82		82	
Kommentar Värdet avser disputationer under senaste treårsperioden. Målet för indikatorn är att antalet ökar - vilket det inte gjort varför målnivån inte uppnås.					
Antal nya docenter *(Nämnd)*	5	2		2	
Kommentar Antal nya docenter är 5 vilket är högre än antalet 2018 varför målnivån uppfyllts.					
Resultat av studentenkät *(Nämnd)*	84				
Kommentar Värdet avser genomsnittet av studenters helhetsbedömning av sin verksamhetsförlagda utbildning på en skala från 0-100. Målvärdet för indikatorn var att värdet skulle öka jämfört med 2018, men då metodik och frågor har förändrats går ingen jämförelse mellan åren att göra.					

Region Stockholms påverkan på klimatet ska minska

Under 2019 har SLSO:s arbete med att minska klimatpåverkan hanterats på flera olika områden, dels tekniska men även genom att se över olika typer av arbetssätt kopplat till SLSO:s övergripande miljömål. Den tekniska förändringen handlar främst om att anskaffa nollutsläppsfordon som kraftigt bidrar till att minska klimatpåverkande utsläpp men även genom att ställa höga miljökrav vid till exempel upphandlingar av medicinteknik. Utbildningar med inriktning på miljö och klimat har också varit ett fokusområde. Under året har SLSO även arbetat med att ställa höga miljökrav gällande den kost som SLSO:s patienter tar del av med utgångspunkt från Region Stockholm miljöprogram 2017-2021.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse indikator	Målvärde nämnd/bolag	Målvärde fullmäktige
Verksamhets- och fastighetsenergi i fastigheter ägda av Region Stockholm, kWh/kvm (A-temp) *(Regionfullmäktige)*				>=-16	>=-16

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse indikator	Målvärde nämnd/ bolag	Målvärde fullmäktige
Kommentar					
Indikatorvärdet rapporteras av Locum och inte av de enskilda nämnderna.					
Andelen ägda och leasade fordon som drivs på förnybara drivmedel inom Region Stockholms nämnder och bolag *(Regionfullmäktige)*	3,8%			>=3%	>=3%
Kommentar					
Andelen ägda och leasade fordon som drivs på förnybara drivmedel inom nämnden uppgår till 3,8 %.					
Klimatpåverkan från utsläpp av växthusgaser, ton koldioxidekvivalenter *(Regionfullmäktige)*			–	>=-48%	>=-48%
Kommentar					
Indikatorn rapporteras av regionledningskontoret.					
Klimatpåverkan från patientmåltider, ton koldioxidekvivalenter *(Regionfullmäktige)*	-28,8%	-14,5%			>=-5%
Klimatpåverkan från Region Stockholms tjänsteresor, ton koldioxidekvivalenter *(Regionfullmäktige)*			–		
Kommentar					
Indikatorn rapporteras av regionledningskontoret.					
Andelen ekologiska livsmedel i regionens egna verksamheter, i procent *(Regionfullmäktige)*	40,4%			>=40%	>=50%
Kommentar					
Andelen ekologiska livsmedel uppgår till 40,4 % målnivån uppnås.					
Andelen lokalproducerade livsmedel *(Regionfullmäktige)*			–	>=5%	>=5%
Kommentar					
Andelen svenskproducerade livsmedel uppgick till 15,1 % underlaget är dock ej komplett.					

Uppdrag från Regionfullmäktige

✔ Avslutad	**SLSO ska öka takten i att byta ut sina fordon mot fordon som drivs med fossilfritt bränsle**

LS 2017-1455 Budget 2019 för Region Stockholm - Budgetuppdrag

Kommentar

SLSO har under 2019 anskaffat 16 elbilar som har fördelats ut inom verksamheten. Anskaffningen av elbilarna innebär att SLSO uppnår målet för 2019 om att 3 % av fordonsflottan utgörs av nollutsläppsfordon.

Region Stockholm ska upprätthålla sina samhällsviktiga funktioner vid extraordinära händelser och klimatförändringar

Under året har nämnden genomfört regionfullmäktiges uppdrag att genomföra en klimat-, risk- och sårbarhetsanalys. Analysen har lett fram till att förvaltningen

identifierat ett antal sårbarheter som kommer att hanteras i kontinuitetsplaner.

Se vidare under 2.5.4 Regelefterlevnad.

Uppdrag från Regionfullmäktige	
✔ Avslutad	**Klimat- och sårbarhetsanalys**

LS 2017-1455 Budget 2019 för Region Stockholm - Budgetuppdrag

Kommentar

SLSO har under hösten 2019 genomfört en klimat- risk- och sårbarhetsanalys (KRSA). Utgångspunkten var de regionala workshops som genomfördes under våren 2019 vars syfte var att identifiera väsentliga åtaganden och samhällsviktiga verksamheter, kritiska samband, risker och sårbarheter samt följande nödvändiga åtgärder. Materialet från dessa regionala workshops användes vid SLSO-specifika workshops för att på central nivå inom SLSO ta fram förvaltningens klimat-, risk- och sårbarhetsanalys.

Det övergripande resultatet av analysen avseende risk, sårbarhet och konsekvens utifrån extraordinära händelser har redovisats för styrelsen i oktober 2019. Utifrån redogörelsen gavs sjukvårdsdirektören i uppdrag att vidta åtgärder utifrån definierade sårbarheter.

Under 2020 kommer en SLSO ta fram en övergripande strategi och plan för aktiviteter för kris- och katastrofberedskap för 2020-2022. Fokus kommer vara på att ta fram kontinuitetsplaner samt en modell för kris- och katastrofberedskap.

Skattepengar ska frigöras till kärnverksamhet

De uppdrag som fastställts för SLSO har samtliga genomförts. Under slutet av året påbörjades en översyn av organisationen för att säkerställa ett optimalt administrativt stöd.

Uppdrag från Regionfullmäktige	
✔ Avslutad	**Fastställa ny tjänstemannaorganisation**
LS 2018-0680	
✔ Avslutad	**Utse innovationsansvarig**
LS 2017-1455 Budget 2019 för Region Stockholm - Budgetuppdrag	
✔ Avslutad	**Avsätta medel för utveckling, innovation och förnyelse**
LS 2017-1455 Budget 2019 för Region Stockholm - Budgetuppdrag	

Fördjupad uppföljning av En hållbar region Stockholm

Digitalisering - Ledning och styrning

Digitalisering kräver struktur, ordning och reda. SLSO har därför under 2019 stärkt portföljhanteringen, arbetssättet och styrformerna kopplat till detta. Ett kvalitetssäkringsråd har etablerats som stödjer vid beredning i anslutning till portföljforum och aktuella ledningsgrupper. I rådet finns representanter med sakkunskap kring juridik, informationssäkerhet, arkiv, avtal/upphandling, patientsäkerhet, arkitektur och IT.

Via ett portföljverktyg visualiseras det samlade arbetet kring digitaliseringen och hur

respektive initiativ är kopplat mot Region Stockholms mål och perspektiv. Via verktyget genereras rapporter som stöd vid prioritering, riskhantering och resurssättning. Detta bidrar till både en ökad effektivitet i produktionen av tjänster och ökar förmågan till insikter och analys. Under 2020 omhändertas förutsättningar för nyttorealisering och hur SLSO bättre kan samordna verksamhetsområdenas behov i sin digitalisering.

Digitaliseringsinitiativ

Verksamhetsområdena har under 2019 beskrivit sina behov i digitaliseringsplaner och bland dem finns utvecklingsbehov av Take Care (TC Federation), utökning av användandet av 1177-tjänster (Inera), merutnyttjande av Stöd- och behandlingsplattformen (Inera), utveckling Lärtorget (HSF), införande självincheckningsfunktion (SF IT) m.fl. Resurser inom SLSO:s eHälsa och IT organisation har under 2019 deltagit i det regionala förvaltningsarbetet och varit en viktig länk mellan verksamheten och förvaltningen för att omsätta behoven i digitaliseringsplanerna till IT-leveranser.

Utöver ovan insatser har några större projekt genomförts.

Win10 – Uppgradering till Win10 på samtliga PC inom SLSO.

Alltid öppet – Är en app som möjliggör digitala möten mellan invånare och vårdgivare. Appen är integrerad med journalsystemet TakeCare och ger funktioner för att boka tid, nyttja en digital mottagning där invånaren möter sin vårdgivare via videomöten, chatt och symtomguidning. Stort genomslag har skett inom primärvården kring återbesök och förnyelse av recept. En framgång under året är Husläkarmottagningarna online där patienter med besvär enligt en symtomguide snabbt får hjälp.

Psykiatrin ser fördelar med appen som möter den stora efterfrågan kring videomöten och chatt.

Akademiskt specialistcentrum driver ett pilotprojekt där man exklusivt erbjuder tider i appen för individer med kroniska sjukdomar. Genom att prioritera patienter med de största behoven vid bredd-införanden minskar undanträngningseffekten eftersom de med störst behov erbjuds flest tider.

Framtidens vårdinformationsmiljö/FVM

SLSO har under 2019 aktivt deltagit i programmet FVM. FVM organisationen inom SLSO består av lokala FVM sponsorer och medarbetare som utifrån sin funktion bidrar i arbetsgrupper. Ett programkontor är etablerat och en programplan och kommunikationsplan är formulerad och antagen.

FVM sponsorernas uppdrag är att utveckla och initiera frågor rörande FVM och förbereda SLSO:s alla verksamheter inför genomförandet. Flertalet verksamhetsförberedande projekt pågår till exempel arbetet med strukturerad vårddokumentation och masterdata. En applikationskartläggning har genomförts som syftar till att bedöma vilka lokala applikationer som kommer vara kvar och behöver

integreras eller vilka som ska avvecklas.

Cirka 45 personer från SLSO har deltagit i utvärderingar av de inkomna anbuden. För få anbud uppfyllde de obligatoriska kraven och regionstyrelsen har därför beslutat att avbryta upphandlingen på grund av bristande konkurrens. Samtidigt gavs regiondirektören i uppdrag att återkomma med underlag för en ny upphandling under 2020.

SLSO ska tillsammans med berörda nämnder och bolag arbeta fram ett förslag för att realisera ett samlat objektägarskap för FVM från och med 1 januari 2021. Ett större analysarbete pågår därför i syfte att samla ägarskapet för vårdnära IT-system/objekt som stöttar vårdprocesser och som används av flera vårdproducerande nämnder och bolag. Detta omfattar även vårdnära administrativa stödsystem.

Digitalisering - Realisering av förväntade nyttor

Portföljhantering är en av förutsättningarna för att hålla reda på adresserade nyttor, vilket realiseras via olika projekt och uppdrag. Under hösten 2019 har ett koncept och metoder för nyttohemtagning tagits fram med en ambition att kunna implementeras successivt under 2020.

Digitalisering - Goda exempel

En viktig förutsättning för att kunna dela med sig av framgångsrika digitaliseringar till andra nämnder och bolag är att samverka med övriga portföljkontor i Region Stockholm. En samordning av portföljkontoren har etablerats genom det samordningsuppdrag som SLSO ansvarar för. Ett exempel på ett digitaliseringsinitiativ som rönt stort intresse inom Region Stockholm är appen Alltid öppet. Flera av akutsjukhusen och Folktandvården står i begrepp att genomföra pilotprojekt för att verifiera nya eller förändrade arbetssätt samt teknik. På sikt kommer invånarna kunna nå fler vårdgivare och funktioner i appen.

Innovation

Idé- och Innovationslussen inom SLSO har till uppgift att både främja och stödja innovationer i verksamheten, där metodiken är integrerad med Region Stockholms övergripande arbete under benämningen "SLL Innovation". Idéer/innovationer som behandlas i "slussen" kommer både från den egna verksamheten såväl som från externa parter. Arbetet bedrivs i många fall i samverkan med övriga nämnder och bolag.

Pågående ärenden under 2019 berör bland annat automatisering av vårdprocesser samt distansmonitorering vid diabetes, arytmi, blodtryck och astma.

Vårdexpressen är ett verktyg för att automatiskt inhämta patientens sjukdomshistoria (patient-app), vårdplanering och triagering med AI-stöd för beslutsstöd till vårdprofessionen. En utvärdering planeras under 2020 tillsammans med utvalda aktörer i primärvården men lösningen förväntas också kunna fungera som stöd för SLSO:s närakuter. Ett resultat av utvärderingen väntas under våren 2020.

Verksamhetsområdet för FoUU har under året utvecklat en struktur för hantering av immaterialrättsfrågor när det gäller digitala interventioner. Vidare strävar SLSO fortsatt efter att skapa forsknings- och utvärderingskapacitet när det gäller införandet av digitala vårdmodeller med fokus på implementering

2.3.4 Region Stockholm ska vara en attraktiv arbetsgivare

Analyser, kommentarer och beskrivningar kring de indikatorer som redovisas i 2.3.4 återfinns under avsnitt 5.

Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

Målet uppnås inte då 5 av 7 fullmäktiges indikatorer inte uppnås. Värdet för fler av indikatorerna har förbättrats jämfört med föregående år. Mer om hur nämnden arbetar med att nå målet framgår av avsnitt 5 nedan.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse indikator	Målvärde nämnd/ bolag	Målvärde fullmäktige
Kvarstannandegrad *(Nämnd)*	87%			>=85%	
Kommentar					
Kvarstannandegraden var 87 % vilket är bättre än föregående år och högre än nämndens målnivå.					
Personalomsättning *(Regionfullmäktige)*	23%	26%		<=10%	<=10%
Kommentar					
Personalomsättningen uppgick till 23 % vilket är en förbättring i förhållande till föregående år men under målet för indikatorn.					
Andel av medarbetarna som uppger att de under året haft ett individuellt medarbetarsamtal med sin närmaste chef *(Regionfullmäktige)*	85%	82%		100%	100%
Kommentar					
I medarbetarundersökningen svarade 15 % att de inte haft medarbetarsamtal med sin chef. Av dessa uppgav 64 % att de inte varit anställda inom SLSO i 12 månader samt 11 % att de också hade bytt chef under året. Andelen som haft medarbetarsamtal visar en stadig ökning (2018: 82 %, 2017:80 %) men målet om 100 % uppnås inte.					
Kompetensstegen för sjuksköterskor implementerad *(Regionfullmäktige)*	15%			>=85%	>=80%
Kommentar					
Kompetensstegen för sjuksköterskor är implementerad till 15 % vilket är under både regionfullmäktiges och nämndens egna mål. En successiv implementering pågår inom SLSO vad gäller kompetensstegar, flera verksamheter har ännu inte hunnit med att lägga in stegbedömningen i Heroma. Inom primärvården har man valt att implementera ProCompetence först och under 2020 kommer primärvården att påbörja implementering av kompetensstegar.					
Medarbetarindex *(Regionfullmäktige)*	79	78		>=78	>=76
Kommentar					
Medarbetarindex uppgick till 79 vilket är bättre än föregående år, regionfullmäktiges och nämndens egna målnivå uppnås.					

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse indikator	Målvärde nämnd/ bolag	Målvärde fullmäktige
Chefsindex *(Regionfullmäktige)*	81	80		>=80	>=78
Kommentar					
Chefsindex i SLSO var för 2019 81 vilket är både över regionfullmäktiges och nämndens egna mål samt en förbättring i förhållande till tidigare år.					
Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld på arbetet *(Regionfullmäktige)*	15%	15%		<14%	<14%
Kommentar					
Medarbetare som utsatts för hot och/eller våld uppgår till totalt 15 % fördelat på: 9% hot, 1% våld, 5% våld hot och våld. Den absoluta majoriteten av hot/våldrapporterna återfinns inom de psykiatriska verksamheterna samt på SLSO:s akutmottagningar. Andelen av medarbetare som anger att det utsatts för hot och våld ligger på samma nivå som föregående år. Målet om en minskad andel har därmed inte uppnåtts.					
Andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid *(Regionfullmäktige)*	6,4%	6,5%		6,3%	6,2%
Kommentar					
Andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid har minskat något i jämförelse med 2018, men målet uppnås inte.					

Systematisk kompetensförsörjning

Verksamheter som är beroende av inhyrd personal ska ha en handlingsplan med konkreta aktiviteter som ska följas upp kontinuerligt. Arbetet med strategisk kompetensplanering bidrar i detta.

SLSO:s verksamheter har vid årets slut 607 anställda ST-läkare. Målnivån 650 uppnås inte. Orsak till den bristande måluppfyllnaden är bland annat begränsad ST-ersättning och ökad problematik avseende att sjukhus och andra vårdgivare anvisar ett minskande utrymme för sidotjänstgöring, s k randning. Ytterligare en faktor som påverkar möjligheterna att inrätta ST-tjänster är tillgången på handledare. Genom de extrapengar som Region Stockholm tillfört ST-läkarutbildningen genomfördes dock under hösten en rad aktiviteter för att stärka upp och förbättra handledarkapaciteten i verksamheterna.

Se mer information under avsnitt 5.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse indikator	Målvärde nämnd/ bolag	Målvärde fullmäktige
Antalet anställda ST-läkare *(Regionfullmäktige)*	607	573		>=650	>=1 617
Kommentar					
Antalet ST-läkare har ökat jämfört med föregående år men målnivån för indikatorn uppnås inte.					
Andel inhyrd personal (av vårdpersonal) *(Nämnd)*	3,9%			<=2%	

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse indikator	Målvärde nämnd/ bolag	Målvärde fullmäktige
Kommentar					
Andelen inhyrd personal (av vårdpersonal) uppgick för perioden till 3,9 % vilket gör att målet för indikatorn inte uppnås. Kostnaden för inhyrd personal uppgår till ca 275 mkr och största andelen av den kostnaden har VO psykiatri (49 %) följd av VO primärvård (28 %).					
Andel verksamheter som har mer än 2% inhyrd personal *(Nämnd)*	35%		–		
Kommentar					
Andelen vårdverksamheter med en inhyrning över 2 % uppgår till 35 % vilket är en liten förbättring i förhållande till tertial 1 och delåret. Verksamhetsområde Psykiatri har flest enheter med mer än 2 % inhyrd personal (50 %), Målnivån för indikatorn var att värdet skulle vara lägre än föregående år, då inget värde finns för 2018 kan inte måluppfyllelse fastställas.					
Antalet sjuksköterskor som utbildat sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska med bibehållen lön *(Regionfullmäktige)*	117		●	>=100	>=200
Kommentar					
Målvärdet är uppnått.					
Antalet anställda AT-läkare *(Regionfullmäktige)*	168	166	■	>=180	>=220
Kommentar					
Antalet AT-läkare var 168 vilket innebär att målnivån för indikatorn inte uppnåddes.					

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

Vård på rätt plats

Nämndens arbete med målet vård på rätt plats handlar till stor del om aktiviteter kopplade till Framtidens hälso- och sjukvård (FHS). Utöver regionfullmäktiges uppdrag, se nedan, har nämnden fortsatt arbetet med att utveckla närakuternas verksamhet samt att ta över verksamheter och/eller patientgrupper från akutsjukhusen. Även arbetet med digitalisering, se vidare under rubriken Fördjupad uppföljning av En hållbar Region Stockholm, förväntas bidra till måluppfyllelse.

Uppdrag från Regionfullmäktige	
▶ Pågående enligt plan	**Utveckling av FHS, tredje steget**
LS 1403-0399 Mål och budget 2015 nr 18	
Kommentar	
Implementeringen av tredje steget har pågått under hela 2019. För SLSO har det inneburit avlasta det akuta omhändertagandet via våra sex närakuter. För närakuterna planeras ny placering i anslutning till akutsjukhusens akutmottagningar där detta bedöms möjligt. Inom geriatrik och ASiH har en kalibrering av antalet vårdplatser utifrån kostnadsbild och ersättningsnivåer samt utifrån befolkningens behov genomförts under 2019. Detta har resulterat i att SLSO:s geriatriska klinik vid Danderyds sjukhus överförs till Danderyd AB i början av 2020.	
Vidare har SLSO inför driftsättningen av Sollentuna sjukhus deltagit med expertutlåtanden gällande	

Uppdrag från Regionfullmäktige

byggnadspåverkande aspekter avseende utrustning och den kliniska funktionaliteten i hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN) upphandling av vårdgivare för sammanhållen seniorvård på sjukhuset.

På Nacka sjukhus har fyra avdelningar för psykiatrisk heldygnsvård färdigställts och driftsatts av SLSO, Psykiatri Södra. Återstående två avdelningar och träningscentra för patienter samt administrativ enhet kommer att färdigställas under våren 2020. Detta kommer att innebära att 96 nybyggda psykiatriska vårdplatser tillkommer i systemet.

På Huddinge sjukhus har två moderniserade färdigställda vårdavdelningar tagits i drift av rättspsykiatri under hösten. Dessa avdelningar var avsedda för Psykiatri Sydväst men i avvaktan på beslut i regionfullmäktige om nybyggnation i anslutning till Helix togs beslut om att öka vårdplatsantalet för rättspsykiatri där bristen av vårdplatser är stor.

Under senare delen av 2019 har SLSO avvaktat prioriteringar av tidigare insända önskemål avseende lokalmässiga ombyggnationer. Beroende på hur SLSO:s investeringsobjekt prioriteras i processen för hela Region Stockholms investeringar kommer ett antal förstudier att startas under 2020. På Danderyds sjukhusområde gäller det modernisering av befintliga psykiatriska heldygnsvårdplatser i enlighet med tidigare beslut som skjutits på framtiden. På S:t Göran har SLSO önskat att ett nytt hus för psykiatri skall prioriteras i investeringsarbetet samt att vidare utredning bör ske kring möjlighet till samlokalisering av all vård för barn och unga. På Löwenströmska avses en förstudie gällande upprustning av befintliga lokaler. För rättspsykiatrin pågår även en sedan tidigare beslutad förstudie kring att uppföra Helix 2.

Vård i rätt tid

Målet om vård i rätt tid bedöms som uppnått. SLSO uppnår både indikatorn vård inom 3 dagar hos husläkare och första besök hos specialistläkare inom 30 dagar. Alla verksamhetsområden har arbetat med att förbättra tillgängligheten, bland annat har psykiatrin utvecklat sina mätningar av både kvalitet och tillgänglighet. Inom primärvården har uppstart av "online-mottagningar" genomförts och pilot för chatt-funktion är påbörjad.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse indikator	Målvärde nämnd/ bolag	Målvärde fullmäktige
Andel patienter som får tid till husläkare inom 3 dagar *(Regionfullmäktige)*	96,7%			>=90%	>=90%
Kommentar					
Målvärdet är uppnått, av samtliga rapporterande enheter (n= 68) uppnår alla utom fem enheter målvärdet.					
Andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar *(Regionfullmäktige)*	81%	89%		>=73%	>=73%
Kommentar					
Andelen patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar uppgår till 81 % vid årets slut. Målet uppnås för helåret och under samtliga månader under 2019 nåddes målet.					
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar *(Regionfullmäktige)*	79%			>=90%	>=90%
Kommentar					
För nämndens verksamheter är det ännu inte fastställt vilka patientgrupper och vilka behandlingar som ska ingå i indikatorn. Värdet för helåret avser barn- och ungdomspsykiatri samt neuropsykiatrisk utredning i vuxenpsykiatri och 79 % av patienterna påbörjade behandling inom 90 dagar. Målnivån uppnås inte.					

Säker vård

Då den enda av fullmäktige fastställda indikator, förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner, uppnås bedöms målet uppnås. Nämndens indikator "Antibiotikaförskrivning (uttagna recept per 1000 listade)" uppgår till 102,5 vilket är bättre än föregående år samt uppfyller målvärdet. Andel patienter som träffar samma läkare/behandlare har sjunkit med en procentenhet vilket gör att målnivån inte uppnås. Som exempel på aktiviteter som under året genomförts för att uppnå målet kan nämnas psykiatrins fortsatta arbete med ledningssystemet för tvångsvård där egenkontroll genomförs och kvalitativ uppföljning av genomförda uppföljningssamtal pågår.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse indikator	Målvärde nämnd/ bolag	Målvärde fullmäktige
Kontinuitet i vården - andel patienter som träffar samma läkare/behandlare *(Nämnd)*	76%			77%	
Kommentar					
Målet för behandlarkontinuitet (andel patienter som träffar samma läkare/behandlare) var att andelen skulle öka jämfört med motsvarande period 2018, vilket den inte gjort. För verksamhetsområdet Habilitering och Hjälpmedel har andelen ökat, inom psykiatrin är den oförändrad och inom primärvård och somatisk specialistvård har den försämrats något.					
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner *(Regionfullmäktige)*	2,2%	3,7%		<=5%	<=7,9%
Kommentar					
Målvärdet för VRI uppnås för helår 2019, utfallet baseras på vår- och höstmätningen.					
Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade) *(Nämnd)*	107,5	122,8		<=158	
Kommentar					
Antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade fortsätter att sjunka, värdet är lägre än 2018 och under målnivån.					
Kvalitetsindex *(Nämnd)*	57%			<=50%	
Kommentar					
Indikatorn är uppbyggd av ett 50-tal kvalitetsindikatorer som är hämtade ur SLSO:s kvalitetsbokslut. Urvalet har gjorts så att antalet ingående indikatorer från respektive verksamhetsgren är proportionerligt till verksamhetens storlek. För varje ingående indikator har en expertgrupp i förhand bedömt vad som ska betraktas som ett positivt utfall. Kvalitetsindexet mäter andelen indikatorer som har uppnått positivt utfall för året. Andelen ingående indikatorer som uppfyller positivt utfall uppgår till 57 % varför indikatorn är uppnådd. För ytterligare resultat och analys av kvalitetsutveckling under året hänvisas till SLSO:s kvalitetsbokslut.					

Uppdrag från Regionfullmäktige

Pågående enligt plan	**Möjliggöra FVM SLL (sjukvårdsproducenter)**

LS 2017-1455 Budget 2019 för Region Stockholm - Budgetuppdrag

Kommentar

Uppdrag från Regionfullmäktige

SLSO har under 2019 aktivt deltagit i programmet FVM. FVM organisationen inom SLSO består av lokala FVM sponsorer och medarbetare som utifrån sin funktion bidrar i arbetsgrupper. Ett programkontor är etablerat och en programplan och kommunikationsplan är formulerad och antagen.

FVM sponsorernas uppdrag är att utveckla och initiera frågor rörande FVM och förbereda SLSO:s alla verksamheter inför genomförandet. Flertalet verksamhetsförberedande projekt pågår till exempel arbetet med strukturerad vårddokumentation och masterdata. En applikationskartläggning har genomförts som syftar till att bedöma vilka lokala applikationer som kommer vara kvar och behöver integreras eller vilka som ska avvecklas.

Ca 45 personer från SLSO har deltagit i utvärderingar av de inkomna anbuden. För få anbud uppfyllde de obligatoriska kraven och regionstyrelsen har därför beslutat den 17 december 2019 att avbryta upphandlingen på grund av bristande konkurrens. Samtidigt gavs regiondirektören i uppdrag återkomma med underlag för en ny upphandling under 2020.

SLSO ska tillsammans med berörda nämnder och bolag arbeta fram ett förslag för att realisera ett samlat objektägarskap för FVM från och med 1 januari 2021. Ett större analysarbete pågår därför i syfte att samla ägarskapet för vårdnära IT-system/objekt som stöttar vårdprocesser och som används av flera vårdproducerande nämnder och bolag. Detta omfattar även vårdnära administrativa stödsystem.

Effektiv vård

Regionfullmäktiges indikator om antalet dagar medicinskt färdigbehandlade patienter som är kvar på sjukhus uppnås inte, men nämndens egen indikator om följsamhet till kloka listan uppnås. Då kriteriet för att uppnå målet om effektiv vård basera sig på en indikator (medicinskt färdigbehandlade) som nämnden inte uppnår kan målet i formell mening inte betraktas som uppnått. Arbete med att öka effektiviteten pågår, som exempel kan nämnas arbete med digitalisering men också arbete med att förbättra stödprocesser, uppföljning och analys. Inom primärvården har processer för att samutnyttjande av t.ex. rehabkoordinatorer och hemsjukvård påbörjats.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse indikator	Målvärde nämnd/bolag	Målvärde fullmäktige
Antal dagar medicinskt färdigbehandlade patienter är kvar på sjukhus *(Regionfullmäktige)*	4,9			<=3	<=3
Kommentar					
Målvärdet uppnås inte. Mäts enbart av psykiatrin och av de 9 psykiatriska klinikerna uppnår endast tre klinker målet om tre dagar.					
Följsamhet till kloka listan *(Nämnd)*	86%			>=86%	
Kommentar					
Följsamhet till kloka listan uppgick till 86 % vilket innebär att målnivån uppnåtts.					

God folkhälsa

Målet för god folkhälsa bedöms uppnås då 92% av husläkarmottagningarna bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete. Inom primärvården har ett gemensamt utvecklingsprojekt "Tobaksavvänjning på recept" startats, också inom psykiatrin har aktiviteter för att minska tobaksbruk pågått.

Se vidare under 2.5.4 Regelefterlevnad.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse indikator	Målvärde nämnd/ bolag	Målvärde fullmäktige
Andel husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete *(Regionfullmäktige)*	92%	91%		>=75%	>=75%

Kommentar

Andelen husläkarmottagningar som bedriver ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete uppgår till 92 %, målvärdet uppnås.

Högt förtroende för vården

Både indikatorn om andelen patienter som skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra och patienter som känner sig delaktig i vården uppnås varför målet betraktas som uppnått. Arbete med att uppnå målet har bland annat inneburit att inom psykiatrin har arbetet med brukarinflytande fortsatts och ytterligare en brukarinflytandesamordnare har anställts.

Indikator	Utfall	Utfall fg år	Måluppfyllelse indikator	Målvärde nämnd/ bolag	Målvärde fullmäktige
Andel som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra *(Regionfullmäktige)*	84%	0%		>=82%	>=82%

Kommentar

Andelen som anger att de skulle rekommendera sin husläkarmottagning till andra uppgår till 84 % - målet är därmed uppnått.

Andel patienter som känner sig delaktig i vården *(Nämnd)*	81%			>=80%	

Kommentar

Andelen patienter som uppgav att de kände sig delaktiga i vården uppgick till 81 % och målvärdet för indikatorn är uppnått.

2.4 Intern kontroll och regelefterlevnad

2.4.1 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 dessutom inletts under året med att samordna arbetet med intern kontroll, verksamhetsplanering och ledningssystem för att skapa en tydligare struktur och styrning och ledning av verksamheten.

SLSO har en fortsatt hög risk kopplat till kompetensförsörjning och ökad svårighet att rekrytera personal inom verksamheten. Ett arbete med att minska risken för kompetensförsörjning har påbörjats under 2019 men det kräver mer arbete för att hantera risken. Under 2020 kommer ett gemensamt styr- och ledningssystem för

kompetensförsörjning inom SLSO tas fram. Under 2020 planeras även en gemensam arbetsgivarmässa för att ytterligare förstärka kompetensförsörjningen inom förvaltningen.

Ett arbete med att ta fram komptensförsörjningsplaner har påbörjats under året. Det fortsatta arbetet med att ta fram kompetensförsörjningsplaner både på förvaltningsövergripande och VO-nivå kommer att prioriteras under 2020. I internkontrollplanen för 2019 har det identifierats en ökad ekonomisk risk. Förvaltningen har arbetat med att minska den ekonomiska risken under 2019 och både SLSO i sin helhet och fler resultatenheter visar ett resultat i balans.

2.4.2 Resultat och analys från riskbedömningen

Internkontrollplan för 2019 fastställdes av styrelsen i samband med verksamhetsplan 2019. Denna internkontrollplan och riskbedömning kvarstår vid verksamhetsuppföljningen 2019.

SLSO har under året arbetet intensivt för att ta fram och säkerställa adekvata kontrollmoment och ett flertal är nu etablerade och verksamheten följs upp på ett strukturerat sätt. En del arbete kvarstår dock inom vissa områden.

SLSO:s högsta risk är kopplad till kompetensförsörjning och ökade svårigheter att rekrytera personal. Ett arbete kvarstå för att kunna minimera denna risk och förvaltningen ämnar fortsätta arbeta med denna fråga under 2020.

Inför 2019 identifierades även ett antal ekonomiska risker. Förvaltningen har arbetat intensivt med att förstärka kontrollmoment och åtgärder och månadsvisa uppföljningar är etablerade och åtgärdsplaner tas fram för resultatenheter som visar ett negativt resultat.

Under året har förvaltningen dessutom arbetat för att minimera riskerna kopplade till patientsäkerhet och informationssäkerhet och har även där etablerat ett flertal kontrollmoment och åtgärder som bedöms minska dessa risker.

2.4.3 Försäkran

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

2.4.4 Regelefterlevnad

SLSO arbetar i enlighet med de regionövergripande styrande dokumenten och i möjligaste mån använder dessa hela vägen ut i verksamheterna, som till exempel informationssäkerhetspolicyn. När det gäller andra policys så kan det finnas behov av att konkretisera hur SLSO:s verksamheter ska använda sig av dessa och då har SLSO arbetat fram riktlinjer. I och med att SLSO är ISO-certifierad inom områdena kvalitet, arbetsmiljö och miljö säkerställs efterlevnad av de styrande dokumenten samt lagefterlevnad både genom extern och intern revision under vår och höst.

Övriga områden

Informationssäkerhet

En handlingsplan för 2019/2020 har tagits fram i syfte att ge arbetet med informationssäkerhet både struktur samt underlätta för SLSO:s ledning att på ett strukturerat vis utvärdera arbetet med informationssäkerhet

Arbetet med att etablera ett systematiskt arbete har fortskridit enligt handlingsplanen för informationssäkerhet där SLSO uppnått sina mål för granskningar av IT-system och till 80% när det gäller verksamhetsgranskning.

För att öka medvetenheten och kunskapen om informationssäkerhet har det under våren och sommaren genomförts en informationskampanj tillsammans med kommunikationsavdelningen för att öka andelen genomförda DISA-utbildningar. SLSO har inte nått målet att 70% av medarbetarna ska ha genomgått utbildningen. Som ett komplement till DISA så har SLSO valt att satsa på ytterligare en e-utbildning inom informationssäkerhet. E-utbildningen i informationssäkerhet som riktats till SLSO:s chefer har pågått under hösten och vintern och har bidragit till att utveckla SLSO:s säkerhetskultur. Effektmätningen av e-utbildningen var god och kommer därför att riktas till samtliga medarbetare under 2020. I oktober tillgängliggjordes även en e-utbildning beträffande dataskyddsförordningen.

Arbetet med utformningen av en informationssäkerhetsorganisation i syfte att bygga upp lokala stöd- och resurspersoner inom respektive verksamhetsområde och verksamhetsstöd har fortlöpt och fortsätter in i 2020. Ansvarsbeskrivning för informationssäkerhetskoordinator (VO/VS-nivå) och informationssäkerhetsombud (RE-nivå) är framtagen. Informationssäkerhetssamordnare kommer ansvara för planering och uppföljning inom ansvarsområdet för informationssäkerhet medan koordinator och ombud är behjälpliga med samordning och stödjande insatser för verksamheten.

Antalet informationssäkerhetsincidenter har minskat under året och förvaltningen har arbetat med att förbättra både uppföljning och åtgärder för att minska antalet incidenter i enlighet med ständigt förbättringsarbete.

I slutet av varje år rapporteras en sammanställning av årets informationssäkerhetsincidenter inklusive personuppgiftsincidenter till styrelsen.

Säkerhet

Utifrån gällande övergripande styrdokument, Policy för säkerhet inom Stockholms läns landsting LS 2015-0093, arbetar förvaltningen med att utveckla säkerhetsarbetet. Följande aktiviteter är genomförda:

- under året har SLSO inrättat ett säkerhets- och beredskapsforum bestående av säkerhetssamordnare från samtliga verksamhetsgrenar med uppgiften att vara ett internt forum för alla typer av säkerhets- och beredskapsfrågor som ingår i SLSO:s systematiska säkerhetsarbete. Forumet träffas fyra gånger om året och

kan vid behov utökas med enskilda möten för speciella frågor som rör säkerhet och beredskap,
- under året har SLSO inrättat en övergripande säkerhetsskyddsorganisation som har till uppgift att leda och samordna organisationens interna säkerhetsskyddsarbete,
- SLSO har inrättat ett riskhanteringsforum med representanter ur samtliga verksamhetsområden. Riskhanteringsforumet har till uppgift att samordna frågorna som rör risk- och kontinuitetshantering. Arbetet leds genom en styrgrupp som träffas fyra gånger om året,
- förvaltningen har inlett arbetet med att ta fram en övergripande kontinuitsplan med lokala avbrottsplaner,
- för att öka möjligheten att kunna hantera hot och våld inom arbetet har 10 stycken trygghetsutbildningar genomförts med 420 stycken medarbetare.

Krisberedskap

Utifrån gällande övergripande styrdokument, Krisberedskapsplan för Stockholms läns landsting LS 1406-0750, arbetar förvaltningen med att utveckla krisberedningsarbetet. Följande aktiviteter är genomförda:

- revidering av SLSO:s kris- och katastrofmedicinska plan har genomförts,
- lokala rutiner för kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplanering har upprättats.
- SLSO har infört nya rutiner för beredskapsfunktion. Rutiner för beredskapsfunktionen finns upprättade och införda i SLSO kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan. Utbildning och övning för beredskapsfunktionen genomförs enligt ovan föreslagen plan,
- SLSO har upprätta en övergripande utbildnings- och övningsplan för kris- och katastrofmedicinskberedskap,
- genomfört beredskapsåtgärder för värmebölja,
- genomfört beredskapsåtgärder inför en eventuell hård Brexit,
- huvuddelen av SLSO:s krisledning har genomfört utbildning i lokal särskild sjukvårdsledning. Resterande personal kommer att genomföra utbildningen under 2020,
- under året har utbildningar genomförts med personal som ingår i SLSO:s beredskapsfunktion inom kompetensområde bedömning och rapportering av lägesbild samt handhavande av sambandsutrustning,
- utbildning har genomförts av 96 stycken nya brandskyddskontrollanter,
- den befintliga kriskommunikationsplanen har under året konkretiserats utifrån SLSO:s förutsättningar och behov.

Antikorruption

SLSO följer uppförandekod för Region Stockholm, LS 2017–1198, samt riktlinje för anti-korruption och representation, LS 2015–1324 och arbetar aktivt med att motverka

korruption, oegentligheter och jäv. Förvaltningen har ett systematiskt arbetssätt rörande bisysslor där medarbetarna årligen anger eventuell bisyssla i Heroma i syfte att fånga och motverka jävsituationer.

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

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

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

SLSO har dessutom under 2019 uppdaterat riktlinjen kring misstanke om oegentlighet som finns tillgänglig för alla förvaltningens medarbetare via dokumenthanteringsystemet och intranätet.

SLSO har även under 2019 arbetat systematiskt med att minimera förekomsterna av korruption och jäv i upphandlingar genom utbildningar om jäv inför upphandlingar samt information på intranätet.

Inköp

SLSO:s har bedrivit inköpsarbete i enlighet med Policy för inköp (LS 2017–1197) samt riktlinjer för Upphandling/inköp och uppföljning av avtal (SLSO 13-614). Regionledningskontorets arbete med kategoriindelning, som omfattar ansvarsfördelning och utrullning, är ännu inte klart utan kommer att tas upp till regionfullmäktige under 2020. Upphandling och inköpssupport har under 2019 fokuserat på förberedande arbete för kategoristyrt inköpsarbete. Arbetet med kategoristrategi för kategorin Hjälpmedel har därför inte genomförts under 2019 då detta kan göras först då erforderliga beslut fattats. SLSO är genom de förberedelser som gjorts under 2019 väl förberedda för kommande arbete med kategoristyrning i Region Stockholm.

Uppförandekod för leverantörer

I samtliga upphandlingar som Upphandling och inköpssupport annonserat under 2019 har krav ställts att leverantörerna ska följa den uppförandekod för leverantörer som är gemensam för alla regioner.

Delaktighet för personer med funktionsnedsättning

I enlighet med FN-konventionen för personer med funktionsnedsättning förs en regelbunden dialog med intresseorganisationer som representerar personer med funktionsnedsättning, i det så kallade Samverkansrådet. Behov och synpunkter fångas

upp och i de fall de inte enbart kan och ska hanteras av SLSO förs de vidare till respektive ansvarig. En balanslista finns med de åtgärder som önskas och den följs upp på varje samverkansmöte.

Policyn för delaktighet för personer med funktionsnedsättning, LS 2016-0469, anger styrande principer för hur Region Stockholm ska bedriva och utveckla verksamheten på ett etiskt riktigt och hållbart sätt. SLSO deltar aktivt i arbetet med policyn, tillämpningsanvisningar och checklista bland annat genom de nätverksträffar som Region Stockholm anordnar.

Alla ska på lika villkor kunna ta del av SLSO:s verksamheter. Alla verksamheter/enheter arbetar med att säkerställa att policyn kommer att spridas och genomsyra verksamheten. Särskilt fokus läggs på digital tillgänglighet för patienterna. Det innebär bland annat att tjänster för att kunna få inbjudan till besök via sms och mail ska vara tillgängliga för personer med funktionsnedsättning. Utveckling har skett i appen Alltid Öppet för att försäkra tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning. Utveckling av flerpartssamtal har skett för att möjliggöra teckenspråkstolkning vid vårdmöten på distans. SLSO deltar aktivt i Region Stockholms arbete med kravställan för fysisk tillgänglighet.

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

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

Att samverka och utveckla samarbetet med andra vårdgrenar är en viktig del i att skapa en jämlik och effektiv hälso-och sjukvård. Primärvården har ansvar för medicinsk uppföljning och behandling för de allra flesta vuxna med funktionsnedsättningar. En webbutbildning för primärvårdspersonal om personer med funktionsnedsättning är framtagen och informationsinsatser om den har gjorts under året.

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

Jämställdhet och jämlikhet (inklusive HBTQ)

SLSO arbetar för att motverka diskriminering och verka för lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsidentitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Arbetet sker löpande genom riskinventering och framtagande av handlingsplaner där aktiva åtgärder för att främja likabehandling kontinuerligt följs upp och utvärderas. Genom detta arbete främjas likabehandling både för medarbetare och patienter.

Under 2019 har SLSO uppdaterat sina externa webbplatsers utseende där ökad

tillgänglighet har varit ett fokusområde. Bilder som används på webbplatser och tryckta material ska återspegla den mångfald som råder inom organisationen.

Region Stockholms jämställdhets- och jämlikhetsutbildning erbjuds alla chefer inom SLSO. Det finns sedan tidigare två webbutbildningar som är obligatoriska för alla medarbetare. "HBT - normer, kön och sexualitet" som ger en grundläggande hbt-kompetens samt "Att undanröja hinder" vars syfte är att utveckla ett normkritiskt tänkande och undanröja hinder för människor med funktionsvariation. Dessa har nu kompletterats med en tredje obligatorisk utbildning "Etnicitet, normer och möten i vardagen". Utbildningen belyser hur normer och förutfattade meningar kan påverka mötet med personer med annan etnisk eller kulturell tillhörighet.

Region Stockholm är med i Nyckeltalsinstitutets jämställdhetsindex, JÄMIX, som är ett mått på hur långt jämställdheten nått. Region Stockholm tar även fram nyckeltal för utländsk bakgrund med hjälp av Nyckeltalsinstitutet. Rapport tas fram vartannat år. Senaste rapporterna kom 2018.

SLSO har även en riktlinje gällande diskriminering och kränkande särbehandling, samt en checklista för chefer med konkreta åtgärder för hur de ska agera om de får information om diskriminering eller kränkande särbehandling.

SLSO arbetar aktivt med att anställa personer med funktionsvariationer från Arbetsförmedlingen.

Inom SLSO:s verksamheter ser man positivt på att ta emot personer med utländsk utbildning både vad gäller auskultationer, praktik och regelrätta anställningar. SLSO har en stor andel medarbetare med utländsk bakgrund vilket är en tillgång för både patienter och medarbetare.

Folkhälsa

För folkhälsoarbetet följer SLSO Region Stockholms Folkhälsopolicy, LS 2016-0138. 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. SLSO remitterar till Sluta Röka-linjer direkt från journalsystemet TakeCare när behov finns.

För SLSO:s medarbetare arbetar förvaltningen 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.

Nedan några exempel på aktiviteter som genomförts under 2019:

arbetsverktyget ToR (Tobaksavväjning på Recept) har förberetts så att implementering kan ske i Region Stockholm 2020,

uppgiftsväxling i form av successiv implementering av "hypertonisjuksköterskor" för effektivare omhändertagande av patienten med högt blodtryck,

arbete på flera enheter med att införa arbetssätt med att patienter i behov av första linjens psykiatri kan tas hand om och bedömas direkt av kuratorer, psykologer och sjuksköterskor.

Nationella minoriteter

Webbutbildningen Etnicitet, normer och möten i vardagen är nu en obligatorisk utbildning i SLSO. Fortsatt finns BUP finska teamet som vänder sig till sverigefinska barn och ungdomar upp till 18 år samt deras familjer boende i hela Stockholms län. Vid årliga planeringssamtal med medarbetare inhämtas information omkring språkkunskaper och eventuell vilja att hjälpa till när behov uppstår.

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

Barns rättigheter

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

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

Sedan 1 januari 2010 finns en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som ger hälso- och sjukvårdens verksamheter och deras personal skyldighet att särskilt uppmärksamma barns behov av information, råd och stöd när en förälder har psykisk ohälsa, missbrukar, har en allvarlig somatisk sjukdom eller en funktionsnedsättning. I de verksamheter som vänder sig till barn ska det alltid säkerställas att barnets talan framförs och att hänsyn tas till denne i den vård och behandling som SLSO ger. Barnets medverkan och talan varierar utifrån mognad och lämplighet.

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

2.5 Anmodan

Anmodan

▶ Pågående enligt plan

Regionstyrelsen anmodar samtliga nämnder och bolag att fortsatt säkerställa åtgärder för att minska konsultkostnader och att intensifiera arbetet med att skifta ut konsulter.

RS 2018-1077

ÅR 2019

SLSO strävar efter att minimera behovet av konsulter. Konsulter används endast i de fall särskild expertkunskap krävs och vid tillfälliga och/eller oförutsedda större arbetsinsatser. Genom att ha inrättat ett portföljforum och portföljverktyg inom Verksamhetsstöd eHälsa och IT kan SLSO styra och prioritera pågående och kommande projekt, uppdrag och linjeaktiviteter. Genom den ökade portföljstyrningen bedöms behovet av konsulter kunna minskas då egna resurser planeras och nyttjas mer optimalt. I budgetplaneringen för 2020 har arbetet med digitaliseringsplaner intensifierats inom samtliga SLSO:s verksamhetsområden, vilket skapar ännu bättre förutsättningar för resurs- och kompetensplanering.

▶ Pågående enligt plan

Regionstyrelsen anmodar de nämnder och bolag som inte uppnår resultatkrav enligt beslut i fullmäktige att säkerställa åtgärder för en ekonomi i balans.

RS 2018-1077

ÅR 2019

För 2019 uppnådde SLSO de av fullmäktige fastställda resultatkravet.

För att säkerställa en långsiktig hållbar ekonomi har åtgärder vidtagits inom flera resultatenheter med att anpassa sin verksamhet till givna ekonomiska förutsättningar. Avveckling har skett av kostenheten och Team Äldredoktorn. Ett team har stängts inom ASiH. Översyn av utbud för primärvårdsrehabilitering och logopedi pågår. Beslut har fattats om att överföra Danderydsgeriatriken till Danderyds sjukhus AB.

▶ Pågående enligt plan

Regionstyrelsen anmodar de nämnder och bolag med en investeringsverksamhet att intensifiera arbetet med styrning och uppföljning av investeringar genom att proaktivt och löpande arbeta med kvalitetssäkring av investeringarnas prognoser. Status, avvikelser och risker följs upp i landstingets tertial-, delårs- och årsrapportering.

RS 2018-1077

ÅR 2019

De investeringar som finns inom SLSO:s budget avser utrustning samt ombyggnation i externt förhyrda lokaler. För dessa investeringar sker månatlig uppföljning inklusive prognos, status och eventuella avvikelser vilket rapporteras i månadsrapporterna till regionledningskontoret. Respektive verksamhetsområde inom SLSO redovisar utfall och prognos vid de månatliga uppföljningarna med sjukvårdsdirektören. Om avvikelse alternativt omprioriteringar måste ske görs detta i

Anmodan

första hand inom respektive verksamhetsområde och i andra hand i SLSO:s ledning.

För 2019 upparbetade SLSO 93 % av beslutad investeringsram.

▶ Pågående enligt plan

Regionstyrelsen anmodar samtliga nämnder och bolag att ytterligare intensifiera sitt arbete med att integrera informations- och it-säkerhet i sina verksamhetsprocesser och att ha ett tydligt fokus på att åtgärda identifierade avvikelser beträffande styrning, ledning och regelefterlevnad inom området.
RS 2018-1077
ÅR 2019

En handlingsplan för 2019/2020 har tagits fram i syfte att ge arbetet med informationssäkerhet både struktur samt underlätta för SLSO:s ledning att på ett strukturerat vis utvärdera arbetet med informationssäkerhet

Arbetet med att etablera ett systematiskt arbete har fortskridit enligt handlingsplanen för informationssäkerhet där SLSO uppnått sina mål för granskningar av IT-system och till 80% när det gäller verksamhetsgranskning.

För att öka medvetenheten och kunskapen om informationssäkerhet har det under våren och sommaren genomförts en informationskampanj tillsammans med kommunikationsavdelningen för att öka andelen genomförda DISA-utbildningar. SLSO har inte nått målet att 70% av medarbetarna ska ha genomgått utbildningen. Som ett komplement till DISA så har SLSO valt att satsa på ytterligare en e-utbildning inom informationssäkerhet. E-utbildningen i informationssäkerhet som riktats till SLSO:s chefer har pågått under hösten och vintern och har bidragit till att utveckla SLSO:s säkerhetskultur. Effektmätningen av e-utbildningen var god och kommer därför att riktas till samtliga medarbetare under 2020. I oktober tillgängliggjordes även en e-utbildning beträffande dataskyddsförordningen.

Arbetet med utformningen av en informationssäkerhetsorganisation i syfte att bygga upp lokala stöd- och resurspersoner inom respektive verksamhetsområde och verksamhetsstöd har fortlöpt och fortsätter in i 2020. Ansvarsbeskrivning för informationssäkerhetskoordinator (VO/VS-nivå) och informationssäkerhetsombud (RE-nivå) är framtagen. Informationssäkerhetssamordnare kommer ansvara för planering och uppföljning inom ansvarsområdet för informationssäkerhet medan koordinator och ombud är behjälpliga med samordning och stödjande insatser för verksamheten.

Antalet informationssäkerhetsincidenter har minskat under året och förvaltningen har arbetat med att förbättra både uppföljning och åtgärder för att minska antalet incidenter i enlighet med ständigt förbättringsarbete.

I slutet av varje år rapporteras en sammanställning av årets informationssäkerhetsincidenter inklusive personuppgiftsincidenter till styrelsen.

▶ Pågående enligt plan

Anmodan

Regionstyrelsen anmodar samtliga nämnder och bolag att ytterligare intensifiera sitt arbete med säkerhet och krisberedskap.
RS 2018-1077

ÅR 2019

Under 2019 har SLSO deltagit i Region Stockholms beredskapsplaneringsarbete.

Nedan följer några av de aktiviteter som har genomförts:

- Upprättat en klimat-, risk och sårbarhetsanalys ur ett samhällsperspektiv
- Genomfört beredskapsåtgärder inför en eventuell hård Brexit
- Genomfört beredskapsåtgärder för värmebölja

Under året har SLSO inrättat ett riskhanteringsforum med representanter ur samtliga verksamhetsområden. Riskhanteringsforumet har till uppgift att samordna frågorna som rör risk- och kontinuitetshantering. Arbetet leds genom en styrgrupp som träffas fyra gånger om året.

Nedan följer några av de aktiviteter som har genomförts under året:

- inlett arbetet med att ta fram en övergripande kontinuitetsplan med lokala avbrottsplaner.

Under året har SLSO Inrättat en övergripande säkerhetsskyddsorganisation som har till uppgift att leda och samordna organisationens interna säkerhetsskyddsarbete. Under året har SLSO inrättat ett säkerhets- och beredskapsforum bestående av säkerhetssamordnare från samtliga verksamhetsgrenar med uppgiften att vara ett internt forum för alla typer av säkerhets- och beredskapsfrågor som ingår i SLSO:s systematiska säkerhetsarbete. Forumet träffas fyra gånger om året och kan vid behov utökas med enskilda möten för speciella frågor som rör säkerhet och beredskap.

Reviderad kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan

- Revidering av SLSO:s kris- och katastrofmedicinska plan har genomförts.
- Lokala rutiner för kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplanering har upprättats.
- SLSO har infört nya rutiner för beredskapsfunktion. Rutiner för beredskapsfunktionen finns upprättade och införda i SLSO kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan. Utbildning och övning för beredskapsfunktionen genomförs enligt ovan föreslagen plan.

Utbildning- och övningsverksamhet

- SLSO har upprätta en övergripande utbildnings- och övningsplan för kris- och katastrofmedicinskberedskap
- Huvuddelen av SLSO krisledning har genomfört utbildning i lokal särskild sjukvårdsledning. Resterande personal kommer att genomföra utbildningen

under 2020.

- Under året har utbildningar genomförts med personal som ingår i SLSO:s beredskapsfunktion inom kompetensområde bedömning och rapportering av lägesbild samt handhavande av sambandsutrustning.
- Under året har utbildning genomförts av 96 stycken nya brandskyddskontrollanter
- För att öka möjligheten att kunna hantera hot och våld inom arbetet har 10 stycken trygghetsutbildningar genomförts med 420 stycken medarbetare.

Kriskommunikation

- Under året har den befintliga kriskommunikationsplanen konkretiserats utifrån SLSO:s förutsättningar.

2.6 Produktivitet

SLSO beräknar produktivitet på två sätt:

- produktion/kostnad
- produktion/arbetad timma

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

Produktiviteten mätt som produktion/kostnad sammanvägt för SLSO har varit 4,0 % mellan åren 2018 och 2019. Produktionen har ökat med 6,1 % och kostnaderna, justerade för pris- och löneökningar, har ökat med 2,0 %.

Mäts produktionen istället i förhållande till antalet arbetade timmar blir ökningen något lägre, 3,3 %.

Produktivitetsutvecklingen fördelad per vårdgren (produktion/kostnad):

- psykiatri 7,0 %,
- primärvård -1,7 %,
- geriatrik (inkl ASiH) 1,5 %,
- somatisk specialistvård 20,9 %,
- habilitering 3,0 %.

Inom psykiatrin har produktionen ökat med 9,1 %, med en kostnadsökning på 2,0%. Nio av tio kliniker har haft en positiv produktivitetsförändring. Det är resultatet av arbetet för att öka produktion och minska kostnader, och bilden blir densamma vid jämförelse med arbetade timmar.

Inom primärvården har produktionen ökat något, men antalet arbetade timmar och kostnaderna för de resurser som använts har ökat mer. En minskad kostnad för medicinsk service har gjort att kostnaderna inte har ökat i samma omfattning som

antalet arbetade timmar. 28 av 86 (33%) resultatenheter har en positiv produktivitetsförändring i förhållande till kostnaderna. Sätts produktionen istället i förhållande till antal arbetade timmar är det istället 20 % av resultatenheterna som har en positiv produktivitetsutveckling.

Inom Geriatrik och ASiH har alla kliniker haft en positiv produktivitetsutveckling. Produktionen ökat med 0,9 % medan kostnaderna minskat något.

Inom somatisk specialistvård har kostnaderna ökat med 6,5 % men produktionen har ökat mer (28,8 %). I viss mån beror det på säkrare registreringsrutiner men relativt nya verksamheter har också förbättrat arbetsprocesserna samt fått en ökad patienttillströmning. Störst är produktivitetsökningen bland närakuterna men alla resultatenheter har en positiv produktivitetsutveckling.

Habiliteringen har minskat sina kostnader och ökat produktionen något.

3 Verksamhet

Verksamhetsområde Psykiatri

Aktiviteter utifrån verksamhetsplan (i urval)

- Arbetet med brukarinflytande har fortgått under året bland annat har ytterligare en brukarinflytandesamordnare (BISAM) anställts.
- Det nya vårdavtalet för psykiatrin har trätt i kraft och uppföljning har skett enligt avtal.
- 96 nya vårdplatser anpassade för personcentrerad vård (Nacka) har tagits i bruk.
- Vårdprocessarbetet har fortsatt enligt plan, bland annat har processägare utsetts inom barn- och ungdomspsykiatri och för ätstörning.
- Arbete i enlighet med ledningssystemet för tvångsvård fortgår, egenkontroll genomförd. Kvalitativ uppföljning av genomförda uppföljningssamtal pågår.
- Digital egenanmälan via 1177 har införts inom Norra Stockholms psykiatri.
- Mätning av tillgänglighet och kvalitet har utvecklats under året, bland annat väntetider av neuropsykiatriska utredningar och differentierad rapportering av psykologisk behandling samt enhetliga rapporter om kvalitetsindikatorer.

Ekonomi och produktion i sammanfattning

- För 2019 redovisar VO Psykiatri ett överskott om 4,9 mkr. Föregående år redovisades ett underskott om 42,3 mkr. De resultatenheter som 2018 redovisade underskott har genomfört olika åtgärder för en ekonomi i balans. Arbete och planering för tillkommande 87 platser pågår. Platserna öppnas successivt under hösten, vintern 2019 och en bit in på 2020, varav 15 av 30 platser startat i Huddinge som nyttjas av Rättspsykiatrin och 57 platser startas på Nacka sjukhus av Psykiatri Södra Stockholm.
- Flera enheter har många vakanser och kostnaden för inhyrd personal har varit fortsatt hög i likhet med 2018.
- Alla verksamheter inom psykiatrin har nya avtal fr o m 1 januari 2019. Alla uppdrag och ersättningsvillkor är numera enhetliga från att tidigare haft varierande upplägg vad gäller fasta och rörliga ersättningar.
- De ekonomiska resultaten varierar mellan resultatenheterna.
    - Vuxenpsykiatrin redovisar ett negativt resultat på 10 mkr att jämföra med 2018 års underskott på 86 mkr
    - Beroendevården redovisar ett överskott på 0,5 mkr (2 mkr).
    - Barn- och ungdomspsykiatrin redovisar ett positivt resultat på 18 mkr (33 mkr)
    - Rättspsykiatrisk vård visar ett positivt resultat på 0,5 mkr (8 mkr)
    - Stockholms centrum för ätstörningar redovisar ett negativt resultat på 3 mkr till skillnad från 2018 då resultatet blev +1 mkr
- Besöken inom psykiatrin har totalt ökat med 8,9 % jämfört 2018 och antalet är också högre än både budgeterad nivå och beställd volym från HSN. Antalet

avslutade vårdtillfällen är något högre jämfört med 2018, dock något lägre än budgeterat. Se vidare avsnitt 3.2

Verksamhetsområde Primärvård

Aktiviteter utifrån verksamhetsplan (i urval):

- En ny modell för verksamhetsnära kvalitetsutveckling inkluderande medicinskt ansvarig läkare (MAL)-nätverk i processen har initieras.
- Uppstart av "Online-mottagningar" har genomförts som modell för utvalda nybesök via video och pilot för chatt-funktion är påbörjad.
- Automatiska incheckningsterminaler och mobilt vårdstöd erbjuds.
- Ny plan för ekonomisk uppföljning av resultatenheter är framtagen.
- Fokusgrupp gällande inhyrning bestående av lokalt verksamhetsstöd startad under hösten 2019. Dispensansökan uppdaterad och kompletterad med en bemanningsplan.
- Ny modell och strategi för Akademiskt primärvårdscentrums integrering i och samverkan med VO-primärvård har startat. Process med omstrukturering av akademiska vårdcentraler är påbörjad i samverkan med VO Primärvård.
- Gemensamt utvecklingsprojekt "Tobaksavvänjning på recept" har startat.
- Process för samutnyttjande pågår som t.ex. rehabkoordinatorer, gemensam hemsjukvård m.m.

Ekonomi och produktion i sammanfattning

- För 2019 redovisar VO Primärvård ett underskott på 10 mkr, vilket är i princip samma resultat som 2018 då underskottet var 9,9 mkr.
  Primärvårdsrehabilitering hade ett underskott på 16,4 mkr och logopedin hade ett underskott på 3,7 mkr, vilka är de stora förklaringarna till minusresultatet för 2019. Husläkaruppdraget hade ett underskott på 2 mkr och ungdomsmottagningarna hade ett samlat underskott på 1,2 mkr. Mödrahälsovården hade ett överskott på 7,8 mkr och övriga uppdrag hade enbart mindre över- eller underskott.
- Husläkaruppdraget har fått en uppräkning med 4 % av beställarersättningen och det nya avtalet avseende medicinskt service har inneburit minskade kostnader med cirka 25 %. Personalkostnaderna har ökat med 5,2 % p.g.a. viss utökning. Inhyrningen blev totalt sett lika stor som föregående år, den har ökat för sjuksköterskor och minskat för läkare. Resultatet för husläkaruppdraget har förbättrats med 26 mkr jämfört med 2018.
- Primärvårdsrehabiliterings uppdraget har fortsatt dålig ekonomi orsakat av en hög personalomsättning och att beställarersättningen inte har höjts under de senaste sex åren. Från den 1 november 2019 har dock en uppräkning med 6 % skett. Uppdraget är helt prestationsersatt och om inte alla medarbetare når sina prestationsmål så får mottagningen ekonomiska problem.
- Även logopedi uppdraget har haft dålig ekonomi under många år. Uppräkningen av beställarersättningen har länge varit låg, ersättningen är helt

rörlig och andelen uteblivna besök är 15 %.

- Mödrahälsovården redovisar överskott p.g.a. att man under hösten fick en förstärkning till mottagningar inom socialt utsatta områden när HSN införde en extra care need index (CNI)-baserad ersättning på 8 mkr som inte var budgeterad. Man har under året även fått extra ersättningar för att bilda familjecentraler.
- Underskottet för ungdomsmottagningarna beror främst på höga kostnader vid övertagande av mottagningar från kommunen samt brand som därmed ledde till produktionsbortfall på mottagningen i Nacka.
- Antalet besök för VO Primärvård som helhet uppgick till ca 3,8 miljoner under 2019, vilket innebär en ökning med 20 000 besök jämfört med 2018. Den 31 december var det 795 000 personer listade på husläkarmottagningarna vilket är en minskning med 2 000 jämfört med året innan.

Verksamhetsområde Somatisk specialistvård

Aktiviteter utifrån verksamhetsplan (i urval):

- Geriatriken fick nytt vårdavtal med förändrade villkor med högre ekonomisk risk.
- Sabbatsbergsgeriatriken fick utökat upptagningsområde (Lidingö).
- Beslut har fattats om att upphandla Sollentunageriatriken och inte driva den i SLSO:s regi.
- ASiH Södra respektive Norra har utvecklat ett närmare samarbete och samverkan. ASiH Södra har anpassat verksamheten efter patientunderlaget och stängt ett team.
- Förbättrad samverkan och gemensamma rutiner har införts vid de geriatriska klinikerna.
- Genom att dela erfarenheter och sprida goda exempel har frekvensen av vårdrelaterade infektioner sjunkit.

Ekonomi och produktion i sammanfattning

- Verksamhetsområdet redovisar ett underskott på 54,5 mkr, vilket är 52,9 mkr sämre än budget men 23,1 mkr bättre än föregående år.
- Vårdgren Geriatrik redovisar ett sammantaget underskott på 46,2 mkr, en resultatförbättring med 6 mkr jämfört med föregående år.
- ASiH har inte klarat produktionsmålen samtidigt som planerad kostnadsreducering (åtgärdsprogram) inte givit förväntad effekt. ASiH-klinikerna redovisar ett underskott på 17,7 mkr, vilket är 8,5 mkr bättre än föregående år.
- Geriatrikens produktion har utfallit i nivå med budget. Trots det har geriatrikens nya vårdavtal inneburit totalt 7,6 mkr i återkrav av fast ersättning, till följd av underproduktion (DRG) i relation till fastslagna antal vårdplatser, samt viten avseende minskad vårdtyngd (understigande snittvikt DRG). Detta i kombination med väsentligt ökade bemanningskostnader har gjort att de (tre)

geriatriska klinikerna redovisar ett underskott på 22,6 mkr för 2019.

- SÄBO-verksamheten (Team Äldredoktorn) redovisar ett underskott på 6,1 mkr, vilket är 5,9 mkr sämre än förväntat. Verksamheten har i samband med sin avveckling betalat ut (obudgeterade) avgångsvederlag.
- Vårdgren Somatisk specialistvård redovisar ett sammantaget överskott på 2 mkr, vilket är en förbättring med närmare 23 mkr jämfört med föregående år.
- Akademiskt specialistcentrum (ASC) och Centrum för cancerrehabilitering (CCR) redovisar båda överskott för 2019. ASC har med positiv produktivitetsförändring (ökad produktion) markant förbättrat sitt ekonomiska resultat. CCR har genom effektiv kostnadskontroll nått en ekonomi i balans.
- SLSO:s Närakuter redovisar ett underskott på 3,6 mkr. Verksamheten har under året aktivt arbetat med att förbättra sin diagnosregistrering. Detta har givit en resultatförbättring med 16 mkr jämfört med föregående år.
- Kostenheten redovisar ett underskott på 10,3 mkr, vilket är 8,8 mkr sämre än förväntat. Verksamheten har i samband med sin avveckling betalat ut (obudgeterade) avgångsvederlag.

Verksamhetsområde Habilitering/Hjälpmedel

Aktiviteter utifrån verksamhetsplan (i urval):

- Habilitering och Hälsa tecknade nytt avtal med ny ersättningsmodell.
- Verksamhetsförändring genom omdisponering av resurser för att öka samverkan och teamarbete genom att stärka de lokala habiliteringscentren har skett.
- Översyn och förändring av rutiner gällande hantering av självmord som en del i patientsäkerhetsarbetet har genomförts.
- En upphandling av tolktjänster har genomförts under året. Delar av upphandlingen är avslutad men överprövning har skett för andra delar. De anbudsområden som är klara är: skrivtolk, tolkstödjare och öppen mottagning.
- Inom Förbrukningshjälpmedel i hemmet har arbete genomförts för att säkerställa leveransprecision med tätare uppföljning med distributören och bättre kontroll.
- I slutet av året infördes möjligheten till e-remiss gällande konsultationer för både Hjälpmedel Stockholm och KommSyn Stockholm.
- Dialogmöten med intresseorganisationer inom Hjälpmedel Stockholm, KommSyn och Medicinteknisk apparatur i hemmet (MAH) har fortsatt och utvecklats under 2019.
- MAH fick förlängt vårdavtal med HSN, till och med 31 augusti 2021.
- Arbete pågår med att kunna erbjuda patienter att beställa sina diabeteshjälpmedel via 1177 samt att underlätta förskrivningshanteringen.

Ekonomi och produktion i sammanfattning

- Verksamhetsområdet redovisar för 2019 ett överskott på 102,9 mkr, vilket är 64,7 mkr bättre än budget och 26 mkr bättre än föregående år.

- Inom verksamhetsgren Hjälpmedel redovisar tre av fyra verksamheter överskott för 2019. Överskotten förklaras till stor del av ökade volymer och högre marginaler vilket är en effekt av effektivare lagerhantering.
- Förbrukningshjälpmedel i hemmet (FHH) redovisar ett underskott på 31,6 mkr, en försämring med 32 mkr jämfört med föregående år. För 2018 redovisade verksamheten en ekonomi i balans, i linje med överenskommelsen med HSN om garanterad fullkostnadstäckning. Under 2019 har FHH ersatts utan (avtalad) uppräkning, vilket i kombination med ett flertal återbetalningskrav från HSN lett till att verksamheten inte kunnat redovisa en ekonomi i balans.
- Habilitering och Hälsa har producerat över sin vårdbeställning och redovisar ett mindre överskott (1,4 mkr) för 2019. Verksamhetens prestationsintäkter har utfallit lägre än förväntat, trots en högre produktion. Det senare förklaras av att produktionsökningen främst utgjorts av distanskontakter, vilka har en lägre ersättning. Ekonomi i balans har uppnåtts genom att personalkostnader har utfallit väsentligt lägre än budget.
- Tolkcentralen redovisar en ekonomi i balans.

Verksamhetsområde FoUU

Aktiviteter utifrån verksamhetsplan (i urval):

- Arbete med att skapa bra och förenklade beredningss- och beslutsprocesser för forskningsfrågor har genomförts. En ny riktlinje för ansökan om utlämning av journalinformation för forskning har tagits fram och används nu även av det nyinrättade Centrum för hälsodata.
- Under året har en docentskola etablerats med syfte att ge stöd efter disputation med mål att få fram fler kliniska docenter.
- En särskild strategi för forskning inom primärvård har tagits fram för att möta förändringar i samband med införande av nätverkssjukvård. Vidare har ett arbete med att utveckla systemet med akademiska vårdcentraler påbörjats.
- En strategisk satsning har gjorts för att stimulera till samarbete mellan centrumbildningarna och igångsättande av processer för att knyta flera seniora forskare till Akademiskt primärvårdscentrum.
- För att SLSO:s verksamheter kontinuerligt ska kunna erbjuda klinisk utbildning har rekrytering av en central samordnare för VIL/VFU inom alla SLSO:s verksamhetsområden inletts.
- En arbetsgrupp har tillsatts med uppdrag att ta fram en handlingsplan för vad SLSO behöver göra för att kunna ta emot framtida läkarstudenter i och med att läkarprogrammet kommer att genomgå stora förändringar.

Ekonomi och produktion i sammanfattning

- Verksamhetsområdet redovisar ett positivt resultat på 2,5 mkr, vilket ger en marginal på 0,7 %. Alla resultatenheter inom verksamhetsområdet redovisar positiva resultat.
- Under året har resultatenheten Centrum för psykiatriforskning, tecknat ett nytt

fyra årigt beställaravtal. Avtalet innehåller två nya uppdrag omvårdnad och vårdvetenskap. Då dessa uppdrag tagit tid att starta upp så pausades faktureringen under hösten.

- CAMM, Centrum för miljö- och arbetsmedicin vars produktion är specialistvård ligger under budget med 8 %. Deras distanskontakter är då inte inkluderade.

3.1 Verksamhetsförändringar

De större verksamhetsförändringar som skett under år 2019 är:

Verksamhetsområde Primärvård

Övertagande av SMSH (enhet för bla provtagning, diagnostik och behandling av sexuellt överförda infektioner) från Karolinska universitetssjukhuset den 1 januari. Verksamheten hade en omslutning på 10,2 mkr, 16 300 patientkontakter och 12 anställda för 2019.

Övertagande av ungdomsmottagningarna i Haninge och på Gullmarsplan från kommunen den 1 januari. Verksamheten hade en omslutning på 11,5 mkr, 8 100 patientkontakter och 12 anställda för 2019.

Övertagande av ungdomsmottagningen vid Odenplan från kommunen den 1 maj. Verksamheten hade under 2019 en omslutning på 3,4 mkr, 3 000 patientkontakter och sex anställda.

Uppstart av virtuella mottagningen i Huddinge för digitala patientbesök den 24 april. Verksamheten hade under 2019 en omslutning på 1,8 mkr, 4 900 patientkontakter och 4,7 anställda.

Uppstart av logopedmottagning i Rinkeby den 1 maj. Verksamheten hade under 2019 en omslutning på 3,5 mkr, 900 patientkontakter och fem anställda.

Uppstart av logopedmottagning i Farsta den 2 september. Verksamheten hade under 2019 en omslutning på 2,7 mkr, 900 patientkontakter och sex anställda.

Uppstart av logopedmottagning i Vällingby den 2 september. Verksamheten hade under 2019 en omslutning på 2,1 mkr, 1 600 patientkontakter och fem anställda.

Verksamhetsområde Psykiatri

Utökat antal vårdplatser på Beroendecentrum Stockholm: I och med flytt från avdelning 7 A till avdelning 8 och utökning av vårdplatser har patientgrupperna omfördelats inom akut- och heldygnsvårdssektionen. Den ökade kostnaden för de utökade vårdplatserna har fördelats över hela sektionen och inte enbart belastat avd 8. Kostnaderna för hela sektionen har ökat med 26 mkr (11%) jämfört med 2018. Antalet vårdtillfällen har ökat med 573 (5,4%) och vårddagar med 1 318 (7,7%). Detta har medfört ökade kostnader tillsammans med patienssäkerhetshöjande åtgärder, däribland ökad bemanning för övervakning.

Utökat antal vårdplatser för barn- och ungdomspsykiatrin med 10 platser under januari 2019. Verksamheten hade 2019 en omslutning på 29 mkr, 95 avslutade vårdtillfällen

och 31 anställda.

Start av ytterligare sprutbytesmottagning inom Beroendevården på Södermalm den 22 augusti. Verksamheten har haft en omslutning på 6 mkr, 2 500 besök och 5 anställda för 2019.

Arbete och planering för tillkommande 87 platser pågår. Platserna öppnas successivt under hösten, vintern 2019 och en bit in på 2020, varav 15 av 30 platser startat i Huddinge som nyttjas av Rättspsykiatrin och 57 platser startas på Nacka sjukhus av Psykiatri Södra Stockholm.

Verksamhetsområde Somatisk specialistvård

Överviktscentrum övertogs från Karolinska universitetssjukhuset den 1 januari. Verksamheten har under 2019 genomfört 6 500 patientkontakter, omslutit 17,5 mkr samt haft 17 anställda.

Kostverksamheten på Rosenlund avvecklades under juni. Det har minskat årets omslutning med 23 mkr och antalet anställda med 12,5.

Nedläggning av ett team inom ASiH Södra 1 februari. Detta har minskat årets omslutning med 5 mkr och antalet anställda med 14.

Nedläggning av Team Äldredoktorn 1 juli. Jämfört med föregående år har det inneburit 4 650 färre läkarbesök i SÄBO, minskad omslutning med 11 mkr samt 6 färre anställda.

Övrigt

Övertagande av administrationen av placeringen för ST-läkare samt hantering av ersättning till privata vårdgivare för ST-läkare i närsjukvårdens specialiteter flyttades från hälso- och sjukvårdsförvaltningen den 1 april. Avtalet har en omslutning på 355 mkr för 2019 varav 152 mkr avser ersättning till privata vårdgivare.

3.2 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Geriatrisk vård				
Öppenvård	6 114	6 660	-546	1,1 %
Slutenvård	10 469	10 820	-351	19,6 %
Läkarbesök i SÄBO	4 160	5 499	-1 339	-50,5 %
ASiH				
Vårddygn ASiH	212 350	218 270	-5 920	-2,7 %
Vårddygn palliativ vård	9 369	9 308	61	4,7 %
Psykiatrisk vård				
Öppenvård	1 316 186	1 238 030	78 156	8,9 %
Slutenvård	29 388	32 601	-3 213	1,7 %
Primärvård*				
Öppenvård	3 796 750	4 037 635	-240 885	0,5 %

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Habilitering och hälsa				
Antal besök	189 479	185 500	3 979	20,6 %
Somatisk specialistvård				
Läkarbesök	250 467	255 120	-4 653	5,2 %
Övriga besök	41 544	47 890	-6 346	81,4 %
Övrig specialistvård*				
Öppenvård	22 854	25 927	-3 073	-18,2 %
Antal disponibla vårdplatser psykiatri	**911**	**909**	**2**	**4,1 %**
Antal disponibla vårdplatser geriatrik	**252**	**280**	**-28**	**2,4 %**

* BUMM, gyn, arbetsmiljömedicin, hälsomottagningar.

Utfall i jämförelse med budget

Geriatrisk vård

- Produktion av geriatrisk vård på Sollentuna sjukhus (planerades starta fjärde kvartalet 2019) motsvararar 2,5 % av total budget av geriatrisk vård inom SLSO. Sollentuna sjukhus upphandlades under året, vilket delvis förklarar de negativa budgetavvikelserna.
- Öppen geriatrisk vård har, exkl. för Sollentuna sjukhus, utfallit 6 % lägre än budget, vilket i sin helhet beror på färre läkarbesök än förväntat.
- Produktionen inom sluten geriatrisk vård har, exkl. för Sollentuna sjukhus, utfallit knappt 1 % lägre än budget. Det finns variationer i klinikernas budgetavvikelser. Vissa perioder har svårighet att rekrytera sjuksköterskor påverkat produktionen negativt, andra perioder har det funnits en viss brist på remisser.
- Antalet vårdtillfällen har under andra halvåret ökat som ett resultat av kortare medelvårdtider. Klinikernas sammanlagda snittmedelvårdtid har för året landat på 7,6 dagar, vilket är 1,1 dagar lägre än förväntat.
- Läkarbesök i SÄBO har utfallit drygt 24 % lägre än budget, vilket främst förklaras av att Team Äldredoktorn avvecklats en månad tidigare än budgeterat. Antalet boenden minskade dessutom i en snabbare takt än förväntat tiden innan avvecklingen.

ASiH

- Produktionen av vårddygn i ASiH har utfallit närmare 3 % lägre än budget, vilket främst förklaras av ett lägre remissinflöde än förväntat i verksamheterna i norra Stockholm.
- Periodvis har verksamheterna haft svårt att rekrytera sjuksköterskor, vilket minskat möjligheterna att öka remissinflödet.

Psykiatrisk vård

- Antal besök är väsentligt högre än antalet budgeterade. Besöken har ökat över

tid för alla verksamheter. Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) uppvisar en ökning om ca 35% jämfört med budget. Detta beror på att distanskontakter ej budgeterats, vilket är en förändring i BUP:s avtal jämfört 2018.

- Alla verksamheter inom psykiatrin har nya avtal fr o m 1 januari. Alla uppdrag och ersättningsvillkor är numera enhetliga från att tidigare haft varierande upplägg vad gäller fasta och rörliga ersättningar.
- Antal avslutade vårdtillfällen är lägre i antal än budgeterat, medan antalet vårddagar är högre än budget. Detta beror på att flera patienter ligger inne under längre perioder.

Primärvård

- Besöken blev totalt sett 6,0 % lägre än budget. I 2019 års budget var det beräknat att besöken skulle öka jämfört med 2018, men det blev ungefär lika många besök som föregående år.
- För läkarbesök på husläkarmottagningar och husläkarjourer blev antalet besök 9,0 % under budget. Läkarna har hanterat mer tidskrävande utredningar som förs ut från akutsjukhusen samtidigt som fler besök har styrts om till sjuksköterskebesök.
- Övriga besök på husläkarmottagningar blev 5,3 % under budget. Inom psykosociala uppdraget blev besöken färre än budgeterat p.g.a. vakanser och ej uppnådda besöksmål. På distriktssköterskemottagningarna har influensavaccinationerna minskat under 2019 och blev 18,3 % färre än årets budget.
- Hemsjukvårdsbesöken fortsätter att öka jämfört med föregående år och besöken blev 2,2 % över budget. Det har varit ett högt tryck i hemsjukvården, och att allt fler vårdcentraler kan inte längre delegera medicindelning till kommunens medarbetare.
- Inom primärvårdsrehabilitering räknade man vid budgeteringen att rekryteringsläget skulle förbättras och att besöken skulle öka. En del vakanser har man lyckats tillsätta, men inte alla, och de nyanställda behöver introduceras och klarar inte så mycket besök i början. För 2019 blev besöken 8,8 % under budget.
- För barnavårdscentraler blev sjuksköterskebesöken 14,2 % under budget p.g.a. att andelen teambesök ökade vilket innebar att sjuksköterskebesöken räknades in bland läkarbesöken. Två BVC stängde den 30 juni, men de flesta barnen hade redan innan flyttats till andra BVC och har därmed påverkat besöken negativt. På mödravårdscentralerna är barnmorskebesöken 5,6 % fler än budget tack vare förbättrad bemanningssituation.
- Övriga besök övrig primärvård blev 10,9 % under budget. Logopedmottagningarna nådde inte budget fram för allt p.g.a. sjukskrivningar bland medarbetarna. Några fotvårdsavtal har avslutats. Färre besök inom uppdraget för psykosociala besök barn och ungdom beror på att det är svårt att bemanna och då har man valt att fokusera på det vuxenpsykosocialauppdraget

istället.

Habilitering och hälsa

- Den totala produktionen inom Habilitering och Hälsa har utfallit 2 % högre än budget, vilket i sin helhet kan förklaras av ett ökat antal distanskontakter.
- Prestationer som är kopplade till verksamhetens vårdbeställning har utfallit 10 % över vårdbeställningen för 2019.
- Distanskontakter ingår fr.o.m. 2019 i Habiliteringens vårdbeställning. Dessa har utfallit med en 13 procentig andel av total produktion, vilket är mer än en fördubbling jämfört med budgeterad andel (6%).
- Ökat antal distanskontakter har bidragit till att andelen uteblivna besök har minskat kontinuerligt under året samt att verksamhetens nyckeltal *"besök per behandlare och dag"* har ökat fortlöpande under året.

Somatisk specialistvård

- Produktionen inom somatisk specialistvård utgörs av prestationer inom SLSO Närakuter, Akademiskt specialistcentrum och Centrum för cancerrehabilitering. Vårdproduktionen i dessa verksamheter har utfallit totalt 3,6 % lägre än budget.
- Produktionen inom Centrum för cancerrehabilitering har utfallit 35 % lägre än budget. Verksamheten har p.g.a. lågt remissinflöde haft svårt att nå produktionsmålet för 2019. Under hösten har dock remisserna ökat och därmed även produktionen.
- Produktionen inom SLSO:s Närakuter har utfallit 2,4 % lägre än budget, vilket främst förklaras av att närakuten Haga har utfallit med en väsentlig negativ budgetavvikelse (28 %). Förändringen av Karolinska sjukhusets uppdrag för det akuta omhändertagandet innebar en kraftig minskning av antalet hänvisningar till Haga.
- Produktionen på närakuterna Handen och Rosenlund har dock utfallit högre än budget (13 % resp. 27 %). I Handen saknas en husläkarjour, varför den patientgruppen i området har sökt sig till närakuten. Rosenlund har, i takt med att verksamheten blivit mer etablerad hos befolkningen, haft en stigande besökstrend under året.
- Produktionen inom Akademiskt specialistcentrum har totalt sett utfallit marginellt (0,5 %) lägre än budget.

Övrig specialistvård

- För de barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna (BUMM) är besöken under budget.
- Liljeholmen gynmottagningar har ökat sina besök jämfört med budget och Vallentuna gynmottagning har minskat sina besök jämfört med budget.
- Produktionen för Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM) ligger ungefär som budgeterat. En viss avvikelse finns för läkarbesöken till följd av färre remisser.

Antal disponibla vårdplatser

Psykiatrisk vård: Disponibla vårdplatser följer plan. För 2019 har det i genomsnitt varit 911 stycken. Det har pågått arbete med och planering för tillkommande 87 platser successivt under hösten, vintern och en bit in på 2020, varav 15 av 30 platser startat i Huddinge som nyttjas av Rättspsykiatrin och 57 platser startas på Nacka sjukhus av Psykiatri Södra Stockholm.

Geriatrisk vård: Färre antal disponibla vårdplatser än budgeterat förklaras i huvudsak av att klinikerna periodvis har haft svårt att bemanna med sjuksköterskor. Sjukdomsperioder med kohortvård har till viss del också bidragit till färre disponibla platser, i form av fler stängda vårdplatser men även genom att ta personalresurser i anspråk från den övriga vården.

3.3 Produktion ur ett jämställdhetsperspektiv

All vård antal vtf/besök	Kvinnor 2019	Kvinnor 2018	Förändring 2019 - 2018		Män 2019	Män 2018	Förändring 2019 - 2018	
Öppenvård	3 133 489	3 087 111	46 378	1,5%	2 224 398	2 226 736	-2 338	-0,1%
Slutenvård	18 916	18 148	768	4,2%	21 229	20 054	1 175	5,9%

Uppgifterna i detta avsnitt skiljer sig från produktionstabellen i avsnitt 3.2 beroende på att olika definitioner använts inom vissa vårdgrenar. Anledningen till differensen är att det som redovisas i tabell 3.2 avser de produktionstal som ersätts ekonomiskt.

Om man ser till alla SLSO:s verksamheter har både besök i öppenvård och antal vårdtillfällen i slutenvård ökat jämfört med förra året. Ökningen av besöken i SLSO:s öppenvård har kvinnor stått för medan männens nyttjande har varit på samma nivå som förra året. Ökningen av antalet vårdtillfällen har både kvinnor och män stått för men nyttjandet av slutenvård har ökat något mer bland män.

I öppenvård (inklusive barnmorskemottagningar) gjordes, liksom förra året, ca 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 52 % till 57 %.

Inom slutenvården har andelen vårdtillfällen som nyttjats av män varit ca 53 %. 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 73 % av vårdtillfällena.

4 Ekonomi

4.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Patientavgifter	244	246	-2	-1,3 %
Sålda primärtjänster	9 532	9 506	26	5,9 %
Försäljning övriga tjänster	1 466	1 347	119	26,2 %
Erhållna bidrag	891	824	67	24,2 %
- varav ers. omställn. kostn.	*38*	*32*	*6*	*-12,5 %*
Övriga intäkter	447	398	49	45,8 %
Verksamhetens intäkter	**12 580**	**12 322**	**258**	**10 %**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-8 523	-8 341	-182	5,9 %
- varav inhyrd personal	*-276*	*-2*	*-274*	*4,1 %*
Köpta primära sjukvårdstjänster	-42	-53	11	-80,8 %
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-360	-406	46	-9 %
Läkemedel	-318	-286	-32	43,3 %
Materialkostnader	-920	-846	-74	31,7 %
Lokal- och fastighetskostnader	-1 039	-1 001	-38	4,8 %
Övriga kostnader	-959	-973	14	31,6 %
Verksamhetens kostnader	**-12 161**	**-11 905**	**-256**	**7,6 %**
*- varav omställn. kostn.****	*-38*	*-32*	*-6*	*-11,7 %*
Avskrivningar	-190	-218	28	
Finansnetto	0	0	0	97,9 %
Justering pension mm.	0	0	0	
Resultat**	**228,6**	**199**	**29,6**	

* mkr

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

*** Omställningskostnader inklusive avskrivningskostnader

Utfall i jämförelse med budget

Resultat 2019

SLSO redovisar ett ekonomiskt resultat på 228,6 mkr, vilket är 29,6 mkr högre än verksamhetens budget och tillika resultatkrav för 2019.

Verksamhetens intäkter är 258 mkr (2,1%) högre än budget.

Sålda primärtjänster har utfallit 26 mkr högre än budget, vilket främst förklaras av högre uppdragsersättning inom öppen psykiatrin, högre utomlänsintäkter inom psykiatrin samt av högre prestationsintäkter inom somatisk specialistvård.

Försäljning övriga tjänster har utfallit med en positiv avvikelse på 119 mkr (8,8%),

vilket i huvudsak beror på ökade försäljningsintäkter (produkter och uthyrning) inom hjälpmedel.

Erhållna bidrag avviker positivt med 67 mkr (8,1%) och förklaras i huvudsak av för lågt budgeterade FoUU medel, nya uppdrag för centrumbildningarna samt av ökat statsbidrag (6% momskompensation). Det senare hänger samman med ökad inhyrning av personal. Från 1 juli är köp av bemanningstjänster momspliktiga, vilket innebär att SLSO då inte längre erhåller momskompensation. Från april hanteras all ersättning för ST-läkare av SLSO, vilket innebär att SLSO erhållit momskompensationen eftersom de privata vårdgivarna fakturerar inkl. 6% moms.

Övriga intäkter avviker positivt med 119 mkr (12,3%) och förklaras främst av utfall obudgeterade projektintäkter samt av ökad ersättning för lönekostnader.

Verksamheten kostnader är 256 mkr (2,2%) högre än budget.

Personalkostnaderna, inkl. inhyrd personal, har utfallit högre än budget på 182 mkr (2,2%). Dels förklaras detta av att beslutade bemanningsreducerande åtgärder inte givit förväntad effekt (ex. minskad inhyrning av personal), dels av utfall av obudgeterad projekt, då tilldelningen av projektmedel inte var känd vid tidpunkten för budgetarbetet. Vidare har nedlagda verksamheter bidragit till ökningen i form av höga avvecklingskostnader och viss övertalighet. Totalt utfaller emellertid personalkostnaderna, för egenanställd personal, lägre än budget som följd av svårigheter med att bemanna upp verksamheter. Det senare har lett till ökad inhyrning för att säkerställa patientsäkerheten samt möjliggöra för verksamheter att klara sitt vårduppdrag.

Köpta primära sjukvårdstjänster har utfallit 11 mkr lägre än budget, vilket förklaras av lägre kostnader för hem för vård eller boende (HVB)-hem. I BUP:s nya avtal hanteras kostnaderna för HVB-hem direkt av HSN, vilket inte var känt vid tidpunkten för budgetarbetet.

Köpta verksamhetsanknutna tjänster avviker positivt med 46 mkr (11,3%), vilket förklaras av lägre kostnader för medicinsk service i primärvården. Det i sin tur förklaras av dels lägre priser för basal medicinskt service i den nya upphandlingen (fr.o.m. maj), dels av färre producerade husläkarbesök.

Läkemedel avser kostnader för både läkemedel enligt läkemedelsförmånen och de läkemedel som köps till vårdverksamheten. Den negativa avvikelsen på 32 mkr (11,2%) hänförs till läkemedelsförmånen och förklaras i huvudsak av ökad läkemedelsförskrivning inom psykiatrin. Det är framför allt kostnaderna för ADHD-läkemedel som ökat. Inom vissa verksamheter var därutöver budgeten för låg.

Materialkostnader har utfallit 74 mkr (8,7%) högre än budgeterat, vilket förklaras av ökade kostnader för hjälpmedel (medicinteknisk apparatur i hemmet) till följd av utökat sortiment och ökad efterfrågan.

Lokal- och fastighetskostnader avviker negativt med 38 mkr (4%), vilket delvis kan förklaras av flytt och ombyggnation av verksamheter, inom ex. psykiatri Nordväst.

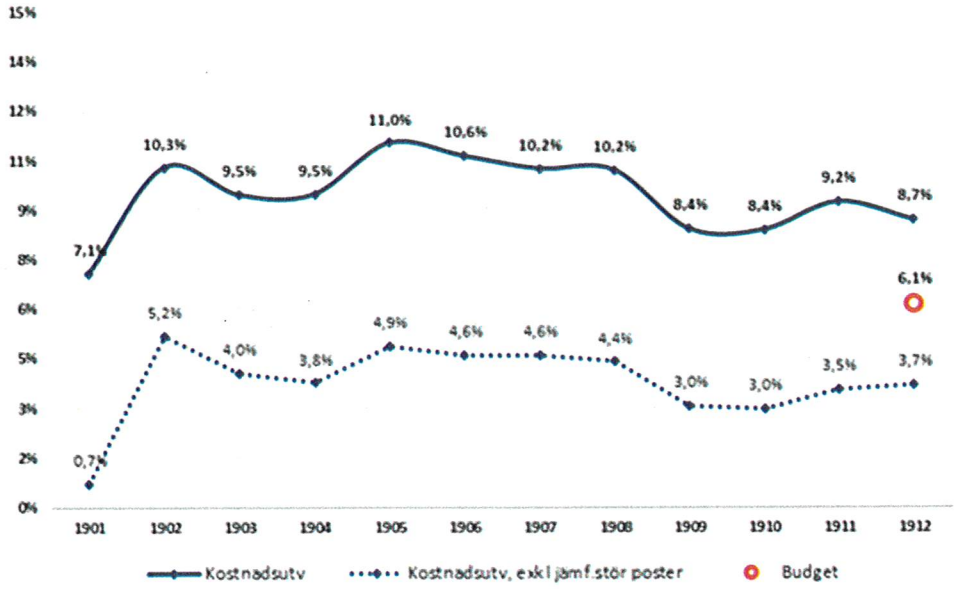
Hyresökningen består även av ökade hyror hänfört till genomförandet av Framtidens hälso- och sjukvård. Ökade städkostnader motsvarande på 5,7 mkr (6%) har bidragit till den negativa avvikelsen.

Övriga kostnader avviker positivt med 14 mkr och förklaras bl.a. av att kostnaderna avseende omställning med anledning av FHS budgeteras på denna rad. Bokföringen sker på de konton som kostnaden avser.

Avskrivningarna är 28 mkr (12,8%) lägre än budget.

Lägre avskrivningar förklaras främst av en lägre investeringstakt än planerat, vad gäller inventarier, se vidare förklaring avsnitt 4.3.

Kostnadsutveckling



SLSO:s kostnadsutveckling, innan justering för jämförelsestörande poster, uppgår till 8,7%. Jämförelsestörande poster utgörs av bl.a.volymförändringar i form av nya uppdrag, helårseffekter av uppdrag som startade under 2018 samt av uppdrag som avvecklats under 2019. Vidare sker justering för ändrat kostnadsansvar för läkemedel inom psykiatrin och helårseffekt av ex. förändrade personalvillkor som dubbelt OB-tillägg i heldygnsvården.

Mot bakgrund av ovan har den underliggande kostnadsutvecklingen beräknats till 3,7% för 2019. Förutom de generella löne- och prisökningarna har volymökningar inom framför allt hjälpmedelsverksamheterna och närakuterna bidragit till kostnadsökningen under 2019.

Prognossäkerhet

Årets ekonomiska resultat är ca 30 mkr bättre än det prognostiserade resultatet i

delårsbokslutet. Vid tidpunkten för delåret bedömdes resultatet att landa på SLSO:s avkastningskrav 199 mkr.

Under tredje tertialet har dock verksamhetens intäkter utfallit 62 mkr högre än förväntat, vilket främst förklaras av ökade ersättningar inom såld hälso- och sjukvård samt av erhållna bidrag. Psykiatrin har erhållit ca 30 mkr i ökade ersättningar som inte var kända vid delåret.

Verksamhetens kostnader har samtidigt utfallit 45 mkr högre än förväntat i delåret, till stort del förklarat av ökade kostnader avseende lokaler/fastigheter samt material och varor. Årets avskrivningar har utfallit 12 mkr lägre än förväntat i delåret.

4.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Summa personalkostnader	**-8 247**	**-8 338,9**	**91,9**	**6 %**
Förändring sem- och löneskuld	-12,4	-6	-6,4	
Lönekostnad	-5 521,3	-5 546,5	25,2	5,6 %
- varav övertid	*-96,4*	*-19,7*	*-76,7*	*3,4 %*
- varav sjuklönekostnad	*-99,9*	*-62,7*	*-37,2*	*-2,1 %*
PO-pålägg	-2 555,1	-2 636,4	81,3	6,5 %
Övriga personalkostnader	-158	-150	-8	4,9 %
Inhyrd personal	**-276,4**	**-1,8**	**-274,6**	**4,1 %**
- varav läkare	*-175,9*	*0*	*-175,9*	*5,3 %*
- varav sjuksköterskor	*-96,9*	*0*	*-96,9*	*7,4 %*
- varav övrig personal	*-3,6*	*-1,8*	*-1,8*	*-56,9 %*
Personalkostnad inkl inhyrd personal	**-8 523,4**	**-8 340,7**	**-182,7**	**5,9 %**

* mkr

Utfall i jämförelse med budget

SLSO:s totala personalkostnader inklusive inhyrd personal har utfallit 183 mkr (2,2%) högre än budget och 477 mkr (5,9%) högre än föregående år. Personalkostnaderna har utfallit 92 mkr (1,1%) lägre än förväntat samtidigt som kostnader för inhyrd personal utfallit med 276 mkr.

Personalkostnader

Personalkostnaderna har utfallit 92 mkr (1,1%) lägre än budget. Inom samtliga vårdgrenar, med undantag för geriatrik, har kostnaden för egenanställd personal utfallit lägre än budget samtidigt som kostnader för inhyrd personal har belastat verksamheter. Kostnader för inhyrd personal budgeteras inte inom SLSO, vilket till stor del förklarar det lägre utfallet av personalkostnader. Psykiatrin har den högsta negativa nettoavvikelsen mätt i kronor (90 mkr) och somatisk specialistvård den högsta procentuella negativa avvikelsen (7,2%).

Vidare förklaras en stor del av den positiva budgetavvikelsen i personalkostnader av att det verkliga (snitt)utfallet i PO-pålägg de facto är lägre än det budgeterade. Budget läggs med po-pålägg enligt budgetanvisningar för samtliga medarbetare, utan närmare hänsyn taget till åldersstrukturen hos personalen (till viss del pensionärer).

De som har varit anställda inom SLSO under hela året har haft en genomsnittlig ökning av lönen med 3,2 %, vilket dock balanserats av att de som har slutat haft en högre lön än de som har tillkommit under året. För läkargruppen har noterats en minskad andelen läkare med specialistkompetens, vilket till viss del förklarar varför den totala lönekostnaden för läkare ökat i mindre omfattning än genomsnittet.

Kostnader för inhyrning

Även under 2019 har det varit svårt att rekrytera specialistläkare och sjuksköterskor i den omfattning som det har funnits behov av, vilket har gjort att verksamheterna har haft fortsatt behov av inhyrd personal. Skillnaden är dock stor mellan de olika vårdgrenarna.

- För psykiatrin har kostnaden för inhyrning utfallit med134 mkr, vilket är oförändrat jämfört med föregående år. Kostnaden för läkare har ökat (10%) samtidigt som kostnaden för sjuksköterskor har minskat (14%). Högst andel inhyrning har Psykiatricentrum Södertälje (11,1%), Psykiatri Södra (7%), Psykiatri Nordväst (6,3%). Högst inhyrning mätt i kronor har Psykiatri Södra med närmare 36 mkr. Totalt har psykiatrin haft en 4 procentig andel inhyrning under 2019.
- För primärvården har kostnaden för inhyrning utfallit med 77 mkr, marginellt lägre än föregående år. Kostnaden för läkare har minskat med 10 mkr (16,7%) men ökat för sjuksköterskor med 8,4 mkr (51%). HLM- och BVC-verksamheterna har störst andel inhyrning. Totalt har primärvården haft en 3 procentig andel inhyrning under 2019.
- För somatisk specialistvård har kostnaden för inhyrning utfallit med 64 mkr, en ökning med 16 mkr (33%) jämfört med föregående år. SLSO Närakuter har under året haft fortsatt svårt att rekrytera fasta läkare och har därför en relativt hög andel inhyrning 19,3%. Inom geriatrik och ASiH har inhyrningen ökat med 3,6 mkr (20%) p.g.a. svårighet att rekrytera sjuksköterskor.

4.2 Åtgärdsprogram för en ekonomi i balans

Åtgärd (mkr)	Kommentar	Utfall 2019	Budget 2019	Budget 2020
Bemanning	Minskad inhyrning och reducerad bemanning	65	110	122
Sammanläggning team ASiH	Reducerat antal inskrivningsplatser och bemanning	0	26	26
Laboratoriekostnader	Lägre priser från maj 2019	34	20	30
Ökad produktion	Ökad produktion och produktivitet	25	28	28

Åtgärd	Kommentar	Utfall	Budget	Budget
Övrigt	Översyn av utbud, ökade ersättningar mm	23	40	40
Summa		**147**	**224**	**246**

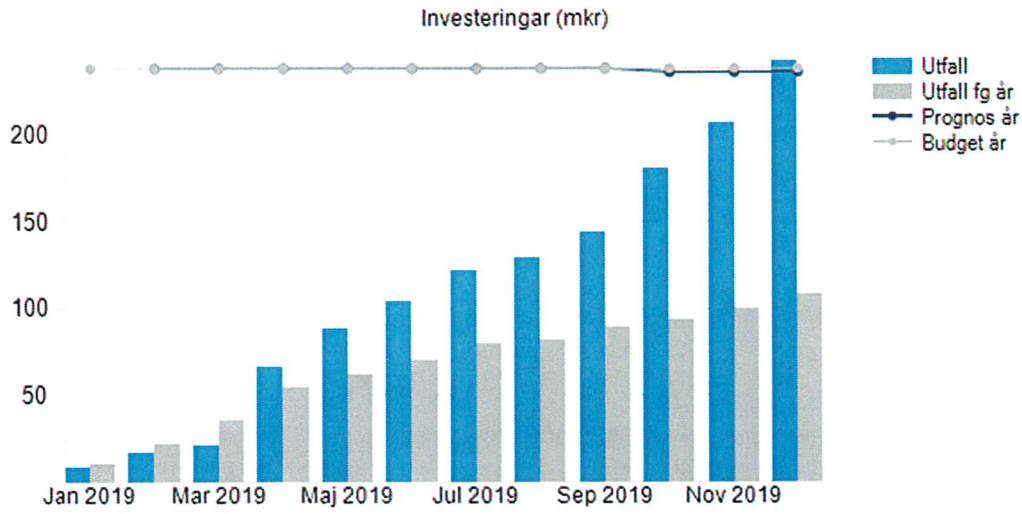
SLSO:s åtgärdsprogram för 2019 beräknades att ge en ekonomisk effekt på 224 mkr. Den prognostiserade helårseffekten har dock justerats ner löpande under året. Den slutliga effekten av åtgärderna har stannat på 147 mkr, 77 mkr lägre än förväntat.

Att full effekt inte har erhållits av åtgärderna förklaras främst av att berörda verksamheter inte förmått att reducera personalkostnader (inkl. inhyrning) som planerat. Vidare har planerade åtgärder för att öka produktionen inte givit förväntad effekt och reducering av vårdutbud har inte effektuerats i förväntad utsträckning.

För att uppnå årets avkastningskrav har SLSO:s ledning löpande under året krävt kompletterande åtgärder från verksamheter som inte beräknats att klara en ekonomi i balans för 2019. Effekten av detta arbete kan bl.a. ses i att andelen verksamheter med ekonomi i balans har ökat till 60%, från 54% föregående år. SLSO:s sammanvägda produktivitetsutveckling har utfallit positiv med 4% (målvärde 1%). Samtliga vårdgrenar, med undantag för primärvård, redovisar en positiv produktivitetsutveckling samt har klarat målvärdet 70%, vad gäller andel resultatenheter med positiv produktivitetsutveckling.

Vidare har ökade ersättningar i FFU (förfrågningsunderlag) för primärvården, täckning för uppstartskostnader av nya verksamheter samt sent på året inkomna extra ersättningar för psykiatrin, förstärkt SLSO intäktssida och bidragit till att SLSO har klarat sitt resultatkrav för 2019.

4.3 Investeringar



Utgift i jämförelse med budget

Periodens investeringsutgifter uppgår till 242,5 mkr vilket motsvarar 101,6 % av årsbudgeten.

Anledningen till avvikelsen mot budgeten förklaras av att investeringarna för FHS ligger med i SLSO:s investeringsutgifter medan budgeten för FHS finns centralt inom Region Stockholm.

Ett korrigerat utfall för FHS ger investeringsutgifter på 219,1 mkr, vilket motsvarar 91,8% av årsbudgeten.

De främsta anledningarna till avvikelserna inom SLSO kan förklaras av att;

- IT-investeringarna avviker positivt med 15 mkr. Under våren hade SLSO inget avtal för utrustning till IT-arbetsplatser vilket innebar förseningar i det planerade utbytet. När avtalet sedan var tecknat uppstod leveransproblem i inledningsskedet.
- Den planerade ombyggnationen för 6 mkr på Järva närakut har inte skett enligt plan. Fastighetsägaren beslöt att finansiera ombyggnationen och Järva närakut tecknade ett sju-årigt hyreskontrakt.
- Flera planerade ombyggnationer inom SLSO har inte genomförts i den utsträckning som budgeterats till följd av ekonomisk återhållsamhet.
- 16 nya elbilar har SLSO investerat i till en kostnad på 6 mkr.

4.3.1 Investeringsobjekt

Investeringsobjekt

Investeringsobjekt > 100 mkr (Mkr)	Utgift 2019	Budget 2019	Budget avvik.	Total ack utgift	Total prognos	Total budget
Totalt investeringsobjekt > 100 mkr						

SLSO har inga investeringsobjekt med en total budget över 100 mkr.

4.3.2 Ny- och ersättningsinvesteringar

Investeringar (Mkr)	Utgift 2019	Budget 2019	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Nyinvesteringar	23,4	0	-23,4	
Ersättningsinvesteringar	219,1	238,6	+19,5	91,8%
Totalt investeringar	**242,5**	**238,6**	**-3,9**	

Periodens investeringar uppgår till totalt 242,5 mkr inklusive strategiska

utrustningsinvestering, se tabellen ovan. De strategiska utrustningsinvesteringarna redovisas som nyinvesteringar. Budgeten för de strategiska utrustningsinvestering finns centralt inom Region Stockholm.

Nyinvesteringar

Under hösten har två vårdavdelningar för psykiatrin på Huddinge sjukhus utrustas liksom 32 vårdplatser för psykiatrin på Nacka sjukhus.

Ersättningsinvesteringar

Upparbetningsgrad för enbart ersättningsinvesteringar är 91,8 % vilket förklaras ovan.

4.4 Resultatdisposition

Årets resultat före bokslutsdispositioner 228 641 tkr

- varav resultatkrav 199 000 tkr

- överförs till koncernfinansiering 29 641 tkr

Resultat som behålls i verksamheten 0 tkr

4.5 Balansräkning

Balansräkning*	Utfall	Utfall fg år	Förändr.
Anläggningstillgångar	591	251	340
Omsättningstillgångar	1 922	2 009	-87
- varav kassa och bank	*201*	*86*	*115*
SUMMA TILLGÅNGAR	**2 513**	**2 260**	**253**
Eget kapital	**791**	**667**	**124**
Avsättningar	**0**	**0**	**0**
Skulder	**1 722**	**1 593**	**129**
- varav långfristiga skulder	*0*	*0*	*0*
- varav kortfristiga skulder	*1 722*	*1 593*	*129*
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	**2 513**	**2 260**	**253**

* mkr

Under året har förändring av redovisningsprinciperna för hjälpmedel genomförts. Detta innebar att utrustning till hjälpmedelsverksamheterna har bokförts som anläggningstillgångar istället för som omsättningstillgångar.

Omsättningstillgångarna har ökat med 224 mkr om man bortser från ovan nämnda omklassificering. Förändringen av omsättningstillgångarna och de kortfristiga skulderna beror bl a på utökat uppdrag och nya verksamheter se avsnitt 3.1.

Den förbättrade likviditeten härrör främst till positiv utveckling av SLSOs resultat.

4.6 Kassaflödesanalys

Kassaflödet från den löpande verksamheten har ökat med 267 667 tkr jämfört med föregående år. Detta förklaras av att flera verksamheter genererar överskott vilket medför ett positivt kassaflöde. De verksamheter som genererar de största överskotten är hjälpmedelsverksamheterna.

En omklassificering av hjälpmedel har gjorts under året. Förändringen innebar att hjälpmedelsinventarier överfördes från omsättningstillgångar till anläggningstillgångar. Beloppet för omklassificering är 336 422 tkr.

Kassaflödet från finansieringsverksamheten härrör sig till SLSO:s avkastningskrav.

Kassaflödesanalys **Mkr**	**2019-12-31**
Den löpande verksamheten	
Kassaflöde från den löpande verksamheten	445 629
Investeringsverksamheten	
Kassaflöde från investeringsverksamheten	-225 499
Finansieringsverksamheten	
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	-105 000
Årets kassaflöde	**115 130**

5 Personal och utbildning

Per den 31 december 2019 hade SLSO 12 260 anställda, vilket är 395 fler än föregående år. Ökningen beror till största delen på verksamhetsförändringar, se avsnitt 3.1. Verksamhetsområde Primärvård står för den största ökningen med 198 fler anställda jämfört med föregående år. Förändringen inom barnmorskemottagning (BMM) beror på övertagande av verksamhet samt att man anställt fler barnmorskor i enlighet med beställarnas krav fr o m 1 mars 2020. Inom primärvårdsrehabilitering har SLSO öppnat tre nya mottagningar inom logopedi, tillsatt tidigare vakanser samt anställt rehabkoordinatorer.

Inom husläkarmottagningarna kan förändringen förklaras med en ökning av sjuksköterskor genom sjuksköterskeledda mottagningar inom bland annat astma/KOL och diabetes. Vidare har det skett en uppgiftsväxling där fler sjuksköterskor och undersköterskor anställts på grund av ökat behov inom hemsjukvård och hantering av kravet på samordnad individuell plan (SIP). Satsning har även skett att anställa fler ST-läkare jämfört med föregående år.

5.1 Attraktiv arbetsgivare

Under året har löneöversynen för Vårdförbundet inneburit att verksamheter tydligare prioriterat särskilt yrkesskickliga sjuksköterskor och biomedicinska analytiker för att öka möjligheten till lönekarriär över tid. Verksamheter har fått ett extra tillfälle att öva på att bryta ner SLSO:s lönekriterier och prioritera vissa medarbetare. Den övning som skett kommer förhoppningsvis att leda till en ökad lönespridning.

Uppdraget som chef i SLSO ska uppfattas som spännande och intressant för att kunna behålla och attrahera nya chefer. SLSO erbjuder därför varierande insatser för olika chefsnivåer och har fortlöpande aktiviteter som stödjer chefers behov individuellt eller i grupp. 2019 har särskilda satsningar erbjudits till första linjens chefer med medel som sökts från Region Stockholm. Nedan följer en redovisning av de aktiviteter som genomförts 2019:

- BAS - chefen som arbetsgivare fyra utbildningar (6 dagar)
- Arbetsmiljö & hälsa fem utbildningar (2+1 dag)
- Verksamhetsutvecklande lönesättning 4 (2 dagar)
- Ledarutvecklingsprogram genom samtal (6 grupper har startats)
- Jämställdhet erbjuds i SLL:s regi
- Introduktion för nya verksamhetschefer fyra tillfällen (3 dagar)
- Introduktion för nya chefer med SLSO:s förvaltningsdirektör (3 tillfällen)
- Utvecklingsprogrammet för FRAMtida chefer ett program (7 dagar)
- TOPP15 - för blivande verksamhetschefer ett program (12 dagar)
- Ledarskapsprogram för ST-läkare fyra program (3+3+2 dagar)
- Förändringsledarskap – metodstöd för implementering en utbildning (4 dagar)
- Personal- och hälsoekonomi sju utbildningar (2 dagar)

Samt workshops och korta utbildningar inom följande områden:

- ledningsgruppsutveckling,
- arbetsrätt,
- kommunikation - mediaträning, retorik, leda möten, sociala medier,
- hälsosamt schema,
- det viktiga, utvecklande och nödvändiga samtalet.

5.2 Arbetsmiljö och hälsa

Hot och våld

Den psykiatriska verksamheten i SLSO har sedan många år arbetat utifrån den s.k. Bergenmodellen vid sina avdelningar för heldygnsvård . Modellen är en övergripande metod för att förebygga och bemöta hot och våld. Syftet med modellen är att skapa en miljö och vård som fungerar på bästa möjliga sätt för både patienter och medarbetare.

Bergenmodellen är inriktad på förebyggande arbete i vardagen, med syfte att bygga goda relationer mellan patienter och medarbetare. Samtidigt omfattar modellen tydliga riktlinjer för hur medarbetare ska agera i samband med hot- och våldshändelser. Utgångspunkten är att både patienter och medarbetare ska känna sig trygga och säkra i den psykiatriska vården.

Under 2019 deltog ca 400 deltagare vid utbildningen "Att kunna bemöta hot och våld inom sjukvården" vilken riktade sig till chefer/skyddsombud/medarbetare som möter patienter, anhöriga eller medföljande som kan agera aggressivt och hotfullt. Det övergripande syftet med utbildningen var att ge deltagarna en ökad kunskap om konflikthantering, mental förberedelse och medvetenhet om det egna beteendet samt verktyg att hantera hotfulla situationer. Målet med utbildningen var att ge personalen kunskaper och kompetens föra att kunna utföra sitt arbete på ett tryggt och säkert sätt, och att öka medvetenheten om riskfaktorer och risksituationer för hot och våld i arbetet.

SLSO har också, utifrån ett hot-/våldpreventivt arbete, deltagit i en regional samverkan med berörda aktörer inom området Järva och Rinkeby.

Region Stockholms säkerhetsorganisation har tillsammans tagit fram en förstudie till en trygghetsbaserad webbutbildning kring hot och våld. SLSO har deltagit i gruppen.

Kränkande särbehandling

SLOS har aktivt deltagit i ett framtagande av en riktlinje mot kränkande särbehandling, diskriminering, trakasserier och sexuella trakasserier för Region Stockholm. Arbetet har skett i en partsgemensam grupp där de fackliga organisationerna har bidragit aktivt med sina perspektiv. Den dialog som förts i gruppen ska nu fortsätta ute i verksamheterna bland medarbetare, en dialog som behövs som ett första steg för att kunna identifiera, förebygga och förhindra att kränkningar sker. Riktlinjen klargör ansvar och rutiner och kommer att följas upp med ett implementeringsarbete.

SLSO initierade ett partsgemensamt arbete med att ta fram en riktlinje mot kränkningar av medarbetare från tredje part i vården som tydligt framhåller den nolltolerans mot kränkningar som råder inom SLSO oavsett från vem de kommer ifrån. Riktlinjen tydliggör förhållningsregler och ger stöd för handling och kommer att följas upp med ett implementeringsarbete.

Hälsosam schemaläggning

SLSO erbjöd under hösten 2018 utbildningar på temat hälsosam schemaläggning för chefer, bemanningsassistenter, HR-konsulter och fackliga representanter. Som en ytterligare åtgärd kunde de chefer som önskade individuell rådgivning om hur de kunde förbättra befintliga scheman få stöd via VS HR. Flera verksamheter använde sig av den möjligheten under våren.

Nästa steg blir att utvärdera arbetet med hälsosam schemaläggning. En enkät är framtagen som kommer att skickas ut till berörda chefer i början av februari 2020.

Medarbetarundersökning

SLSO:s medarbetarundersökning genomfördes även 2019 under oktober månad. Den positiva trenden från 2018 håller i sig och de mål som sattes upp i början av året uppnåddes även 2019.

Svarsfrekvensen landade även i år på 78 %. Resultatet av de tre ambassadörsfrågorna (attraktiv arbetsgivare, stolt över arbetsplatsen och rekommendera arbetsplatsen) har ökat.

Fler medarbetare har uppgett att de har en individuell utvecklingsplan. En ökning syns även i att verksamheterna arbetat med tidigare enkätresultat och att det gett effekt.

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 anordnats 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.

Hälsostrategiskt arbete

Under 2019 har SLSO:s resultatenheter bedrivit ett arbete för att främja hälsa samt förebygga ohälsa. Nedan följer några exempel på aktiviteter:

- tema workshop kring robust arbetsplatskultur, mobbing och kränkande särbehandling har genomförts. Tillsammans med skyddsombud har systematisk genomgång av de arbetsmiljöavvikelser som inkommit genomförts,

- kommunikation enligt System för att Analysera Verbal Interaktion (SAVI) och problemlösning i arbetsgruppen,
- "Teambrief", grupputveckling och konflikthantering, framtagande av arbetsplatsens spelregler samt chefsstöd gällande ordningsstyrning och handledning i svåra samtal,
- lokala stegtävlingar för medarbetare,
- deltagande i lokal förening med bl.a. innebandy för medarbetare,
- gemensamma aktiviteter regelbundet för att få ihop "vikänslan" för verksamheter som finns på olika adresser runt om i Region Stockholm,
- introduktionsår för nyutexaminerade sjuksköterskor,
- föreläsning samt övningar om Compassion med våra psykologer,
- yoga tillsammans på mottagningen,
- pausgympa program lunchtid,
- after work med personalen,
- teori om återhämtning och praktiska övningar som återkommer på APT,
- inredning av ett "Grönt rum" för paus och avslappning.

Medarbetare i SLSO har under 2019 nyttjat:

- friskvårdstimmar: 60 405 timmar,
- friskvårdsersättning: 18,8 mkr (8 206 medarbetare)

5.3 Systematisk kompetensförsörjning

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

I SLSO prioriteras kompetens- och utbildningssatsningar som bedöms nödvändiga för att klara den fortsatta kompetensförsörjningen. Områden som varit prioriterade 2019 är:

- vidareutveckling av SLSO:s kompetensförsörjningsplan inom respektive verksamhetsområde,
- fortsatt satsning på SLSO:s olika chefsprogram,
- kompetensstegen för sjuksköterskor inom psykiatri och geriatrik var varit underlag vid medarbetarsamtal för 2019. Primärvården har valt att prioritera ProCompetence och kommer i nästa steg (2020) ta sig an implementeringen av kompetensstegarna,
- kompetensstegar för andra yrkesgrupper har bearbetats och till del börjat implementeras under 2019,
- Region Stockholms kompetensstege för psykologer har färdigställts med SLSO som samordnare av detta arbete,
- SLSO:s specialistutbildning för sjuksköterskor i samverkan med Röda Korsets

högskola inom psykiatrisk vård har utvecklats och förbättrats,
- SLSO har fortsatt att utveckla VIL (verksamhetsintegrerat lärande) för samtliga studerandegrupper inom SLSO:s verksamheter. En ny studerandeenkät är framtagen av Karolinska institutet/Region Stockholm som används för alla studenter efter avslutad VIL.

Antalet AT-tjänster var i slutet av året 168 medan antalet ST-tjänster uppgick till 607. I båda fallen är det en ökning jämfört med 2018. När det gäller AT pågår ett kontinuerligt arbete med att öka volymen och minska väntetiderna till AT-tjänster, samtidigt som handledning och kvalitet ska förbättras. När det gäller ST har SLSO sedan den 1 april 2019 ett utvidgat uppdrag att administrera och organisera ST-tjänster i närsjukvården gällande såväl SLSO:s egen verksamhet som privata vårdgivare. Uppdraget omfattar ungefär 1 000 ST-tjänster fördelade mellan allmänmedicin, psykiatri och geriatrik.

Det utvidgade uppdraget inom ST regleras i ett avtal med HSN. Utöver ansvaret att administrera och organisera ST-tjänster omfattas även fakturering och utbetalning av ST-ersättning till berörda vårdgivare. Den totala ST-ersättning som hanteras inom ramen för avtalet är ca 400 mkr på helår. Samverkansforum har skapats med vårdgivarna för att möjliggöra dialog och erfarenhetsutbyte. Avtalet har implementerats i alla delar och avtalsuppföljning har skett vid två tillfällen.

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

Bristen på sjuksköterskor och läkare har varit ett fortsatt problem, vilket medfört att verksamheterna har fått lägga resurser på att hyra in personal. Detta kan förorsaka negativa konsekvenser för patienterna och personalens arbetsmiljö. Åtgärder för att minska behovet av inhyrning sammanfaller i stor utsträckning med de insatser som gör för att uppnå målen Attraktiv arbetsgivare och Systematisk kompetensförsörjning.

Inom VO Psykiatri är det svårt att rekrytera specialistläkare och sjuksköterskor. Åtgärder sker i enlighet med VO Psykiatris kompetensförsörjningsplan.

Inom VO Primärvård är det svårt att rekrytera läkare och specialistutbildade sjuksköterskor. Inom rehabverksamheterna har det främst varit svårt att rekrytera dietister och arbetsterapeuter, men numera ser man även svårigheter att rekrytera fysioterapeuter. Åtgärder sker i enlighet med VO Primärvård:s kompetensförsörjningsplan.

SLSO har fortsatt fått ta del av centrala medel som avsatts för att kunna betala sjuksköterskors lön under specialistutbildningen, vilket har varit mycket värdefullt för verksamheternas kompetensförsörjning. För VO Primärvård har de centrala medlen varit avgörande för att verksamheterna ska kunna erbjuda medarbetare att bibehålla lön under utbildning till specialistsjuksköterska.

VO Habilitering och hjälpmedel har svårt att rekrytera arbetsterapeuter,

fysioterapeuter, psykologer och tekniker.

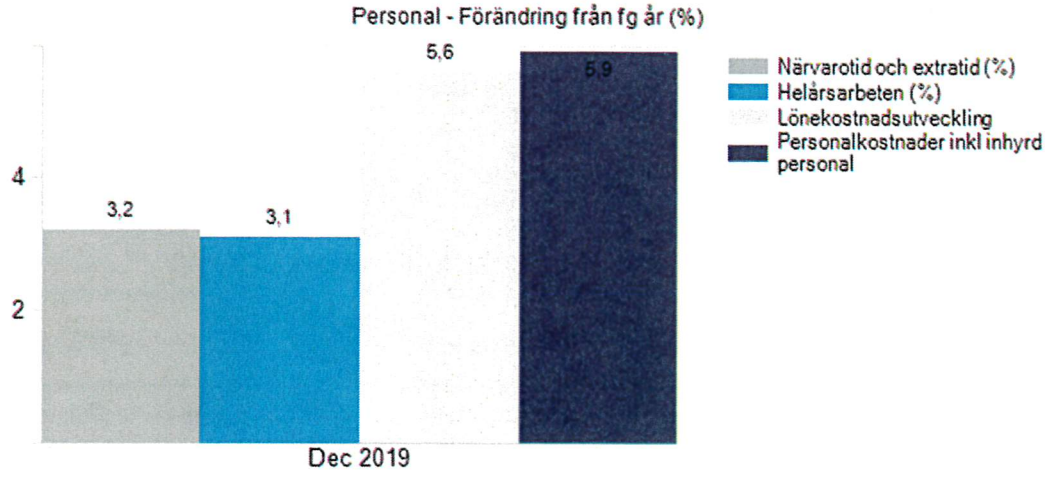
Inom VO Somatisk specialistvård är det svårt att rekrytera erfarna sjuksköterskor, speciellt till nattarbete. Det har även varit en utmaning att rekrytera specialistläkare inom vissa delar av verksamhetsområdet. Inom geriatriken är det svårt att rekrytera dietister, fysioterapeuter och medicinska sekreterare.

Arbetsorganisationen utvecklas kontinuerligt, bland annat genom kompetensväxling, teamarbete och interprofessionellt arbetssätt. Arbete med kompetensmix innebär bland annat att se över arbetsuppgifter som kan överföras mellan olika yrkeskategorier eller att nya kompetenser införs i verksamheterna.

En succesiv implementering pågår inom SLSO vad gäller kompetensstegar, flera verksamheter har ännu inte hunnit med att lägga in stegbedömningen i Heroma. Inom primärvården har man valt att implementera ProCompetence först och under 2020 kommer primärvården att påbörja implementering av kompetensstegar.

Under våren 2019 infördes KOLL på Löneenheten, Portföljkontoret och Logopedmottagningarna. Roller togs fram för samtlig personal inom vårdcentral/husläkarmottagning/husläkarjour, och dess medarbetare gick in i ProCompetence under oktober 2019. Hösten 2019 infördes KOLL på Upphandling och inköpssupport. Roller togs fram för delar av VO Somatisk specialistvård (ASiH och Närakuter), VO Psykiatri (Transkulturellt Centrum), VOHH (Hjälpmedel Stockholm, KommSyn, MAH, Förbrukningshjälpmedel i hemmet och Tolkcentralen) samt VO Primärvård (Mansmottagningar). Dessa medarbetare beräknas gå in i ProCompetence januari-februari 2020.

5.4 Personal



Helårsarbeten	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Personal - Helårsarbeten	11 596	11 415	181	3,1%

Utfall helårsarbeten i jämförelse med budget

Antalet helårsarbeten är 181 fler än budgeterat. Detta förklaras främst av att:

- när budgeten för 2019 fastställdes var inte samtliga verksamhetsförändringar kända.
- vissa verksamheter har haft svårt att göra en korrekt bedömning av när i tiden som planerade verksamhetsförändringar skulle effektueras.

Utfall helårsarbeten i jämförelse med föregående år

Antalet helårsarbeten har ökat med 353 (3,14 %) jämfört med föregående år varav ca 62 är helårseffekter av förändringar som skedde redan under 2018. Nettoförändringen under 2019 (+2,6 %) består dels av förändrade och nytillkomna uppdrag och dels av kostnadsreducerande åtgärder.

Antalet läkare ökade med 35 helårsarbetare under 2019 efter att ha minskat under både 2018 och 2017 (-28 respektive -27). Även för sjuksköterskor har en ökning skett med 129 helårsarbetare under 2019. För bägge yrkesgrupperna gäller dock att det fortfarande råder en stor brist samt att det skett en minskning vad gäller andelen med specialistutbildning.

Nedan redovisas bruttoförändringar jämfört med föregående år per verksamhetsområde:

VO Psykiatri har ökat med 124 helårsarbeten beroende på att många av resultatenheterna har fått utökade uppdrag som har resulterat i rekrytering av fler medarbetare.

- psykiatri Södra öppnade en ny avdelning på Ytterö under våren och i slutet av året öppnade man två helt nya avdelningar på Nacka sjukhus,
- rättspsykiatrin öppnade under hösten en ny avdelning på Huddinge sjukhus med 15 vårdplatser,
- BUP öppnade under våren en ny avdelning på S:t Görans sjukhus med 10 vårdplatser,
- beroendecentrum fick en utökning med antal vårdplatser samt startade en ny sprututbytesmottagning på Södermalm.

Rekryteringsläget har förbättrats när det gäller sjuksköterskor vilket tillsammans med aktiva åtgärder har minskat inhyrningen.

VO somatisk specialistvård har en nettoökning med 25 helårsarbeten. Förändringarna varierar mellan verksamheterna:

- Närakuter och Akademiskt specialistcentrum har ökat antalet helårsarbeten

med 18 respektive 12 på grund av utökade uppdrag,
- ASiH har genomfört neddragningar motsvarande 15 helårsarbeten,
- de geriatriska klinikerna har genom nyrekryteringen av sjuksköterskor ökat antal helårsarbeten med 22,
- kostenheten på Rosenlund har lagts ner vilket gav en minskning på 12 helårsarbeten.

VO primärvård har ökat med 160 helårsarbeten. Detta förklaras:

- barnmorskeverksamheterna har ökat med 35 helårsarbeten på grund av utökade uppdrag och övertagande av verksamheter,
- primärvårdsrehabiliteringen har öppnat tre nya mottagningar inom logopedi samt tillsatt vakanser och anställt rehab-koordinatorer vilket medfört en ökning med 30 helårsarbeten,
- inom husläkarmottagningarna har satsningar på fler ST-läkare och sjuksköterskeledda mottagningar lett till ökning av antalet helårsarbeten med 95. Vidare har fler sjuksköterskor och undersköterskor anställts på grund av ett ökat behov inom hemsjukvården och hanteringen av kravet på samordnad individuell plan (SIP),

VO Habilitering/Hjälpmedel har i princip oförändrat antal helårsarbeten.

VO FoUU har under året fått nya uppdrag vilket innebär en ökning med 15 helårsarbeten.

Verksamhetsstöden har ökat med 20 helårsarbeten. Detta förklaras av:

- utökning av antalet helårsarbeten på IT/eHälsa motsvarande nio helårsarbeten. Ökningen avser konsultväxling, medarbetare som arbetar i FVM programmet samt medarbetare avseende FHS. FVM och FHS resurserna finansieras av externa medel,
- lokaler och upphandling har utökat med fyra helårsarbeten, utökning av antalet helårsarbeten förklaras av en vaktmästare, en handläggare samt två handläggare som avser konsultväxling,
- HR har utökat med två helårsarbeten jämfört med 2018. Den ena tjänsten avser en vakant tjänst som HR-konsult för VOSS, VO HH samt VO FoUU. Den andra tjänsten är en utökning med en HR-specialist med ansvar att driva processer inom omställning, rekrytering, attraktiv arbetsgivare samt lönerevision,
- ekonomi har under 2019 haft en utökning av sju helårsarbeten. Detta förklaras av att den del av redovisningen som betjänar övriga förvaltningar inom Region Stockholm under slutet av 2018 tog tillbaka hanteringen av leverantörsfakturor från VISMA genom en verksamhetsövergång. Från 1 november har denna verksamhet flyttats till Serviceförvaltningen.

Gemensamma kostnader har ökat med sex helårsarbeten.

- antalet AT-läkare som har sin primärvårdsplacering på privata vårdcentraler har ökat motsvarande sex helårsarbeten och de hanteras inom ramen för

SLSO:s lönesystem men finansieras av externa medel.

5.5 Sjukfrånvaro

Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år	Förändr.
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**6,44**	**6,48**	**-0,04**
- varav kvinnor	*6,93*	*7,04*	*-0,11*
- varav män	*4,83*	*4,71*	*0,12*

Den totala sjukfrånvaron har minskat något jämfört med föregående år.

Sjukfrånvaron bland kvinnor ligger fortsatt högre än männens. Skillnaden har dock minskat något sedan föregående år.

Yrkesgrupperna sjuksköterskor, undersköterskor och skötare är de yrkesgrupper där skillnaden i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män är högst, i genomsnitt 10,9 dagar. Dock har män i yrkesgruppen sjuksköterskor ökat sjukfrånvaron med 3,7 dagar jämfört med föregående år, medan män i kategorin undersköterskor minskat sjukfrånvaron med 2,3 dagar. Dessa yrkesgrupper har även hög total sjukfrånvaron med i genomsnitt 24,6 dagar.

Andra yrkesgrupper som har hög total sjukfrånvaro är medicinska sekreterare som i genomsnitt har 28,3 dagar samt administratörer som har 27,3 dagar. Administratörer är en av de yrkesgrupper där den totala sjukfrånvaron ökat mest sedan föregående år med 2,1 dagar.

Inom yrkesgruppen psykologer har sjukfrånvaron minskat med 3,5 dagar till 15,5 dagar. Det är framförallt långtidsfrånvaron (över 90 dagar) som minskat inom denna yrkesgrupp.

Vad gäller långtidsfrånvaro (över 90 dagar) ligger kvinnor 4,3 dagar högre än män, det är dock en minskning med 1 dag jämfört med föregående år.

- Siffrorna för långtidssjukskrivning (över 90 dagar) totalt har ökat från 385 föregående år till 391, detta gäller dock framförallt i intervallet 90-179 dagar. Dock ökar även deltidssjukskrivningar över dag 90, vilket kan vara en positiv utveckling då andelen heltidssjukskrivningar minskar och fler är på väg tillbaka i arbete. I intervallet 30-89 dagar sker det även en minskning av framförallt deltidssjukskrivna vilket ger en förhoppning om att utvecklingen går åt rätt håll.

6 Risker och möjligheter

I delårsbokslutet lyftes risker som skulle kunna ha en ekonomisk påverkan på möjligheten att uppnå resultatkravet för 2019. Dessa var bland annat:

- fortsatt svårighet att rekrytera personal
- produktionsvolymerna når inte målen
- åtgärder och effektiviseringar som planeras når inte ekonomisk effekt
- vite vid underproduktion
- granskning av direktupphandling, vilket kan leda till upphandlingsskadeavgift på max 10 mkr

SLSO uppnådde det av fullmäktige fastställda resultat på 199 mkr och redovisar ett ekonomiskt resultat på 228,6 mkr.

Ovan redovisade risker kvarstår även under 2020.

7 Pågående rättsprocesser (tvister)

SLSO har inga pågående rättstvister av väsentlig betydelse.

8 Ledningens åtgärder

För 2019 uppnådde SLSO det av fullmäktige fastställda resultatkravet.

För att säkerställa en långsiktig hållbar ekonomi har åtgärder vidtagits inom flera resultatenheter med att anpassa sin verksamhet till givna ekonomiska förutsättningar. Avveckling har skett av kostenheten och Team Äldredoktorn. Ett team har stängts inom ASiH. Översyn av utbud för primärvårdsrehabilitering och logopedi pågår. Beslut har fattats om att överföra Danderydsgeriatriken till Danderyds sjukhus AB.

Dispensförfarande har återinförts för att ta in inhyrd personal och utredning pågår om att starta ett internt stöd för att hantera inhyrning.

Översyn pågår av ledningen och de administrativa funktionerna. Mot denna bakgrund har delegationen avseende tillsättning av administrativa befattningar tagits bort från verksamhets- och VO-chefer. Utifrån Karolinska sjukhusets varsel har nu även delegationen för tillsättning av undersköterskor lyfts bort. Om verksamheten bedömer att behov föreligger av rekrytering skall detta anmälas centralt inom SLSO för prövning av sjukvårdsdirektör, hr-direktör och ekonomidirektör.

9 Övrigt

Under året har förändring av redovisningsprinciperna för hjälpmedel genomförts. Detta innebär utrustning till hjälpmedelsverksamheterna bokförs som anläggningstillgångar istället för omsättningstillgångar.

10 Förväntad utveckling 2020

De ekonomiska och verksamhetsmässiga förutsättningarna som påverkar kommande år är bland annat:

- förmågan att kunna attrahera, rekrytera, behålla och utveckla medarbetare med rätt kompetens är en av de största utmaningarna för kommande år.
- arbetet fortsätter med strukturerade vårdprocesser inom samtliga verksamhetsområden för att bidra till måluppfyllelse av det övergripande målet: en hälso- och sjukvård av god kvalitet,
- prioriterade åtgärder under perioden är att stärka de delar av FoUU där SLSO kan bidra med specifik kompetens,
- digitaliseringsarbetet inom SLSO bedrivs utifrån respektive verksamhetsområdes prioriteringar med SLSO:s ledningsgrupp som beslutande för digitalisering och IT inklusive projektportfölj,
- införandet av framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) kommer att ske under planperioden. Detta innebär ett omfattande förberedelse- och implementeringsarbete som kommer att ta resurser i anspråk. SLSO påbörjar även ett arbete med att förbereda etablering av förvaltningsorganisation för FVM,
- resultatkravet ökar successivt under planperioden, vilket innebär att effektiviseringsarbete måste pågå kontinuerligt. För 2020 beräknas effektiviseringskravet till 3 %, vilket innebär en underliggande kostnadsutveckling på max 1,5 %,
- det ekonomiska resultatet på resultatenhetsnivå varierar och den största positiva delen av resultatkravet har genererats av ett fåtal enheter. I avtal 2020 kommer dessa enheter få förändrade förutsättningar, vilket innebär ett minskat överskott. För att ha en långsiktig hållbar ekonomi krävs att flertalet av SLSO:s resultatenheter redovisar en ekonomi i balans.
- Danderydsgeriatriken övergår från den 1 januari till Danderyds sjukhus AB
- en ny logistikupphandling för Förbrukningshjälpmedel i hemmet har gjorts och skall träda i kraft november 2020
- Konkurrensverket har påbörjat en utredning rörande SLSO:s köp av logistiktjänster för förbrukningshjälpmedel i hemmet utan att upphandlat enligt LOU. Konkurrensverket har inte tagit ställning till om myndigheten kommer driva frågan vidare och ansöka om upphandlingsskadeavgift i domstol.

11 Nämnd-/styrelsebehandling

Verksamhetsberättelsen per december 2019 behandlas i nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde den 19 februari 2019.

Region Stockholm

Övriga avsättningar, ansvarsförbindelser och tvister

Bila

Nämnd/Bolag: Stockholms läns sjukvårdsområde

Period 2019-12-31

Belopp anges i kronor.

Legala Avsättningar

Specificera typ av avsättning:	IB 2019	Ianspr under året	Återföring	Årets avsättning	UB	Tidpunkt då avsättning helt eller delvis skall återföras (ange år)	Upplysning om betydelsefulla antaganden som gjorts rörande framtida händelser som påverkat värderingen	Förväntad gottgörelse som har redovisats som tillgång 1)	Är avsättnin föremål för (JA/NEJ
	0	0	0	0	0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
TOTALT	0	0	0	0	0			0	

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

Informella Avsättningar (endast bolagen)

Specificera typ av avsättning:	IB 2019	Ianspr under året	Återföring	Årets avsättning	UB	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
	0	0	0	0	0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
TOTALT	0	0	0	0	0	

Ansvarsförbindelser

Specificera typ av ansvarsförb	Belopp	Kommentar om osäkerheter beträffande beloppet eller tidpunkten för utbetalningar	Möjlighet att eventuell gottgörelse erhålls (belopp)	Är ansvarsförbindelsen föremål för tvist (JA/NEJ)
	0	0	0	0
TOTALT	0		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. (RKR Rek 9, BFNAR 2012:1)

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

Informella avsättningar finns inte i 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 9)

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

Konsultkostnader

Bilaga E2

Förvaltning/Bolag Stockholms läns sjukvårdsområde

Belopp anges i kronor.

Konsultkostnader i resultaträkningen[1]

Leverantör	Belopp	Ändamål
AffärsConcept	81 600	Upphandlingsstöd
Altran Sverige	3 639 098	Förvaltning /Utveckling av Pastill
Atea Sverige AB	148 334	Övervakning nät
Cygate AB	221 427	Systemstöd vid start av nya vpl Nacka psyk samt viss del Alltid öppet
Ekan AB	1 299 807	Utvärdering av eu-projekt. Kolla Hab Milad 500 tkr
Ework Group AB	28 916 000	
varav	*5 125 000*	Förvaltning, support och viss utveckling av uppföljningssystemet QW (ekonomi och patientdata)
	8 904 000	Utveckling Alltid Öppet
	2 248 000	Spetskompetens nät, telefoni och pat kallelsesystem för FHS projekten
	4 700 000	Utveckling interna Webbar för logistik och debitering av tjänster. Förvalning av webbar och support.
	4 926 000	Spetskompetens klient- och servertekniker, extraresurs för byte till Windows 10.
	1 254 000	Insatser för systemutveckling Webbformulär och mobil inloggning
	130 000	telefonikonsulter stöd inför byte av telefonisystem
	1 365 000	Förvaltning /Utveckling av Pastill
	264 000	Utveckling Appsök Habilitering
Gaia Leadeship	190 000	
Hammer Man Medi	114 600	
Healt Solutions	1 567 489	Utveckling av dataplattform för kvalitetsregister
Houdini Group A	250 000	
Knowit AB	501 279	Förvaltning /Utveckling av SLSOs interna och externa hemsidor
Knowit Experien	2 897 595	Förvaltning /Utveckling av SLSOs interna och externa hemsidor
Knowit Jönköpin	269 362	Förvaltning /Utveckling av SLSOs interna och externa hemsidor
Populate AB	524 500	Utveckling utbildningspaket e-learning
Pro4u AB	373 474	x00513
Quick Consultin	327 060	Anpassning egenutvecklat system för budgetering,
Visma Consultin	405 682	Utveckling stödsystem för SLSOs hjälpmedelsverksamheter
Ospec, små belopp	888 000	
Manuella bokningar årsbokslut	950 000	Utveckling interna Webbar för logistik och debitering av tjänster. Förvalning av webbar och support.
TOTALT	**43 565 307**	

[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

TOTALT	**0**	

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

Region Stockholm

Mkr	Utfall 2019 jan-dec	Budget 2019	Avvikelse 2019	Avvikelse 2019 (%)	Upparbet-ningsgrad 2019 (%)	Total ack. utfall	Total prognos	Total budget	Avvikelse total	Avvikelse total (%)	Total upp-arbetnings-grad (%)	Färdig-ställande (år)
Nämnder och bolag inom Hälso- och sjukvård												
1. Ombyggnader i externt hyrda lokaler												
1.2 Stockholms läns sjukvårdsområde												
Ospecificerade objekt < 100 mkr	13,5	15,0	1,5	10,0%	90,0%				0,0			
Summa Stockholms läns sjukvårdsområde	**13,5**	**15,0**	**1,5**	**10,0%**	**90,0%**				**0,0**			
2. Maskiner, inventarier och IT												
2.4 Stockholms läns sjukvårdsområde												
Ospecificerade objekt < 100 mkr	229,0	223,6	-5,4	-2,4%	102,4%				0,0			
Utrustning till HS Helix etapp 2								170,0	170,0	100,0%	0,0%	
Summa Stockholms läns sjukvårdsområde	**229,0**	**223,6**	**-5,4**	**-2,4%**	**102,4%**				**0,0**			
Hälso- och sjukvård totalt	**242,5**	**238,6**	**-3,9**	**-1,6%**	**101,6%**							

Frågeformulär avseende uppföljning av regionens inköp och upphandlingar år 2019

Frågeformuläret syftar till att besvara hur förvaltningar och bolag arbetat med inköp och upphandling utifrån regionens inköpspolicy. För definitioner och underliggande viljeriktning och krav kopplat till nedanstående frågor, vänligen se inköpspolicyn och riktlinjer för inköp.

Notera att samtliga monetära frågor avser belopp ex. moms.

Uppgiftslämnare och kontaktperson:

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

1. Inköps- & upphandlingsvolymer år 2019

Ange er totala inköpsvolym i SEK: Inköpsvolymen är ca 2 miljarder per år.

1.1.

1.2. Ange antalet slutförda upphandlingar över gränsen för direkt-upphandling för LOU/LUF samt det totala upphandlingsvärdet för dessa. Särskilj lokala upphandlingar, lokalt samordnade upphandlingar och centralt samordnade upphandlingar.

Här avses upphandlingar som avslutats under år 2019, d v s där avtal tecknats. Avrop, beställningar och förnyade konkurrensutsättningar tas inte med. Upphandlingsvärdet avser det sammanlagda avtalsvärdet, inklusive optioner.

Den myndighet som genomfört en samordnad upphandling redovisar denna i enkäten.

Upphandlingar över direktupphandlingsgränsen		
Upphandling	Antal upphand-lingar, totalt	Totalt upphand-lingsvärde (Mkr)
Lokala upp-handlingar	26	1,2 miljarder
Lokalt samordnad upphandling	0	
Centralt samordnad upphandling	0	

1.3. Om möjligt - ange antalet slutförda direktupphandlingar och det totala upphandlingsvärdet för dessa.

Antal direktupphandlingar och upphandlingsvärde år 2019		
Upphandling	Antal	Totalt upphandlingsvärde (Mkr)
Under gällande direktupphandlingsgräns	517	41 miljoner
Över gällande direktupphandlingsgräns, med synnerliga skäl	1	1

1.4. Om ni saknar kännedom om antal och värdet av genomförda direktupphandlingar, beskriv omständigheterna: Vid direktupphandlingar gör verksamheten enligt våra processer en inköpsanskökan under 2019 har vi godkänt inköpsansökningar enligt ovan

2. Hållbarhet

2.1. I hur många upphandlingar (exkl. direktupphandlingar) där avtal har tecknats år 2019 har främjandet av hållbarhet beaktats i enlighet med inköpspolicyn?

Upphandlingar där regionens hållbarhetsmål beaktats år 2019	
	Antal upphandlingar, totalt
Lokala upphandlingar	26
Lokalt samordnad upphandling	0
Centralt samordnad upphandling	0

3. Avtal

3.1. Om möjligt - ange hur stor andel av er inköpsvolym som är avropad på lokalt- eller centralt samordnade avtal.

Andel inköpsvolym på avtal år 2019		
	Andel i %	Andel i SEK
Lokalt samordnade avtal	55%	1,1 miljard
Centralt samordnade avtal	0	0

3.2 Om ni saknar kännedom om andelar enligt ovan, beskriv omständigheterna:

Ifyllt enligt svar från Daniel Ahlquist 2019-12-09, har samtliga avrop från avtal som SLL Upphandling gjort SLL avtal fylls i som lokalt samordnade avtal (SLSO vet inte på vilket sätt de olika avtalen är samordnade)

Förklaring till uppgifterna ovan:
Inköpsvolymen är ca 2 miljarder per år. Ca 500 miljoner av detta är inköp kopplade till hjälpmedelsverksamheterna (Hjälpmedel Stockholm, KommSyn och Medicinteknisk apparatur i hemmet) och det är produkter och tjänster kopplade till förskrivningar av hjälpmedel som upphandlas av SLSO.

Beräkningen ovan är gjort genom att se om köpen från våra 100 största leverantörer är gjorda från avtal SLSO har eller avtal som är gemensamma för regionen, inköpen från dessa leverantörer motsvarar ca 80% av de totala inköpen 2019.

Värdet 1,1 miljard och andelen 55% är sannolikt för hög då vi tagit all inhyrning som att den sker från avtal som är gemensamma för regionen, detta stämmer inte då vi har egna avtal för inhyrning av psykiatriker samt barnläkare. Det kräver stort arbete att se vilka av avropen som gjorts från vilket avtal. En ledtråd är att under 2019 kostade inhyrning av läkare till psykiatri 80 miljoner, det bör kunna antas att denna inhyrning i huvudsak var från SLSOs avtal för psykiatriker.

För en mer noggrann beräkning av andelen ovan är ni välkomna att återkomma, vi anser att vår beräkning ger en rättvisande översiktsbild utan att vi lägger tid på att granska enskilda avrop.

4. Strategiskt arbetssätt i inköpsprocessen

Samtliga frågor avser processer som slutförts 2019 och som enligt myndighetens bedömning har stor verksamhetspåverkan och/eller stor ekonomisk påverkan på den upphandlande myndighetens budget.

4.1. Ange andel (%) slutförda upphandlingar som har föregåtts av strategisk analys och planering, i form av studie:
100% Samtliga upphandlingar över direktupphandlingsgränsen har en upphandlingsstrategi som godkänts av styrgrupp

4.2. Ange andel (%) slutförda upphandlingar som har ingått i en långsiktig (minst tvåårig) upphandlingsplan:
Ca 70%, samtliga upphandlingar över direktupphandlingsgränsen som är kopplade till återkommande behov finns vår upphandlingsplan (där finns ca 65 avtal)

4.3. Ange andel (%) slutförda upphandlingar där leverantörsmarknaden fått möjlighet att i processen påverka eller intyga att upphandlingsdokument är tydliga, transparenta och kalkylerbara:
Ca 80%

I princip i samtliga upphandlingar över direktupphandlingsgränsen genomförs någon typ av dialog leverantörsmarknaden. Ofta är det flera olika typer av dialog i samma upphandling (RFI, Hearing eller Externremiss). Leverantörsmarknaden ges då möjligheter att inkomma med synpunkter, dessa värderas sedan utifrån SLSOs uppdrag och budgetramar. I några mindre upphandlingar har vi valt att inte ha en dialog med marknaden.

4.4. Ange andel (%) pågående inköpsprocesser som har ett tydligt dokumenterat kalkylarbete inkluderat förkalkyler, skuggkalkyler samt efterkalkyler:
Som vi uppfattar det är denna punkt är inte applicerbar i våra upphandlingar då den är mer kopplad till investeringar. I samtliga upphandlingar över direktupphandlingsgränsen görs en upphandlingsstrategi med en spendanalys av den omfattning som det är möjligt i det enskilda fallet. I valet av utvärderingsmodell görs alltid en simulering med olika möjliga värden baserat på omvärldsanalyser för att de att den valda modellen ger de önskade effekterna.

4.5. Om möjligt - ange andel (%) av er inköpsvolym som är kategoristyrd:
Vi har inte ett fullt utvecklat kategoriarbete men inom hjälpmedelsområdet har vi kommit en god bit på väg. Dessa avtal utgör 25% av SLSOs totala inköp och ca 55% av de inköp som SLSO gör på egna avtal. Helt kategoristyrt är dock 0%.

5. Uppföljning

5.1. Ange andel (%) förvaltade avtal som följs upp systematiskt för att säkerställa att regionen får rätt värde, att avtal efterlevs och att man ej använder oseriösa leverantörer:
100%. Samtliga avtal som bygger på upphandlingar genomförda av VS upphandling och inköpssupport har

en utsedd avtalscontroller som ansvarar för avtalet. Uppföljning görs enligt villkoren i respektive avtal

5.2. Beskriv kortfattat hur ovan säkerställs:
Leverans av det som avtalats: i detta fall är vi beroende av att avropande enheter meddelar avvikelser till VS upphandling och inköpssupport
Oseriösa leverantörer: Avtalade leverantörer följs av redovisningsservice via en tjänst som varnar om någon avtalad leverantör behöver kontrolleras
Värdet: Vi har en kontinuerlig uppföljning av vad som avropas från avtal via Qlick View som samtliga avtalscontroller har tillgång till

5.3. Ange om- och på vilket sätt ni tillser att inköp sker leverantörstroget i enlighet med de avtal som ingåtts:
Alla enheter inom SLSO är skyldiga att känna till och använda de avtal som upprättats, men VS upphandling och inköpssupport har ingen övervakande funktion.

5.4. Beskriv kortfattat hur ni tillser att kunskap och lärdomar från uppföljning av upphandling, avtal och leverantörer används i utvecklingen av inköpsarbetet:
Det viktigaste är vår strävan att arbeta allt mer kategoribaserat. Inom VS upphandling och inköpssupport arbetar alla upphandlare/avtalscontroller inom en eller flera subkategorier och därmed är det lättare att få en samlad bild över sitt område. Dessutom överförs denna typ av information inom gruppen på enhetsmöten. Erfarenheter från pågående avtal är en viktig del i arbetet med upphandlingsstrategin och även i beslutet om ett avtal ska förlängas eller inte.

6. Resurser i inköpsprocessen

6.1. Här anges hur många genomsnittligt antal årsarbetare inkl. konsulter (**ej personer**) som arbetar med inköp. (OBS! Om en medarbetare i sin tjänst till viss del har arbetsuppgifter i inköpsprocessen så uppskattar Ni hur stor respektive del är). **De som avropar ute i verksamheten skall ej tas med här.**

	Antal årsarbetare inkl. konsulter:
Inköpare (avropare/beställare)	1,7
Upphandlare	8,5
Inköpscontroller	0
Analytiker	0
Inköps/ upphandlingschef	1
Avtalsförvaltare	Hos oss är upphandlare och avtalsförvaltare samma roll
Systemförvaltare	0,5
Kategoriledare	0
Inköpsassistent	0
Övriga inköpsresurser	1

6.2. Anser ni att ni på egen hand eller genom SF upphandling har tillräckliga resurser för att genomföra myndighetens inköp i enlighet med inköpspolicyn, lagar och andra styrande dokument? Svar: Ja, vi har tillräckligt med resurser i dag för att göra de upphandlingar som ska göras lokalt. Vi kan inte svara på om det finns tillräckligt med resurser på SF upphandling för de samordnade upphandlingar som vi har behov av att avropa från för ca 55% av vårt behov.

6.3. Beskriv kortfattat hur ni upprätthåller och utvecklar kompetensen hos den personal som arbetar med inköpsrelaterade frågor:

Vid enhetsmöten har gruppen möjlighet att önska uppdatering inom olika områden, exempelvis har vi uppdateringar av var jurist några gånger per termin utifrån aktuella nyheter eller andra för oss aktuella frågeställningar. Personalen på VS upphandling och inköpssupport har listat de konferenser, seminarier och

utbildningar som vi med vår samlade kunskap känner till, vi deltar sedan i den mån vi har möjlighet (beroende på tid/kostnad för deltagande), kunskapen återförs sedan till enheten.

Den individuella kompetensen säkerställs via individuella utvecklingsplaner. Från 2020 börjar vi använda ProCompetence och KOLL därmed kommer vi att kunna göra en GAP-analys för enheten och se om det finns behov av ytterligare insatser för att utveckla kompetensen inom gruppen

6.4. Har ni en utsedd inköpsansvarig person i enlighet med inköpspolicyn? Svar: Ja

6.5. Beskriv kortfattat hur ni tillser att kunskap och kompetens i verksamheterna vad gäller sak- och behovskunskap tas tillvara i inköpsarbetet:

Samtliga upphandlingar som görs av VS upphandling och inköpssupport bygger på ett behov som någon eller några av våra verksamheter har. Samtliga upphandlingar har en styrgrupp. Styrgruppsrepresentanter utses av den eller de verksamhetsområdeschefer som ansvarar för det område som står för de största inköpen av det som ska upphandlas. Styrgruppen utser sedan expertgruppsmedlemmarna.

Kravställning i en upphandling göra alltid av en expertgrupp bestående av personer som har kunskap om behovet. Denna grupp finns sedan med under avtalsförvaltningen och deltar i arbete med att ta fram förslag till styrgrupp om ett avtal ska förlängas eller inte

Den verksamhet som utgör vår största interna kund för lokala avtal är hjälpmedelsverksamheten. Där pågår en insats för att utbilda de som delar i expertgrupper för att de ska få en bättre kunskap om inköpsprocessen och de lagar, regler och policys som styr oss i detta arbete. Under hösten genomfördes totalt 3 utbildningar för ca

45 personer under våren planeras ytterligare 4 utbildningar (med totalt ca 60 deltagare).

7. Överprövningar

Vi fick 3 domar i överprövningar. Domar; 1 utvärdera om, 1 göra om det överprövade anbudsområdet, 1 vår tilldelning korrekt

7.1. Ange antal överprövade upphandlingar med lagakraftvunna domar under år 2019 och där myndigheten fått rätt.

	Myndigheten har fått rätt och ärendet har blivit:		
	- avslaget	- avskrivet	- återkallat
Antal:	1		

7.2. Ange antal överprövade upphandlingar med lagakraftvunna domar under år 2019 där anbudsgivaren fått rätt eller där domstolen dömt att upphandlingen ska göras om.

	Myndigheten har ålagts att:	
	göra en rättelse	göra om upphandlingen
Antal:	1	1

8. Ökad eller minskad konkurrens vid upphandling

8.1. Ange median för antal anbudsgivare som deltagit i genomförda upphandlingar under 2019:

Vi förstår inte hur denna siffra ska kunna användas. Inom vissa av de områden vi upphandlar finns bara 1-3 aktörer (framförallt inom vissa hjälpmedelsområden) och då blir det få anbudsgivare inom andra områden finns fler aktörer och då blir det fler anbudsgivare, i vårt Dynamiska inköpssystem har vi i dag 119 leverantörer anslutna. En median för samtliga

upphandlingar känns därför inte meningsfull i vår verksamhet. Vi anser att 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 ni önskar att vi ska komplettera med denna uppgift.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

Stockholms läns sjukvårdsområde

Styrningsrapport

ÅR 2019

Innehållsförteckning

1 Efterlevande av styrande direktiv 3
1.1 Efterlevande av fastställt reglemente 3
1.2 Efterlevnad av regionövergripande styrande dokument 3

2 Intern kontroll 5
2.1 Styr- och kontrollmiljö 5
2.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter 6
2.3 Övervakning 7
2.4 Försäkran om internkontroll 7

3 Regionrevisorernas samlade bedömning 8

4 Behandling av styrningsrapporten 8

1 Efterlevande av styrande direktiv

1.1 Efterlevande av fastställt reglemente

Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) verksamhet och styrning utgår ifrån det uppdrag som framgår av regionfullmäktige fastställt reglemente för nämnden. I det nya reglementet framgår det tydligare att styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde är en nämnd. Nämndens och dess underliggande förvaltnings ansvarsområde definieras därmed i detta reglemente.

Region Stockholms styrning av verksamhetens inriktning, innehåll och omfattning sker i första hand genom beställarstyrningen i form av vårdöverenskommelser/avtal respektive vårdvalsmodeller.

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 och verksamhetschefer för RE.

1.2 Efterlevnad av regionövergripande styrande dokument

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

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

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

Ekonomistyrning

SLSO följer de av regionen 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 som aggregeras och följs regelbundet upp av SLSO:s ledning. Varje resultatenhet upprättar månadsvis prognoser över årets ekonomiska utfall och produktionsutfall. Vid ekonomi i obalans inhämtar förvaltningsledningen åtgärdsplaner från aktuell enhet. Åtgärdsplanerna utgör ett verktyg i förvaltningens ekonomistyrning.

Anti-korruption
SLSO följer uppförandekod för Region Stockholm, LS 2017–1198, samt riktlinje för anti-korruption och representation, LS 2015–1324 och arbetar aktivt med att motverka korruption, oegentligheter och jäv. Förvaltningen har ett systematiskt arbetssätt rörande bisysslor där medarbetarna årligen anger eventuell bisyssla i Heroma i syfte att fånga och motverka jävsituationer.

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

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

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

SLSO har dessutom under 2019 uppdaterat riktlinjen kring misstanke om oegentlighet som finns tillgänglig för alla förvaltningens medarbetare via dokumenthanteringssystemet och intranätet.

SLSO har även under 2019 arbetat systematiskt med att minimera förekomsterna av korruption och jäv i upphandlingar genom utbildningar om jäv inför upphandlingar samt information på intranätet.

Inköp
SLSO har bedrivit inköpsarbete i enlighet med Policy för inköp (LS 2017–1197) samt riktlinjer för Upphandling/inköp och uppföljning av avtal (SLSO 13-614). Regionledningskontorets arbete med kategoriindelning, som omfattar ansvarsfördelning och utrullning, är ännu inte klart utan kommer att tas upp till regionledningen under första kvartalet 2020. Verksamhetsstöd Upphandling och inköp har under 2019 fokuserat på förberedande arbete för kategoristyrt inköpsarbete.

Informationssäkerhet
En handlingsplan för 2019/2020 har tagits fram i syfte att ge arbetet med informationssäkerhet både struktur samt underlätta för SLSO:s ledning att på ett strukturerat vis utvärdera arbetet med informationssäkerhet.

Arbetet med att etablera ett systematiskt arbete har fortskridit enligt handlingsplanen för informationssäkerhet där SLSO uppnått sina mål för granskningar av IT-system och till 80% när det gäller verksamhetsgranskning.

För att öka medvetenheten och kunskapen om informationssäkerhet har det under våren och sommaren genomförts en informationskampanj tillsammans med kommunikationsavdelningen för att öka andelen genomförda DISA-utbildningar. SLSO

har inte nått målet att 70% av medarbetarna ska ha genomgått utbildningen. Som ett komplement till DISA så har SLSO valt att satsa på ytterligare en e-utbildning inom informationssäkerhet. E-utbildningen i informationssäkerhet som riktats till SLSO:s chefer har pågått under hösten och vintern och har bidragit till att utveckla SLSO:s säkerhetskultur. Effektmätningen av e-utbildningen var god och kommer därför att riktas till samtliga medarbetare under 2020. I oktober tillgängliggjordes även en e-utbildning beträffande dataskyddsförordningen.

Arbetet med utformningen av en informationssäkerhetsorganisation i syfte att bygga upp lokala stöd- och resurspersoner inom respektive verksamhetsområde och verksamhetsstöd har fortlöpt och fortsätter in i 2020. Ansvarsbeskrivning för informationssäkerhetskoordinator (VO/VS-nivå) och informationssäkerhetsombud (RE-nivå) är framtagen. Informationssäkerhetssamordnare kommer ansvara för planering och uppföljning inom ansvarsområdet för informationssäkerhet medan koordinator och ombud är behjälpliga med samordning och stödjande insatser för verksamheten.

Antalet informationssäkerhetsincidenter har minskat under året och förvaltningen har arbetat med att förbättra både uppföljning och åtgärder för att minska antalet incidenter i enlighet med ständigt förbättringsarbete.

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 regionen 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. Dessutom följer sjukvårdsdirektören, och SLSO:s ledningsgrupp inom ramen för ledningens genomgång, upp verksamhetsområdena utifrån förvaltningens styrkort tre gånger per år, efter tertialen, delårsuppföljningen och verksamhetsberättelsen för att koppla samman kontrollen och uppföljningen av verksamheten till Region Stockholms budgetprocess.

2.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter

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

SLSO har en fortsatt hög risk kopplat till kompetensförsörjning och ökad svårighet att rekrytera personal inom verksamheten. Ett arbete med att minska risken för kompetensförsörjning har påbörjats under 2019 men det kräver mer arbete för att hantera risken. Under 2020 kommer ett gemensamt styr- och ledningssystem för kompetensförsörjning inom SLSO tas fram. Under 2020 planeras även en gemensam arbetsgivarmässa för att ytterligare förstärka kompetensförsörjningen inom förvaltningen.

Ett arbete med att ta fram komptensförsörjningsplaner har påbörjats under året. Det fortsatta arbetet med att ta fram kompetensförsörjningsplaner både på förvaltningsövergripande och på VO-nivå kommer att prioriteras under 2020. I internkontrollplanen för 2019 har det identifierats en ökad ekonomisk risk. Förvaltningen har arbetat med att minska den ekonomiska risken under 2019 och både SLSO i sin helhet och fler resultatenheter visar ett resultat i balans.

Internkontrollplan för 2019 fastställdes av styrelsen i samband med verksamhetsplan 2019. Denna internkontrollplan och riskbedömning kvarstår vid verksamhetsuppföljningen 2019.

SLSO har under året arbetet intensivt för att ta fram och säkerställa adekvata kontrollmoment och ett flertal är nu etablerade och verksamheten följs upp på ett strukturerat sätt. En del arbete kvarstår dock inom vissa områden.

SLSO:s högsta risk är kopplad till kompetensförsörjning och ökade svårigheter att rekrytera personal. Ett arbete kvarstå för att kunna minimera denna risk och förvaltningen ämnar fortsätta arbeta med denna fråga under 2020.

Inför 2019 identifierades även ett antal ekonomiska risker. Förvaltningen har arbetat intensivt med att förstärka kontrollmoment och åtgärder och månadsvisa uppföljningar är etablerade och åtgärdsplaner tas fram för resultatenheter som visar

ett negativt resultat.

Under året har förvaltningen dessutom arbetat för att minimera riskerna kopplade till patientsäkerhet och informationssäkerhet och har även där etablerat ett flertal kontrollmoment och åtgärder som bedöms minska dessa risker.

2.3 Övervakning

Efterlevnad av styrande dokument
SLSO följer Region Stockholms riktlinje för intern kontroll. Intern kontroll inom Region Stockholm är en tillämpning av COSO-modellen vilken SLSO har använt sig av för att ta fram internkontrollplan 2019. Inom ramen för SLSO:s årliga interna revision säkerställer förvaltningen dessutom en god intern styrning och kontroll samt följsamhet till styrande dokument.

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 2019 i samband med antagande av verksamhetsplan för 2019. Områden i planen där väsentliga brister noterades har till stora delar åtgärdats löpande och har följts upp. Bland de väsentligaste riskerna i internkontrollplanen för 2019 finns bland annat kompetensförsörjning och ökande svårigheter att rekrytera personal. SLSO har påbörjat ett arbete med att ta fram handlingsplaner under året men de är ännu inte på plats. Förvaltningen har under året förstärkt HR-funktionen för att under 2020 kunna intensifiera arbetet med att försöka rekrytera personal och vara en attraktiv arbetsgivare.

Dessutom identifierades ett antal ekonomiska risker i internkontrollplanen och ett särskilt fokus har lagts på ekonomi i balans under 2019. SLSO har uppnått ett resultat i balans för 2019 och ett flertal resultatenheter har också ett resultat i balans.
I den interna revisionen identifierades ett antal avvikelser kopplade till informationssäkerhet och förvaltningen har inlett ett arbete under året för att minska risken inom informationssäkerhet genom bland annat en e-learningutbildning som riktar sig till anställda inom SLSO.

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

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 regionens ledning och regionrevisorerna.

Nämnden har försäkrat sig om att man genom förvaltningschefen vidtagit nödvändiga åtgärder för att uppnå en tillräcklig internkontroll inom verksamheten, i enlighet med bilaga 5 i budget för Region Stockholm.

3 Regionrevisorernas samlade bedömning

Regionrevisorerna bedömer i delrapporterings-PM 2019 att den interna styrningen och kontrollen är tillfredsställande och att nämnden prognostiserar att fullmäktiges resultatkrav kommer att nås för 2019. Revisionen bedömer nämndens prognos för det ekonomiska resultatet i allt väsentlighet som rimlig.

Revisionen har granskat löneprocessen och SLSO arbetar med att ta fram en riktlinje avseende löneprocessen och säkerställa att rutiner för kontroll följs och dokumenteras.

Revisionen har även granskat den psykiatriska slutenvården och ser övergången mellan slutenvården i Region Stockholm och öppenvården i kommunerna som ett riskområde som behöver förstärkas.

Revisionen har dessutom granskat processen för anskaffning och skydd av SLSO:s tillgångar, inköp och upphandlingar samt ledningsnära kostnader och representation utan väsentliga iakttagelser.

Regionrevisorerna 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 ingår som en bilaga till verksamhetsberättelse 2019 och behandlas av nämnden den 19 februari 2020.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

Stockholms läns sjukvårdsområde

Plan för intern kontroll 2019, årsuppföljning

ÅR 2019

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Sammanfattning 4
2.1 Arbetet med intern kontroll 4
2.2 Resultat och analys från riskbedömningen 4

3 Intern kontroll 5
3.1 Styr- och kontrollmiljö 5
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 7
3.4.1 Efterlevnad av styrande dokument 7
3.4.2 Hantering av brister och avvikelser 7

4 Sammanställning av risker 9

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 beslutat samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

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

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

Region Stockholm har, utifrån kommunallagen, beslutat om policy för intern kontroll för Region Stockholm och bolag, vilket står beskrivet i bilaga 5 till budgeten. Policyns krav på intern kontroll förtydligas i Stödet och i de anvisningar för arbetet med verksamhetsplanen samt för delårsuppföljning och verksamhetsberättelse som publiceras i Ekonomihandboken på intranätet.

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 dessutom inletts under året med att samordna arbetet med intern kontroll, verksamhetsplanering och ledningssystem för att skapa en tydligare struktur och styrning och ledning av verksamheten.

SLSO har en fortsatt hög risk kopplat till kompetensförsörjning och ökad svårighet att rekrytera personal inom verksamheten. Ett arbete med att minska risken för kompetensförsörjning har påbörjats under 2019 men det kräver mer arbete för att hantera risken. Under 2020 kommer ett gemensamt styr- och ledningssystem för kompetensförsörjning inom SLSO tas fram. Under 2020 planeras även en gemensam arbetsgivarmässa för att ytterligare förstärka kompetensförsörjningen inom förvaltningen.

Ett arbete med att ta fram komptensförsörjningsplaner har påbörjats under året. Det fortsatta arbetet med att ta fram kompetensförsörjningsplaner både på förvaltningsövergripande och på VO-nivå kommer att prioriteras under 2020. I internkontrollplanen för 2019 har det identifierats en ökad ekonomisk risk. Förvaltningen har arbetat med att minska den ekonomiska risken under 2019 och både SLSO i sin helhet och fler resultatenheter visar ett resultat i balans.

2.2 Resultat och analys från riskbedömningen

Internkontrollplan för 2019 fastställdes av styrelsen i samband med verksamhetsplan 2019. Denna internkontrollplan och riskbedömning kvarstår vid verksamhetsuppföljningen 2019.

SLSO har under året arbetet intensivt för att ta fram och säkerställa adekvata kontrollmoment och ett flertal är nu etablerade och verksamheten följs upp på ett strukturerat sätt. En del arbete kvarstår dock inom vissa områden.

SLSO:s högsta risk är kopplad till kompetensförsörjning och ökade svårigheter att rekrytera personal. Ett arbete kvarstå för att kunna minimera denna risk och förvaltningen ämnar fortsätta arbeta med denna fråga under 2020.

Inför 2019 identifierades även ett antal ekonomiska risker. Förvaltningen har arbetat intensivt med att förstärka kontrollmoment och åtgärder och månadsvisa uppföljningar är etablerade och åtgärdsplaner tas fram för resultatenheter som visar ett negativt resultat.

Under året har förvaltningen dessutom arbetat för att minimera riskerna kopplade till patientsäkerhet och informationssäkerhet och har även där etablerat ett flertal kontrollmoment och åtgärder som bedöms minska dessa risker.

3 Intern kontroll

Intern kontroll definieras som en process där nämnd, 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 Region Stockholm utgår från COSO-modellen, detta innebär att arbeta systematiskt med att förutse risker och möjligheter och att proaktivt hantera och kommunicera dessa. De fem komponenterna i COSO-modellen är:

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

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

Nämnden tar i samband med budgetarbetet fram en plan för intern kontroll, denna plan uppdateras och följs upp vid delårsuppföljningen och verksamhetsberättelsen.

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

Förvaltningschefen rapporterar omedelbart brister i den interna kontrollen till nämnden. Nämnden säkerställer att förvaltningschef vidtar åtgärder som hanterar bristerna så att den interna kontrollen är tillräcklig. Vid misstanke om brott vidtar nämnden utan oskäligt dröjsmål, åtgärder och informerar regionens ledning och dess revisorer.

Nämnden lämnar årligen en försäkran i styrrapporten om att man genom förvaltningschefen 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.

Dessutom följer sjukvårdsdirektören, och SLSO:s ledningsgrupp inom ramen för ledningens genomgång, upp verksamhetsområdena utifrån förvaltningens styrkort tre gånger per år, efter tertialen, delårsuppföljningen och verksamhetsberättelsen för att koppla samman kontrollen och uppföljningen av verksamheten till Region Stockholms budgetprocess.

3.2 Riskbedömning, åtgärder och kontrollaktiviteter

3.2.1 Förändrade förutsättningar för intern kontroll

De risker som SLSO identifierade i planen för intern kontroll 2019 har kopplats samman med Region Stockholms övergripande mål för SLSO. Utifrån dessa mål och identifierade risker för att uppnå målen har SLSO tagit fram indikatorer och aktiviteter. Dessa har sedan sammanställts i styrkort för respektive verksamhetsområde inom SLSO.

På detta sätt har den interna styrningen och kontrollen förstärkts och måluppfyllelsen har kunnat följas upp och mätts under året. En förstärkning av HR-funktionen har dessutom genomförts under året för att förbättra möjligheten att minska riskerna kopplade till kompetensförsörjning och ledarskap. En analys av kompetensförsörjningen har genomförts och ett styr- och ledningssystem för kompetensförsörjning kommer att tas fram.

3.2.2 Analys och slutsatser

I planen för intern kontroll 2019 har det identifierats ett ökat antal ekonomiska risker för verksamheten. Riskerna finns främst inom affärsmässigheten/kostnadsmedvetande samt ojämnt ekonomiskt resultat inom verksamhetens olika delar.

Andra betydande risker finns kopplade till verksamhetens personal- och kompetensförsörjning samt informationssäkerhet.

Risker i varierande grad finns när det gäller såväl tillgänglighet och patientsäkerhet samt styrning och ledarskap. När det gäller patientsäkerheten har förvaltningen arbetat för att tydliggöra ansvar och roller.

SLSO har arbetat aktivt under 2019 för att stärka den ekonomiska uppföljningen inom förvaltningens olika delar för att säkerställa god ekonomisk hushållning och en ekonomi i balans. SLSO i sin helhet visar ett ekonomiskt resultat i balans för 2019.

SLSO behöver arbeta mer aktivt under 2020 för att minska risken kopplat till personal- och kompetensförsörjning. Åtgärder och kontrollmoment för att minimera denna risk behöver säkerställas och förstärkas framöver. En förstärkning av HR-funktionen har gjorts under 2019 och ett arbete med att ta fram handlingsplaner har påbörjats. Ett behov av ett gemensamt styr- och ledningssystem för kompetensförsörjning inom SLSO har identifierats.

SLSO har även fokuserat på att stärka första linjens chefer under 2019 genom utbildningar om arbetsgivarrollen, förändringsledning samt förstärkt erfarenhetsutbyte mellan chefer i organisationen för att bidra till SLSO som en attraktiv arbetsgivare.

Riktlinjer och utbildningar inom informationssäkerhet har tagits fram för att säkerställa att Region Stockholms riktlinje för informationssäkerhet följs och en struktur för systematisk uppföljning har etablerats.

Ett arbete kvarstår med att etablera kollegial revision som ett led i den lärande organisationen och bidra till ökad patientsäkerhet.

3.3 Information och kommunikation

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

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

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

3.4 Övervakning

3.4.1 Efterlevnad av styrande dokument

SLSO följer Region Stockholms riktlinje för intern kontroll. Intern kontroll inom Region Stockholm är en tillämpning av COSO-modellen vilken SLSO har använt sig av för att ta fram internkontrollplan 2019. Inom ramen för SLSO:s årliga interna revision säkerställer förvaltningen dessutom en god intern styrning och kontroll samt följsamhet till styrande dokument.

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.

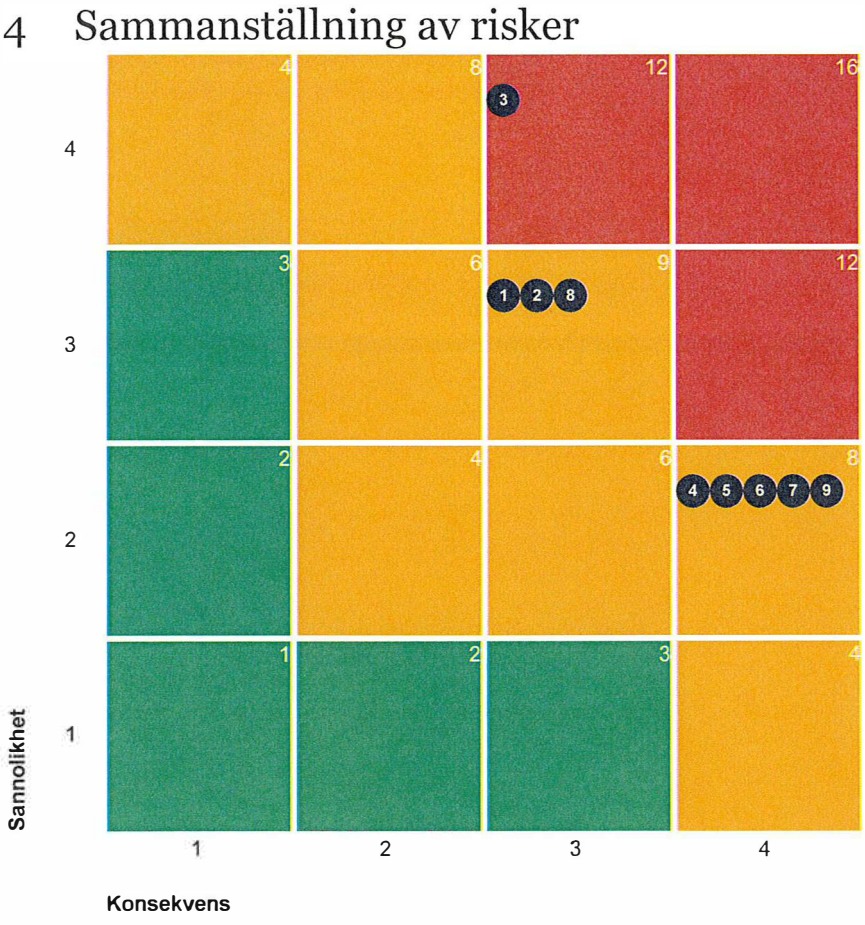
Styrelsen fastställde plan för intern kontroll 2019 i samband med antagande av verksamhetsplan för 2019. Områden i planen där väsentliga brister noterades har till stora delar åtgärdats löpande och har följts upp. Bland de väsentligaste riskerna i internkontrollplanen för 2019 finns bland annat kompetensförsörjning och ökande svårigheter att rekrytera personal. SLSO har påbörjat ett arbete med att ta fram handlingsplaner under året men de är ännu inte på plats. Förvaltningen har under året förstärkt HR-funktionen för att under 2020 kunna intensifiera arbetet med att försöka rekrytera personal och vara en attraktiv arbetsgivare.

Dessutom identifierades ett antal ekonomiska risker i internkontrollplanen och ett särskilt fokus har lagts på ekonomi i balans under 2019. SLSO har uppnått ett resultat i balans för 2019 och ett flertal resultatenheter har också ett resultat i balans.

I den interna revisionen identifierades ett antal avvikelser kopplade till informationssäkerhet och förvaltningen har inlett ett arbete under året för att minska risken inom informationssäkerhet genom bland annat en e-learningutbildning som riktar sig till anställda inom SLSO.

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

4 Sammanställning av risker



1 Hög 3 Medium Totalt: 9

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

Mål	Lokalt mål	Risk			Riskägare
Ett resultat i balans		1	10913	Bristande affärsmässighet/kostn adsmedvetande	**Riskägare** Karin Persson

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
		2	11919	→	Ojämnt ekonomiskt resultat inom SLSO:s olika delar	**Riskägare** Karin Persson
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		3	11922	→	Ökad svårighet att rekrytera personal	**Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis
Systematisk kompetensförsörjning		4	11923	→	Bristande ledarskap	**Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis
Vård i rätt tid		5	10908	→	Bristande tillgänglighet	**Riskägare** Anna-Lena Berggren
Säker vård		6	11924	→	Bristande patientsäkerhet - felbehandlingar	**Riskägare** Anna-Lena Berggren
		7	11925	→	Bristande patientsäkerhet - bristfälliga rutiner	**Riskägare** Anna-Lena Berggren
Effektiv vård		8	11928	→	Brister i informationssäkerheten	**Riskägare** Annika Jerhamre
		9	11929	→	Bristande följsamhet till dataskyddsförordningen	**Riskägare** Annika Jerhamre

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga 1: Sammanställning risker och kontrollmoment, årsuppföljning

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

Innehållsförteckning

1 **Bilaga 1: Sammanställning risker och kontrollmoment, årsuppföljning 3**

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

1 Bilaga 1: Sammanställning risker och kontrollmoment, årsuppföljning

Kommentarer finns i bilaga 3.

Mål	Lokalt mål	Risk	Nivå	Trend	Kontrollmoment	Status
Ett resultat i balans		10913 Bristande affärsmässighet/kostnadsmedvetande **Riskägare** Karin Persson		→	Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar **Frekvens** Månadsuppföljning	–
		11919 Ojämnt ekonomiskt resultat inom SLSO:s olika delar **Riskägare** Karin Persson		→	Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamhetsområdena **Frekvens** Månadsuppföljning	–
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		11922 Ökad svårighet att rekrytera personal **Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis		→	Löpande uppföljning för att säkerställa kompetensförsörjningen **Frekvens** Följs upp löpande. Redovisas i samband med delårsuppföljningen och verksamhetsberättelsen.	–

Systematisk kompetensförsörjning	11923 Bristande ledarskap **Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis		→	Följ upp verksamhetsområdenas verksamhet **Frekvens** Tre gånger per år, efter T1, delårsuppföljning och verksamhetsberättelse.	–
Vård i rätt tid	10908 Bristande tillgänglighet **Riskägare** Anna-Lena Berggren		→	Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort **Frekvens** T1, delårsuppföljning och verksamhetsberättelse	–
Säker vård	11924 Bristande patientsäkerhet - felbehandlingar **Riskägare** Anna-Lena Berggren		→	Systematiska granskningar, journalgranskningar och kollegial revision **Frekvens** Årligen	–
	11925 Bristande patientsäkerhet - bristfälliga rutiner **Riskägare** Anna-Lena Berggren		→	Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet **Frekvens** Årligen	–

Effektiv vård	11928 Brister i informationssäkerheten **Riskägare** Annika Jerhamre		→	Uppföljning av inrapporterade incidenter **Frekvens** Årligen	–
	11929 Bristande följsamhet till dataskyddsförordningen **Riskägare** Annika Jerhamre		→	Systematisk uppföljning av hantering av personuppgifter **Frekvens** Löpande	–

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga 2: Sammanställning av risker och åtgärder, årsuppföljning

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

Innehållsförteckning

1 **Bilaga 2: Sammanställning av risker och åtgärder, årsuppföljning** **3**

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

1 Bilaga 2: Sammanställning av risker och åtgärder, årsuppföljning

Kommentarer finns i bilaga 3.

Mål	Lokalt mål	Risk	Nivå	Trend	Åtgärd	Status	Effekt
Ett resultat i balans		10913 Bristande affärsmässighet/kostnadsmedvetande **Riskägare** Karin Persson		→	Uppföljning av ekonomi **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		
		11919 Ojämnt ekonomiskt resultat inom SLSO:s olika delar **Riskägare** Karin Persson		→	Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		
Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare		11922 Ökad svårighet att rekrytera personal **Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis		→	Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning. **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		
Systematisk kompetensförsörjning		11923 Bristande ledarskap **Riskägare** Ann-Charlotte Sturesdotter Francis		→	Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

Mål	Lokalt mål	Risk	Nivå	Trend	Åtgärd	Status	Effekt
Vård i rätt tid		10908 Bristande tillgänglighet **Riskägare** Anna-Lena Berggren		→	Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		
Säker vård		11924 Bristande patientsäkerhet - felbehandlingar **Riskägare** Anna-Lena Berggren		→	Lärande organisation genom kollegial revision **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		
		11925 Bristande patientsäkerhet - bristfälliga rutiner **Riskägare** Anna-Lena Berggren		→	Ledningssystem för patientsäkerhetsarbetet **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		
Effektiv vård		11928 Brister i informationssäkerheten **Riskägare** Annika Jerhamre		→	Riktlinjer framtagna **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		
		11929 Bristande följsamhet till dataskyddsförordningen **Riskägare** Annika Jerhamre		→	Öka kunskapen om dataskyddsförordningen **Startdatum** 2019-01-01 **Slutdatum** 2019-12-31		

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga 3: Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment, årsuppföljning

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

Innehållsförteckning

1 **Bilaga 3: Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment 3**

1 Bilaga 3: Fördjupad sammanställning av risker, åtgärder och kontrollmoment

1.1 Ett resultat i balans

1.1.1 Bristande affärsmässighet/kostnadsmedvetande

10913

Riskvärde
9

Sannolikhet
3

Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Bristande förmåga att anpassa kostnader till ändrad ersättning. Risk för fler RE med ekonomiskt underskott, bl.a. som en följd av generella och opåverkbara kostnadsökningar och begränsande eller inga höjningar av ersättningar från HSF. Svårigheter att få avveckla verksamheter, om åtgärder inte bedöms möjliga eller tillräckliga.

Konsekvens
Återkommande ekonomiska problem och bristande förmåga att anpassa kostnaderna tar kraft och resurser från verksamhet och utveckling. Fler RE med underskott ökar risken avseende resultatkravet på SLSO-nivå. Ställer därmed krav på generella åtgärder.

Riskägare
Karin Persson

Risksamordnare
Jennie Portnoff

Kommentar

Åtgärder vidtas inom respektive resultatenhet för att nå budgeterat resultat. Styrelsen har fattat beslut om avveckling av vissa verksamheter där bland annat ekonomiskt resultat inte bedöms kunna uppnås över tid. Dessa är Kostenheten, Äldredoktorn samt team inom ASIH. Därutöver har översyn skett av vårdutbudspunkter inom vårdval, vilket lett till vissa sammanslagningar och avauktorisationer. Detta kommer fortsätta även under 2020.

Kontrollmoment

Namn
Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar

Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Månadsuppföljning

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

Det ekonomiska resultatet har följts upp månadsvisper RE inom varje verksamhetsområde. Sjukvårdsdirektören har genomfört månadsvisa uppföljningar avseende ekonomi och sjukskrivning med verksamhetsområdena. Verksamhetsområdenas styrkort har följts upp per tertial, delårsuppföljning samt årsuppföljning.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Uppföljning av ekonomi	2019-01-01	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

En ekonomisk analys för respektive verksamhetsområde har genomförts inför månadsvisa avstämningar av verksamhetsområdenas ekonomiska resultat. Verksamheter har avvecklats för att nå budgeterat resultat.

1.1.2 Ojämnt ekonomiskt resultat inom SLSO:s olika delar

11919

Riskvärde
9
Sannolikhet
3
Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Säkerställa ekonomisk bärkraftighet och minska beroendet av hjälpmedelsverksamheternas ekonomiska resultat.
Konsekvens
Risk för att inte uppnå ett resultat i balans.

Riskägare
Karin Persson
Risksamordnare
Jennie Portnoff

Kommentar

Vid verksamhetsuppföljningen 2019 uppvisade 59,8 % av resultatenheterna en ekonomi i balans, vilket innebär fortsatt beroende av hjälpmedelsverksamheterna för att uppnå resultatkravet. Under året har åtgärder vidtagits på flera enheter för att ge en långsiktigt bärkraftig ekonomi.

Kontrollmoment

Namn
Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamhetsområdena
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Månadsuppföljning

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

Ekonomiskt resultat inom verksamhetsområdena har följts upp varje månad. Om en resultatenhet har haft ett negativt resultat har en åtgärdsplan tagits fram som sedan följts upp månadsvis.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner	2019-01-01	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Karin Persson

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

Resultatenheter och verksamhetsområdenas ekonomiska resultat har följts upp varje månad. Åtgärdsplaner har tagits fram för de resultatenheter som har visat negativt ekonomiskt resultat. Åtgärdsplanen har följts upp varje månad i samband med den ekonomiska uppföljningen av verksamhetsområdena.

1.2 Region Stockholm - attraktiv arbetsgivare

1.2.1 Ökad svårighet att rekrytera personal

11922

Riskvärde
12

Sannolikhet
4

Konsekvens
3

Riskbeskrivning
Svårt att upprätthålla produktion och kontinuitet på grund av rekryteringsproblem

Konsekvens
Kan ge brister i patientsäkerhet, arbetsmiljö och försämrad ekonomi.

Riskägare
Ann-Charlotte Sturesdotter Francis

Risksamordnare
Jennie Portnoff

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

En handlingsplan och strategi för rekrytering och kompetensförsörjning har inte tagits fram. Arbetet med verksamhetsområdenas kompetensförsörjningsplaner har påbörjats. Ett samordnat arbetet inom regionen gällande fördelning av praktikplatser inom ramen för det verksamhetsintegrerade lärandet har påbörjats. Arbetet med kompetensstegar och KOLL/ProCompetens har påbörjats. En analys av kompetensförsörjningens svagheter har genomförts och som ett resultat kommer ett gemensamt ledningssystem för kompetensförsörjning inom SLSO att tas fram under nästa år.

Kontrollmoment

Namn
Löpande uppföljning för att säkerställa kompetensförsörjningen
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Följs upp löpande. Redovisas i samband med delårsuppföljningen och verksamhetsberättelsen.

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

En SLSO övergripande handlingsplan och strategi är inte på plats. Kompetensförsörjningsplaner framtagna inom VO Psykiatri och VO Primärvård. Inom övriga verksamhetsområden har ett arbete med att ta fram kompetensförsörjningsplaner påbörjats.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning.	2019-01-01	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Ann-Charlotte Sturesdotter Francis

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

Stockholms läns sjukvårdsområde
En SLSO övergripande handlingsplan och strategi är inte på plats. Arbetet med kompetensstegar och KOLL/ProCompetens är påbörjat. Kompetensinsatser för första linjens chefer har genomförts genom exempelvis förändringaledning och erfarenhetsutbyte mellan chefer.

1.3 Systematisk kompetensförsörjning

1.3.1 Bristande ledarskap

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

Ett arbete har genomförts för att tydliggöra lokala HR-konsultrollen för att ge ett bättre lokalt chef- och ledarskapsstöd. Utbildningar och stöd till chefer inom SLSO inom arbetsrätt, personalekonomi, arbetsmiljö och LUS-grupper har genomförts.

Kontrollmoment

Namn
Följ upp verksamhetsområdenas verksamhet
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Tre gånger per år, efter T1, delårsuppfölning och verksamhetsberättelse.

Beskrivning
Verksamhetsområdena och deras arbete med att uppnå fastställda mål följs upp i ledningens genomgång tre gånger per år. Utöver det sker avstämningar med SLSO:s ledning kontinuerligt.

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

Verksamhetsområdenas arbete med att uppnå fastställda mål har följts upp tre gånger detta år, efter verksamhetsuppföljningen, efter tertialen och efter delårsuppföljningen. Uppföljningen har skett enligt fastlagd plan.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer	2019-01-01	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Ann-Charlotte Sturesdotter Francis

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

Verksamheternas resultat och kvalitet har följts upp tre gånger detta år i samband med ledningens genomgång. En medarbetarenkät inom SLSO har genomförts under hösten.

1.4 Vård i rätt tid

1.4.1 Bristande tillgänglighet

10908

Riskvärde
8

Sannolikhet
2

Konsekvens
4

Riskbeskrivning
För långa väntetider. Bristande kvalitet för patienten. Bristande måluppfyllelse. Bristande tillgänglighet kan leda till vårdskada.

Konsekvens
Onödig väntan för patienten, kan leda till ökad oro och senare insatt behandling.

Riskägare
Anna-Lena Berggren

Risksamordnare
Jennie Portnoff

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

Ett arbete med att förbättra tillgängligheten pågår. En uppföljning av tillgängligheten är införd som en del i den löpande uppföljningen. Ett arbete pågår för att konstant förbättra tillgängligheten för patienter och minska väntetiderna. Digitalisering är en del i detta arbete både genom tidsbokning på nätet samt tillgängligheten till digitala vårdmöten.

Kontrollmoment

Namn
Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
T1, delårsuppföljning och verksamhetsberättelse

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

Tillgängligheten till vården har följts upp tre gånger detta år i samband med uppföljning av styrkorten efter årsuppföljningen, tertialen och delårsuppföljningen. Tidsbokning på webben har införts och en plattform för digitala vårdmöten har tagits fram och används inom SLSO.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen	2019-01-01	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Anna-Lena Berggren

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde
Tillgänglighetsmålen i styrkorten har följts upp tre gånger under året. Webbtidsbokningar har införts och en plattform för digitala vårdmöten används inom flera verksamhetsområden inom SLSO som ett sätt att öka tillgängligheten till vården inom SLSO. Ett arbete med att anpassa den digitala plattformen till fler verksamheter har påbörjats.

1.5 Säker vård

1.5.1 Bristande patientsäkerhet - felbehandlingar

11924

Riskvärde
8

Sannolikhet
2

Konsekvens
4

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

Konsekvens
Patienten får skada av mer eller mindre allvarlig art.

Riskägare
Anna-Lena Berggren

Risksamordnare
Jennie Portnoff

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

Ett system infört med lärande exempel på intranätet. Lex Maria ärenden för primärvården finns tillgängliga att ta del av för att främja lärande inom organisationen. En metod för kollegial revision är ännu inte påbörjad.

Kontrollmoment

Namn
Systematiska granskningar, journalgranskningar och kollegial revision
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Årligen

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde
Kollegial revision är inte infört.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Lärande organisation genom kollegial revision	2019-01-01	2019-12-31		

Åtgärdsansvarig
Anna-Lena Berggren

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

Ett lärande i organisationen av goda exempel har etablerats genom att lex Maria anmälningar finns tillgängliga på intranätet. Arbetet med att införa kollegial granskning av journaler är inte genomfört.

1.5.2 Bristande patientsäkerhet - bristfälliga rutiner

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
11925	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.	Jennie Portnoff
	4		

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

En riktlinje för patientsäkerhetsarbetet inom SLSO är klar och publicerad i dokumenthanteringssystemet och är därmed tillgänglig för verksamheterna inom SLSO. Riktlinjen uppdateras årligen.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

Kontrollmoment

Namn
Uppföljning av patientsäkerhetsarbetet
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Årligen

Beskrivning
Löpande uppföljning av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsberättelser.

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

En riktlinje för systematiskt patientsäkerhetsarbetet har tagits fram och verksamheternas patientsäkerhetsberättelser har följts upp i SLSO:s interna revision. Resultatet från den interna revisionen har redovisats för SLSO:s ledningsgrupp. Verksamheternas patientsäkerhetsberättelser har lämnats in till VS patientsäkerhet och utgör underlag för SLSO:s kvalitetsbokslut. Avvikelserna rapporteras in i händelsevis.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Ledningssystem för patientsäkerhetsarbetet	2019-01-01	2019-12-31	●	■

Åtgärdsansvarig
Anna-Lena Berggren

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

Ett ledningssystem för patientsäkerhet har tagits fram och en riktlinje för systematiskt patientsäkerhetsarbete har publicerats.

1.6 Effektiv vård

1.6.1 Brister i informationssäkerheten

11928	**Riskvärde** 9	**Riskbeskrivning** Risk att inte leva upp till regionens riktlinjer för informationssäkerhet.	**Riskägare** Annika Jerhamre
	Sannolikhet 3	**Konsekvens** Ökande risker för dålig hantering av integritetskänsliga uppgifter.	**Risksamordnare** Jennie Portnoff
→	**Konsekvens** 3		

Kommentar

I syfte att utveckla kunskapen samt förtydliga roller och ansvar gällande informationssäkerhet så har SLSO genomfört en e-utbildning ämnat för SLSO:s alla chefer under hösten/vintern 2019. Utbildningen kommer breddas och inkludera samtliga medarbetare inom SLSO under 2020.

Informationssäkerhetssamordnarna och dataskyddsombud ingår även i SLSO:s nystartade kvalitetssäkringsråd, rådets syfte är att tillförsäkra en säker hantering av integritetskänslig information i pågående och nya innovationer, projekt och system inom SLSO. Vidare så har en ny organisation inom informationssäkerhet blivit fastslagen vilket möjliggör för SLSO att på ett sätt bättre leva upp till regionens riktlinjer för informationssäkerhet. Arbetet med uppföljning av regelefterlevnad i verksamhet och IT fortgår.

IT-relaterad incidenthantering bygger på ITIL-processen där det årligen sker en avstämning till SLSO:s styrelse samt i ledningens genomgång efter årsbokslutet. I processen ingår nu även en rutin för bedömning och rapportering av incidenter enligt lagen och förordningen om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster. Verksamhetsrelaterade informationssäkerhetsincidenter bearbetas kontinuerligt i HändelseVis och rapporteras tillsammans med de IT-relaterade incidenterna på årlig basis.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

Kontrollmoment

Namn
Uppföljning av inrapporterade incidenter
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Årligen

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

Inrapporterade incidenter har följts upp och rapporterats till SLSO:s styrelse samt till SLSO:s ledningsgrupp inom ramen för ledningens genomgång. Verksamhetsrelaterade informationssäkerhetsincidenter bearbetas kontinuerligt i HändelseVis.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Riktlinjer framtagna	2019-01-01	2019-12-31	●	■

Åtgärdsansvarig
Annika Jerhamre

Åtgärdsbeskrivning
Riktlinjer framtagna för informationssäkerhet framtagna. Systematisk uppföljning.

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde

Riktlinjen för informationssäkerhet har uppdaterats. En e-learning kurs om informationssäkerhet har tagits fram. Nya chefer utbildas i informationssäkerhet inom ramen för BAS-utbildningen.

1.6.2 Bristande följsamhet till dataskyddsförordningen

	Riskvärde	Riskbeskrivning	Riskägare
11929	8	Risk att vi inte lever upp till dataskyddsförordningen.	Annika Jerhamre
	Sannolikhet	**Konsekvens**	**Risksamordnare**
	2	Ökande risk för dålig hantering av integritetskänsliga uppgifter.	Jennie Portnoff
	Konsekvens		
	4		

Kommentar

Som ett led i att säkerställa en god och säker hantering av integritetskänslig information har SLSO under hösten lanserat en e-utbildning i syfte att öka medarbetarnas kunskap när det gäller hantering av personuppgifter. En riktlinje för personuppgiftshantering har tagits fram och av styrelsen. En riktlinje för rapportering av personuppgiftsincidenter är framtagen för att säkerställa en incidentrapportering i enlighet med dataskyddsförordningen. Incidenter rapporteras löpande till styrelsen.

Kontrollmoment

Namn
Systematisk uppföljning av hantering av personuppgifter
Kontrollansvarig
Jennie Portnoff

Frekvens
Löpande

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2019-0242
SLSO 19-644

Kontrollmoment

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde
Följsamhet till dataskyddsförordningen har följts upp inom ramen för SLSO:s interna revision. Resultatet har rapporterats till SLSO:s ledningsgrupp och respektive verksamhetsområde. Incidenter rapporteras löpande till styrelsen.

Åtgärd

Namn	Startdatum	Slutdatum	Status	Effekt av åtgärd
Öka kunskapen om dataskyddsförordningen	2019-01-01	2019-12-31	●	■

Åtgärdsansvarig
Annika Jerhamre

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

Kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde
Riktlinjen för informationssäkerhet har uppdaterats med kraven i dataskyddsförordningen. Nya chefer inom SLSO har utbildats om skyldigheter och de registrerades rättigheter enligt dataskyddsförordningen. En e-learning utbildning har tagits fram. En riktlinje för rapportering av personuppgiftsincidenter är framtagen.

Resultatenhet/intern enhet

Bilaga H1

.....
motpart, namn

Uppgift om externa pensionsutbetalningar år 2019

Med externa pensionsutbetalningar avses utbetalningar som inte administreras av KPA Pension eller Skandia Liv.

I förekommande fall ska särskild lönskatt om 24,26 procent på summan av externa utbetalningar bokas som skuld mot Koncernfinansiering.

Nämnd	**Stockholms läns sjukvårdsområde**	Period 2019-12-31

[X] Inga direktutbetalningar av pensioner/premier för pensionsförsäkringar finns

[ ] Pensionsutbetalningar har under året gjorts enligt följande:

Pensionsadministratör	**Totala premier**

Summa pensionspremier	**0**
Särskild löneskatt	**0**

Uppgiftslämnare Lisbeth Nyberg

Blanketten skickas med E-post till Styrning och ekonomi, Ekonomi enligt tidplan
E-postadress: sllekonomirapport.lsf@sll.se

Blankett B3, Interna fordringar och skulder, avseende löneskatt skickas samtidigt till

Resultatenhet/intern enhet **Koncernfinansiering, motpart 2930, enligt tidplan**

.....
motpart, namn