

Verksamhetsplan 2025 och planår 2026 - 2027 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Verksamhetsplan 2025 och planår 2026 - 2027 för Stockholms läns sjukvårdsområde har upprättats enligt anvisningar från regionledningskontoret.

Budgeterat resultat för 2025 uppgår till 213 mkr.

Förslag till beslut

Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att fastställa verksamhetsplan 2025 och planår 2026 - 2027 för Stockholms läns sjukvårdsområde.

Maria Ohlson Andersson
Närsjukvårdsdirektör

Eva Tegelberg
Ekonomidirektör

Stockholms läns sjukvårdsområde

Verksamhetsplan 2025

ÅR 2025

Innehållsförteckning

1	Förvaltningschefens kommentar	4
2	Övergripande om nämnden	5
2.1	Ansvar och organisation.....	5
2.1.1	Grunduppdrag och ansvar	5
2.1.2	Organisation.....	5
2.2	Väsentliga förutsättningar.....	9
2.3	Ledningsprocess och intern kontroll	9
2.3.1	Ledningsprocess.....	9
2.3.2	Intern kontroll.....	10
3	Mål och uppdrag	12
3.1	Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa.....	12
3.1.1	Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov	12
3.1.2	Vården är säker, effektiv och har god kvalitet.....	13
3.2	Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant.....	14
3.2.1	Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning	14
3.3	Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv	15
3.3.1	Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet	15
3.3.2	Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035.....	16
3.3.3	Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling.....	16
3.4	Kompetensförsörjningen är långsiktig.....	17
3.4.1	Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare.....	17
3.4.2	Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare	18
4	Verksamhet	20
4.1	Verksamhetstal.....	20
4.1.1	Vårdproduktion.....	20
5	Ekonomi	24
5.1	Resultatbudget	24
5.1.1	Intäkter.....	24
5.1.2	Kostnader	25
5.1.3	Åtgärder för att nå resultatkravet	27
5.1.4	Verksamhetsindelad resultatbudget	28
5.2	Balansräkning	28

5.3	Investeringar	28
5.4	Åtgärder för ett resultat i balans	29

Bilagor

Bilaga 1: Investeringsplan 2025-2034 SLSO

Bilaga 2: Plan för intern kontroll, budget 2025

Bilaga 3: Bilaga 1 Sammanställning av mål, risker, kontroller och åtgärder, budget 2025

Bilaga 4: Fördjupad sammanställning av mål, risker, kontroller och åtgärder, budget 2025

1 Förvaltningschefens kommentar

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har upprättat en verksamhetsplan utifrån den av fullmäktige fastställda budgeten för Region Stockholm 2025.

Resultatkravet för 2025 har av regionfullmäktige fastställts till 213 miljoner kronor. Den ekonomiska resultatbudget som presenteras i denna verksamhetsplan förutsätter en 2 % effektivisering i verksamheterna för att uppnå resultatkravet. För enskilda verksamhetsområden kan effektiviseringskravet variera.

Utifrån politiska beslut om att återta vård i egen regi kommer SLSO att ges utökade uppdrag under 2025. Se avsnitt 2.2 Väsentliga förutsättningar.

I regionfullmäktiges budget har nämnden fått fyra uppdrag som redovisas under respektive mål nedan.

De områden som nämnden bedömer som särskilt prioriterade för 2025 för att uppnå regionfullmäktiges mål är:

Systematiskt kvalitetsarbete med särskilt fokus på tillgänglighet genom att ta fram strategi för utbudspunkter samt att generera modell för produktions- och kapacitetsstyrning inom SLSO. Systematisk produktions- och kapacitetsstyrning möjliggör att på djupet förstå hur behoven varierar vid olika tidpunkter och hur den faktiska resurstillgången ser ut där utveckling av arbetssätt i sin tur kan bidra till en god arbetsmiljö.

Omställning till god och nära vård med särskilt fokus på att konkretisera vad god och nära vård innebär för SLSO:s respektive verksamhetsområden samt vad det innebär för SLSO:s roll i hälso- och sjukvårdssystemet inom Region Stockholm.

Kompetensförsörjning med särskilt fokus på att tydliggöra kompetensförsörjning som process i ledningsansvaret genom analys och uppföljning samt att beskriva och stärka SLSO:s arbetsgivarerbjudande. En central förutsättning för omställningen till nära vård är en ändamålsenlig kompetensförsörjning vilket är av stor betydelse för en god arbetsmiljö.

Ekonomi i balans med särskilt fokus på översyn av SLSO:s styrmodell i syfte att stärka SLSO som helhet. Översynen innefattar ny organisation för verksamhetsstöd, intern ekonomisk styrmodell samt att tydliggöra roller och mandat.

2 Övergripande om nämnden

2.1 Ansvar och organisation

2.1.1 Grunduppdrag och ansvar

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

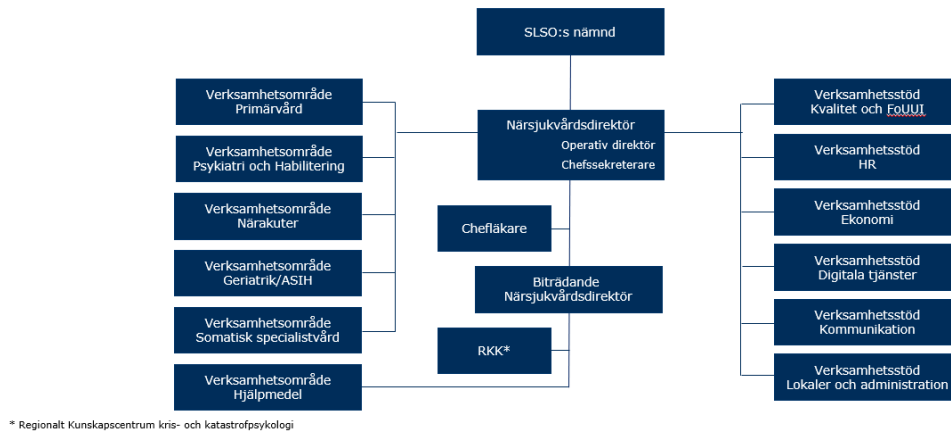
SLSO ska bedriva sin verksamhet i enlighet med överenskommelser som ingås med hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), primärvårdsnämnden (PVN) eller andra uppdragsgivare.

Stockholms läns sjukvårdsområde ska:

- bedriva hälso- och sjukvård på uppdrag av och mot ersättning från hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden.
- 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.

2.1.2 Organisation

Från och med den 1 oktober 2024 är kärnverksamheten organiserad i sex verksamhetsområden som leds av verksamhetsområdeschefer.



Verksamhetsområde Primärvård är indelat utifrån tre geografiska områden vilka är; Primärvård Södra, Primärvård Stockholm och Primärvård Norra. Dessa leds av varsin primärvårdschef. Primärvården ansvarar för:

- Akademiskt primärvårdscentrum
- Amningsmottagningar
- Barnvårdscentraler
- Barnmorskemottagningar
- Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES)
- Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM)
- Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS)
- Försäkringsmedicinsk utredningsmottagning Nacka Sjukhus
- Gynekologmottagning
- Logopedmottagningar
- Mansmottagning
- Rehabmottagningar
- Stockholms mottagning för sexuell hälsa
- Ungdomsmottagningar
- Vårdcentraler

Inom verksamhetsområde Primärvård bedrivs också forskning och utbildningsinsatser tillsammans med Karolinska Institutet och andra lärosäten.

Verksamhetsområde Psykiatri och habilitering har ansvar för specialiserad psykiatrisk öppenvård och heldygnsvård inom vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri ätstörnings- och beroendevård samt rättspsykiatri. I verksamhetsområdet ingår också Habilitering & Hälsa (30 mottagningar) som ger stöd och behandling till barn och vuxna med varaktiga funktionsnedsättningar.

- Beroendecentrum Stockholm

- Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)
- Norra Stockholms psykiatri
- Psykiatri Nordväst
- Psykiatri Sydväst
- Psykiatri Södra Stockholm
- Psykiatricentrum Södertälje
- Rättspsykiatrisk vård Stockholm
- Centrum för ätstörningar
- Centrum för psykiatriforskning
- Habilitering och hälsa

Inom verksamhetsområde Psykiatri och habilitering bedrivs också forskning och utbildningsinsatser tillsammans med Karolinska Institutet och andra lärosäten.

Verksamhetsområde Geriatrik/ASiH

Geriatrisk vård är specialiserad vård till äldre människor som behöver medicinsk utredning, behandling och rehabilitering. Inom geriatrik finns både heldygnsvård och öppna mottagningar såsom till exempel osteoporosmottagning och kognitiv mottagning.

Inom SLSO finns två geriatriska kliniker:

- Sabbatsbergsgeriatriken på Sabbatsbergs sjukhus
- Jakobsbergsgeriatriken på Jakobsbergs sjukhus

Avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) är ett alternativ till heldygnsvård på sjukhus. Inom SLSO finns två verksamheter: Båda verksamheterna har palliativa slutenvårdsavdelningar.

- ASiH Stockholm Norr
- ASiH Stockholm Södra

Verksamhetsområdet innefattar också Palliativt kunskapscentrum och FOU.nu

- Palliativt kunskapscentrums syfte är att utgöra en kunskapsbank för palliativa frågor och är samfinansierat av Region Stockholm och 22 kommuner.
- FOU.nu är en forsknings- och utvecklingsverksamhet med fokus på vård och omsorg om äldre och vuxna med funktionsnedsättning i samverkan mellan Region Stockholm och 8 kommuner.

Verksamhetsområde Somatisk specialistvård

I verksamhetsområdet ingår:

- Akademiskt specialistcentrum

Akademiskt specialistcentrum är uppdelad på 4 vårdenheter: Centrum för reumatologi, Centrum för neurologi, Centrum för diabetes och Centrum för obesitas. Här bedrivs specialiserad öppenvård för patienter med kronisk sjukdom inom respektive specialitet.

Till verksamheten hör också Studieenheten ASC som bedriver kliniska studier på uppdrag av akademi, hälso- och sjukvård och läkemedelsindustrin.

- Centrum för cancerrehabilitering

Här erbjuds specialiserad cancerrehabilitering i öppenvård för personer som är 18 eller äldre och har behandlats för cancer. Till verksamheten hör också Specialistmottagning för lymfödem som utreder och behandlar vuxna och barn med avancerade lymfödem.

Inom verksamhetsområde Somatisk specialistvård bedrivs också omfattande klinisk forskning samt utbildning i samarbete med Karolinska Institutet och andra lärosäten.

Verksamhetsområde Närakuter är en del i nätverkssjukvården för det akuta omhändertagandet. Verksamheten har ansvar för personer i alla åldrar med akuta vårdbehov som inte kan anstå men inte kräver akutsjukhusens resurser. Närakuter ingår i Region Stockholms kris- och katastrofmedicinska beredskap.

I verksamhetsområdet ingår

- Närakuter (Danderyd, Haga, Handen, Huddinge, Järva, Rosenlund)

Inom verksamhetsområde Närakuter bedrivs också forskning och utbildningsinsatser tillsammans med Karolinska Institutet och andra lärosäten.

Verksamhetsområde Hjälpmedel

Hjälpmedelsverksamheterna ansvarar för hjälpmedelsförsörjningen inom Region Stockholm (exkl. rörelsehjälpmedel för norra länet motsvarande Hjälpmedel Stockholms uppdrag) avseende de hjälpmedel som förskrivs för personligt bruk. Hjälpmedelsverksamheterna stödjer förskrivare i sortiment och policy/regelverksfrågor. Verksamheten ansvarar också för distribution samt service och reparation av förskrivna hjälpmedel.

I verksamhetsområdet ingår Hjälpmedelsverksamheterna:

- Förbrukningshjälpmedel i hemmet (FHH) tillhandahåller förbrukningshjälpmedel efter förskrivning.
- Hjälpmedel Stockholm tillhandahåller bland annat rullstolar, gånghjälpmedel, elrullstol, epilepsilarm och TENS-apparat.
- KommSyn Stockholm tillhandahåller kommunikations-, kognitions-, syn- eller hörselhjälpmedel.
- Medicinteknisk apparatur i hemmet. (MAH)

Till stöd för både verksamhetsområdena och närsjukvårdsdirektören finns centrala verksamhetsstöd (VS) vilka är: VS Kvalitet och FOUUI, VS HR, VS Ekonomi, VS Digitala tjänster, VS Kommunikation, VS Lokaler och administration.

Chefläkarna är direkt underställda närsjukvårdsdirektören och arbetar nära ledningsgrupperna. Chefläkarna arbetar övergripande strategiskt med patientsäkerhet, vårdkvalitet och kris- och katastrofmedicinsk beredskap.

Regionalt kunskapscentrum kris- och katastrofpsykologis (RKK) huvuduppgift är att främja hälsa och förebygga psykisk ohälsa såväl i vardagssjukvårdens krissituationer som vid katastrofer.

2.2 Väsentliga förutsättningar

För verksamhetsåret 2025 och planåren 2026 - 2027 kommer de ekonomiska förutsättningarna i Sverige och omvärlden innebära fortsatta krav på ekonomisk återhållsamhet och fokus på att hålla en låg kostnadsutveckling.

De viktigaste förutsättningar som kan komma att påverka nämnden under 2025 och kommande år är:

Mottagande av verksamheter. Nämnden kommer under 2025 överta bland annat Syncentralen och 1177 rådgivning på telefon/MedHelp Sjukvårdsrådgivning AB. Utifrån beslutet om att fritt val av hörselrehabilitering förändras kommer SLSO ta över ansvaret för hörselhjälpmedel. Utöver dessa förändringar kommer HSN:s beslut om förändrad struktur för den psykiatriska öppenvården innebära utökade beställningar samt övertagande och avlämning av verksamheter. Från och med 2025 kommer all heldygnsvård inom psykiatri bedrivs av SLSO (vuxenpsykiatrisk-, ätstörnings-, beroende-, barn- och ungdomspsykiatriskvård samt rättspsykiatri).

Övergången från avtal till uppdrag. I Region Stockholms budget framgår att modellen med avtal/vårdöverenskommelser mellan HSN/PVN och den egenägda vården från och med 2026 ska ersättas med uppdrag i budgeten. Syftet är att besluten ska bli mer transparenta och styrningen enklare. HSN:s och PVN:s uppgift blir att inom ramen för detta bereda underlag för uppdrag som ges till vårdgivarna i egen regi i Region Stockholms budget samt att följa upp dessa beslut. Hur uppdragen kommer att utformas är inte klart.

Lönerörelse 2025. I föreliggande verksamhetsplan har nämnden budgeterat med ökade lönekostnader på 3,5 %, då märket för årets lönerörelse ännu inte är satt av arbetsmarknadens parter finns en osäkerhet om nivå.

2.3 Ledningsprocess och intern kontroll

2.3.1 Ledningsprocess

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

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

SLSO:s styrmodell ("företaget i företaget") med långtgående befogenheter till

Verksamhetschefer har varit framgångsrik genom att beslut tas nära patienten och möjligheten att påverka sin verksamhet utifrån sina förutsättningar är stor. Givet de uppdrag nämnden har framför sig och den inriktning som beskrivs i Region Stockholms budget behöver SLSO i ökad utsträckning tillvara kraften i att vara en stor organisation samtidigt som ett långtgående delegerat ansvar bibehålls. Som tidigare nämnts kommer därför SLSO under året genomföra översyn av SLSO:s styrmodell i syfte att stärka SLSO som helhet. Översynen innefattar ny organisation för verksamhetsstöd, intern ekonomisk styrmodell samt att tydliggöra roller och mandat.

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

För att ha en ekonomi i balans och uppfylla det av regionfullmäktige beslutade resultatkravet behöver SLSO fortsatt ha fokus på insatser för att identifiera verksamheter/uppdrag som inte är finansierade eller långsiktigt ekonomiskt bärkraftiga.

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

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

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

2.3.2 Intern kontroll

SLSO genomför årligen en riskanalys och utarbetar en plan för intern kontroll, i enlighet med Region Stockholms gällande policy för intern kontroll. Detta sker i anslutning till arbetet med budget och verksamhetsplan. Internkontrollplanen för 2025 fastställs av nämnden i samband med verksamhetsplan 2025. Riskanalysen har utgått ifrån COSO-modellen och risker med ett samlat värde av sannolikhet och konsekvens över 8 har tagits med i internkontrollplanen.

Regionledningskontoret har även i år tagit fram två obligatoriska risker, risk för fel i finansiell rapportering samt risk för felaktiga bidragsutbetalningar som ska ingå planen för intern kontroll för alla nämnder och bolag oavsett riskvärdering.

SLSO ska koppla identifierade risker till Region Stockholms övergripande mål. Dessa mål bryts sedan ner i styrkort för respektive verksamhet och indikatorer och aktiviteter tas fram för att säkerställa en god måluppfyllelse.

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

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

Närsjukvårdsdirektören rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner.

De risker med högst riskvärde finns inom hantering av icke bärkraftiga verksamheter samt övervältring av administration på vårdpersonal. För att minimera dessa risker och öka möjligheten till måluppfyllelse kommer SLSO under 2025 fortsatt arbeta med att stärka ekonomiska-, personal- och verksamhetsanalyser samt följa upp indikatorer och aktiviteter i styrkorten i samband med uppföljningen av tertial, delårs- och årsuppföljningen.

SLSO:s ledning har regelbundna uppföljningsmöten med verksamhetsområdena som ett led i att minimera risker och öka måluppfyllelsen. Åtgärdsplaner upprättas vid behov för att säkerställa god ekonomisk hushållning och en ekonomi i balans. SLSO kommer att arbeta med att upprätta business case vid verksamhetsförändringar, genomföra översyn av vårdutbud och konkurrenssituation samt utveckla R12 (rullande 12-prognoser) för att vidta proaktiva åtgärder. SLSO kommer även fortsätta med arbetet att säkerställa att övergripande anvisningar och rutiner hanteras på rätt organisatorisk nivå för att minska administrationen inom verksamheten.

3 Mål och uppdrag

3.1 Hälsa- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa

3.1.1 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov

Förbättrad tillgänglighet kommer fortsatt vara ett av SLSO:s fokusområden. Inom primärvården är tillgängligheten till medicinsk bedömning generellt sett hög och fortsatt utveckling av flexibla mottagningslösningar och online-tjänster för samtliga uppdrag pågår. Under 2025 kommer nämnden särskilt fokusera på att ta fram strategi för utbudspunkter samt generera modell för produktions- och kapacitetsstyrning.

Också inom psykiatri ökar användning av både SLSO:s digitala tjänst "Alltid öppet" och digitala verktyg inom ramen för internetpsykiatri. Samtliga verksamheter erbjuder eller planerar aktiviteter för att erbjuda vårdkontakt på distans som ett alternativ till fysiska besök där så är tillämpligt.

SLSO har som övergripande strategi att arbeta med strukturerade vårdprocesser för att bidra till måluppfyllelse.

SLSO kommer fortsatt aktivt bidra i framtagande och implementation av de nationella standardiserade vårdförloppen för att möjliggöra bästa tillgängliga kunskap i alla möten samt fokusera på digitalisering som stödjer detta.

Regionfullmäktige har givit SLSO två uppdrag för 2025 kopplade till målet, öppna en mottagning inom primär hörselrehabilitering 2026 samt underlätta primärvårdens möjlighet till konsultationshjälp från specialistläkare. Uppdraget angående hörselrehabilitering har givits PVN och diskussioner om förutsättningar för etableringen kommer att påbörjas under första kvartalet. Uppdraget om konsultationshjälp har också givits till akutsjukhusnämnden också här påbörjas diskussioner om uppdraget genomförande.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2025	RF Målvärde 2025
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist	Regionfullmäktige		Öka från år 2024
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist	Regionfullmäktige		>=70 %
Andel patienter som får medicinsk bedömning inom tre dagar på husläkarmottagning	Regionfullmäktige		>=92 %

Uppdrag	Beslutat av	Uppdraget beräknas avslutas	Status
Öppna en mottagning inom primär hörselsrehabilitering 2026	Regionfullmäktige		<input type="radio"/>
Förbättra samt underlätta primärvårdens möjlighet till snabb konsultationshjälp från specialistläkare	Regionfullmäktige		<input type="radio"/>

3.1.2 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

SLSO ska erbjuda en effektiv och säker vård i rätt tid och på rätt plats och utifrån behov. Patientens fokus och delaktighet i utredning, vård, behandling och uppföljning har stor betydelse för en personcentrerad, god och patientsäker vård.

SLSO deltar aktivt i vårdens kunskapsstyrningssystem och flera medarbetare är även fortsättningsvis knutna som experter till de nationella och regionala programområdena med syfte att skapa en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.

Patientsäkerhet fortsätter att vara ett prioriterat förbättringsområde inom SLSO under 2025. Arbetsinsatser genomförs inom fem fokusområden: ökad kunskap om vårdskador, tillförlitliga och säkra system och processer, stöd till verksamheterna, analys, lärande och utveckling, samt riskmedvetenhet och beredskap. Arbetet följer Region Stockholms nollvision för undvikbara vårdrelaterade skador.

SLSO uppdaterar kontinuerligt sitt ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Resultatenheterna upprättar årliga handlingsplaner baserade på patientsäkerhetsberättelser. Patientsäkerhetskulturen mäts i samband med medarbetarenkäten. Klagomål och synpunkter från patienter och närstående är en viktig del av förbättringsarbetet, och alla resultatenheter kommer att kunna ta emot synpunkter och klagomål via e-tjänsten i 1177. Under året ska alla chefer ha genomfört Socialstyrelsens e-utbildning "Agera för säker vård". Patienters uppfattningar om vården tillvaratas fortsatt genom patientenkäter, och arbete med patientmedverkan och patientinflytande pågår bland annat inom psykiatrin.

Regionfullmäktige har givit SLSO ett uppdrag för 2025 kopplade till målet: intensifiera arbetet med att fasa ut lågvårdevård och för in kloka kliniska val. SLSO intensifierar arbetet med att fasa ut lågvårdevård och föra in kloka kliniska val genom att identifiera och se över rekommendationer kring läkemedelsförskrivning, utredning och behandling och utifrån det se över lokala prioriteringar och behov i kompetens, beteende och arbetssätt.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2025	RF Målvärde 2025
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner	Regionfullmäktige		<=4 %
Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle	Regionfullmäktige		<=1,3

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2025	RF Målvärde 2025
Suicidriskbedömning av nya patienter inom psykiatrisk öppenvård	Regionfullmäktige		82 %
Antibiotikaförskrivning (antalet uthämtade antibiotikarecept per 1000 listade)	Nämnd	<=100	
Kontinuitet i vården - andel patienter som träffar samma läkare/behandlare	Nämnd	Öka från år 2024	

Uppdrag	Beslutat av	Uppdraget beräknas avslutas	Status
Intensifiera arbetet för att fasa ut lågvårdevård och föra in kloka kliniska val	Regionfullmäktige		<input type="radio"/>

3.2 Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant

3.2.1 Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning

Uppdraget för SLSO:s verksamhetsstöd (VS) Kvalitet och FoUUI är att ansvara för datautlämning och andra frågor som rör myndighetsutövning, ha ett övergripande ansvar för FoUUI-processer för SLSO:s samtliga verksamheter samt representera SLSO gentemot Karolinska Institutet och andra samverkanspartners. Berednings- och beslutsprocessen för forskningsärenden har förenklats och information om processen finns på internwebben.

Den särskilda satsningen på FoUUI i anslutning till nya patientströmmar som startade 2022 har fortlöpt under 2024. Satsningen riktas till primärvården genom stöd till seniora forskare, juniora forskare (postdoktorer), projektanslag samt förstärkt resurs för kliniska prövningar. Målsättningen är att satsningen även ska samordnas med motsvarande aktiviteter på SÖS, DS och Karolinska för att stödja FoUUI under olika delar av patientprocessen. Under 2024 har även en översyn av primärvårdens FoUUI-organisation gjorts och en omorganisation har genomförts. De tidigare åtta akademiska vårdcentralerna är nu tre universitetsvårdcentraler: Jakobsbergs vårdcentral, Gustavsbergs vårdcentral och Liljeholmens vårdcentral. De bedriver hälso- och sjukvård samtidigt som de utför klinisk forskning, grund- och fortbildning, sprider kunskap och implementerar nya forskningsresultat inom Region Stockholms primärvård, oavsett utförare. Denna omorganisation är ytterligare steg i att stärka klinisknära forskning och utveckling.

Verksamhetskritiska investeringar planeras i form av nya lagringsytor för forskningsdata och kvalitetsregister för säker lagring samtidigt som tillgängligheten till utdata förbättras för verksamhetsutveckling och forskning. I arbetet med det långsiktiga målet med en regionsgemensam databas över kliniska prövningar så ingår nu SLSO och Karolinska universitetssjukhuset i en gemensam databas och

Södersjukhusets databas överförs under Q4 2024. Regelbundna avstämningar och uppdateringar har genomförts under året, baserat på användarnas återkoppling kring användarvänlighet bl.a. samt för att kunna få fram så tydlig statistik som möjligt. Behovet av medarbetare med förenad anställning i region/universitet har inventerats grundligt och diskuterats i SLSO SSH KI FoUU-kommitté under året och en långsiktig kompetensförsörjningsplan ska tas fram i samverkan med Karolinska institutet. Det regiongemensamma docentprogrammet som är öppet för deltagare från samtliga USV-enheter i Region Stockholm kommer att fortsätta att drivas i samverkan med Karolinska universitetssjukhuset.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2025	RF Målvärde 2025
FoU-medel	Nämnd	Öka från år 2024	
Antal disputationer senaste treårsperioden	Nämnd	Öka från år 2024	

3.3 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

3.3.1 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Det ekonomiska utgångsläget inför 2025 och planår 2026 - 2027 är bättre än föregående år trots detta har flera verksamheter utmaningar och kommer att behöva genomföra effektiviseringar. Ett fortsatt fokus på att minska kostnaderna och att nyttja resurser på optimalt sätt ska fortgå. Det framgångsrika arbetet med att minska inhyrning ska fortsätta i syfte att uppnå regionens mål om max 1 % inhyrd personal.

De administrativa kostnaderna ska minska med 2,3 % enligt fullmäktiges beslut. I arbetet med att minska kostnaderna ska särskild hänsyn tas så att inte arbetsuppgifter övervältras på kärnverksamheten.

Regionfullmäktige har givit SLSO ett uppdrag för 2025 kopplade till målet: arbetat systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott. Inom området inköp/upphandling och redovisning finns etablerade rutiner och kontroller kopplade till oegentligheter. Under året kommer nämnden att intensifiera arbetet genom att dra lärdom av hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbete på området och utveckla systematiken i nämndens arbete i frågan.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2025	RF Målvärde 2025
Administrativa kostnader ska minska	Regionfullmäktige		Enligt budget 2 025
Produktivitet produktion/arbetad timma	Nämnd	>1%	

Uppdrag	Beslutat av	Uppdraget beräknas avslutas	Status
Arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott	Regionfullmäktige		<input type="radio"/>

3.3.2 Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

SLSO kommer fortsatt att arbeta med de påverkbara områdena som rör klimatpåverkan utifrån relevanta delar av Agenda 2030 och de 17 globala målen samt utifrån Region Stockholms beslutade Hållbarhetspolicy, Hållbarhetsstrategi samt Riktlinje för Hållbarhet.

SLSO kommer fortsatt att arbeta strukturerat med upphandlingar och att relevanta hållbarhetskrav ställs och följs upp i dessa. Ett arbete är påbörjat om att öka systematiken i uppföljningar av hållbarhetskrav och detta arbete kommer att fortgå under 2025.

SLSO arbetar inom ramen för kategoristyrning för inköp med att utveckla hjälpmedelskategorin för att bland annat öka robusthet för omvärldspåverkan och ökad hållbarhet. Ett arbete pågår med att utifrån strategiska utvecklingsområden vidta åtgärder med målbild att bland annat öka andelen rekonditionering, teckna eftermarknadsavtal för ökad produktivslängd och att produkter rekonditioneras på det mest kostnadseffektiva sätt.

Inför planeringen av verksamhetsplanen 2025 beslutade ledningen att aktiviteter kopplat till hållbarhet skulle läggas och följas upp på verksamhetsområdesnivå.

Ett nytt metodstöd har tagits fram i form av aktivitetskort för att förstärka stödet för verksamhetsområdena. Aktivitetskorten är framtagna inom kategorierna fordon, textilier, patientmåltider, läkemedel, kemikalier, engångsmaterial, energianvändning, avfall och återvinning. Arbetet med aktivitetskorten kommer att följas upp under 2025 och redovisas i boksluten.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2025	RF Målvärde 2025
Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019	Regionfullmäktige		-29 %
Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan	Regionfullmäktige		-19 %
Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav	Regionfullmäktige		100 %
Nämnden/bolaget har genomfört åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden	Regionfullmäktige		Ja

3.3.3 Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling

Nämnden har en stor diversifierad verksamhet som gör att den på olika sätt kan bidra inom social hållbarhet. De olika centrumbildningarna arbetar löpande med ta fram ny kunskap och utveckla metoder för att stärka social hållbar utveckling och folkhälsa.

Inför planeringen av verksamhetsplanen 2025 beslutade ledningen att aktiviteter kopplat till hållbarhet skulle läggas och följas upp på verksamhetsområdesnivå.

Ett nytt metodstöd har tagits fram i form av aktivitetskort för att förstärka stödet för verksamhetsområdena. Aktivitetskorten är framtagna inom kategorierna; utbildning i hållbarhet, utbildning i diskrimineringsgrunder och folkhälsa. Arbetet med aktivitetskorten kommer att följas upp under 2025 och redovisas i boksluten.

Under 2025 kommer även ett arbete påbörjas med att se över möjligheten till att ta fram eventuella aktiviteter kopplat till antikorruption och välfärdsbrott.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2025	RF Målvärde 2025
Nämnden/bolaget har utifrån sitt uppdrag arbetat systematiskt med social hållbarhet	Regionfullmäktige		Ja

3.4 Kompetensförsörjningen är långsiktig

3.4.1 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

SLSO har en fortsatt stor utmaning när det gäller att säkra kompetensförsörjningen, främst av specialistutbildade sjuksköterskor och specialisläkare, men även andra personalkategorier inom framför allt heldygnsvården och primärvården.

För att arbeta långsiktigt med kompetensförsörjningen behöver ett strategiskt arbete genomföras utifrån Region Stockholms övergripande kompetensförsörjningsstrategi. En process och verktyg för chefer kopplat till kompetensförsörjning behöver arbetas fram och implementeras på olika nivåer inom organisationen. Processen behöver tydliggöras i ledningsansvaret och ha ett ökat fokus på analys och uppföljning. Genom analys och uppföljning ska aktiviteter genomföras utifrån behovet i verksamheterna och det som stärker Region Stockholm och SLSO som en arbetsgivare. Vidare är det viktigt att tilldelade medel för att stärka ”kompetensförsörjning och kompetensutveckling” fortsätter att omsättas till konkreta aktiviteter kopplat till verksamhetens uppdrag och kompetensbehovsanalys.

För att säkra en stabil bemanning krävs särskilt fokus på att utveckla och behålla medarbetare och än mer förstå viktiga påverkansfaktorer från verksamheter med hög kvarstannandegrad, en hög kvarstannandegrad fortsätter vara en viktig framgångsfaktor i kompetensförsörjningsarbetet. Arbetet med att etablera kompetensstegar för samtliga yrkesgrupper i klinisk vård fortsätter och nya kompletterande angreppssätt krävs för verksamheter som har stora utmaningar i bemanningen. Även utbildningsinsatser kopplat till öka valideringen till undersköterska fortgår. Under 2025 kommer ett omtag av processen genomföras med syfte att säkra upp att medarbetare som inte har tillräckliga meriter för en validering får kännedom om och har möjlighet att ta del av det utbildningsprogram som finns framtaget för att ge medarbetare kvalifikationer att validera sig. Det strategiska arbetet med betald vidareutbildning till barnmorska eller specialistsjuksköterska behöver

fortsätta under 2025.

Vidare bedöms arbetet med att kvalitetssäkra rekryterings- och löneöversynsprocessen som en viktig del i det strategiska kompetensförsörjningsarbetet.

Det positiva nedåtgående trenden kopplat till andelen inhyrd personal i verksamheterna ska fortsätta. En samverkansöverenskommelse slöts mellan SLSO och Bemanningscentrum vid Karolinska sjukhuset i november 2024. Det nya samarbetet innebär att Bemanningscentrum har uppdraget tills vidare ta över och samordna hanteringen av SLSO:s samtliga avrop av extern bemanning. Detta ska bidra till kvalitetssäkring och analysunderlag med syfte att utveckla och förbättra rekryteringen i de verksamheter som hyr in mest.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2025	RF Målvärde 2025
Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning	Regionfullmäktige		99 %
Kvarstannandegrad	Nämnd	>=85%	

3.4.2 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

SLSO ska vara en attraktiv och hållbar arbetsgivare. Målsättningen är att chefer och medarbetare ska erbjudas ett hållbart arbetsliv med ett tillfredsställande arbetsmiljöarbete utifrån fysiska, sociala och organisatoriska aspekter. Chefers förutsättningar och ledningsansvar är ytterligare ett perspektiv som bedöms viktigt kopplat till kompetensförsörjning och en hållbar arbetsgivare.

Systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM)

För att behålla den positiva nedåtgående trenden för sjukfrånvaro kommer den arbetsmiljöutbildning som infördes 2024 fortsätta att genomföras under 2025. I utbildningens innehåll finns bland annat avsnitt om introduktion av nyanställda, förebyggande arbete samt rehabilitering och arbetsanpassning. Under 2025 kommer även samtliga chefer inom SLSO tilldelas licenser för modulen SAM i Stratsys (även kallat Stödet). SLSO:s ledning har beslutat att riskbedömningar och uppföljning av SAM, med start 2025, ska genomföras i verktyget. En förvaltningsorganisation kommer att skapas och "superusers" utbildas som stöd till cheferna. Vidare ska SLSO erbjuda alla medarbetare en god introduktion och också aktivt förebygga risker för skador och ohälsa. Områden som behöver ha ett särskilt fokus under kommande år är till exempel hot och våld, organisatorisk och social arbetsmiljö samt kunskapen om och känslan av "ett SLSO". Tilldelade medel för "hållbara och hälsofrämjande arbetsplatser" 2025 kommer att kunna bidra till en strategisk genomförandeplan.

Chefers förutsättningar

Att tillse att det finns bra chefer på alla nivåer i alla verksamheter har högsta prioritet. Chefers förutsättningar, stöd och ledningsansvar är ytterligare ett perspektiv som bedöms viktigt utifrån kompetensförsörjningen. Ett utvecklat stöd till chefer och

ledningsgrupper krävs i tider då utmaningarna är stora och komplexiteten i uppdraget ökar. Mentorskap, introduktion, ledarskapsutveckling och ett lärande som stärker chefers förutsättningar att klara ett än mer komplext uppdrag är centralt för att klara utmaningarna och förändringstakten framåt.

Arbets tid kopplat till produktions- och kapacitetsstyrning

Under 2025 i samband med SLSO:s systematiska kvalitetsarbete kommer man att arbeta mer med produktions- och kapacitetsstyrning. I detta sammanhang behöver arbetet med arbetstid kopplas på då det är en viktig framgångsnyckel kopplat till produktions- och kapacitetsstyrning.

Indikatorn Långtidssjukskrivna som har återgått till arbeta deltid är inte färdigdefinierad och kommer under året att utvecklas i syfte att fastställa en beräkningsmodell samt genomföra en baslinjemätning.

Indikator	Beslutat av	Målvärde 2025	RF Målvärde 2025
Andel sjukfrånvaro	Regionfullmäktige		<6 %
Totalindex HME	Regionfullmäktige		>=80
Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete	Regionfullmäktige		<=8 %
Långtidssjukskrivna som har återgått till arbeta deltid	Nämnd	Baslinje	

4 Verksamhet

4.1 Verksamhetstal

4.1.1 Vårdproduktion *Geriatrisk vård*

Budget för 2024 avseende slutenvård är lagd på en nivå som är 14 % högre än utfallet 2023. Utfallet 2024 visar dock en högre ökning (18 %) och beror delvis på att den förväntade fortsatta negativa påverkan av covid-19 varit väsentligt lägre (70 % färre covid-19 patienter jämfört med 2023). Främst förklaras emellertid ökningen av verksamheternas arbete med flöden och flexibla vårdplatser samt att bemanningssituationen av sjuksköterskor förbättrats. Fler rekryterade sjuksköterskor har möjliggjort fler öppna vårdplatser.

Även den geriatriska öppenvården har under 2024 utfallit på högre nivå än förväntat. Fler producerade besök på både kognitiv- och osteoporosmottagning (inkl. osteoporosskola) samt positiv påverkan av Uppdraget *Förstärkt utskrivning* är en av huvudorsakerna. I öppenvården har verksamheternas arbetat med ökat fokus på flöden och gemensam personalplanering (produktionsstyrning).

Under 2025 förväntas både slutenvårds- och öppenvårdsproduktionen att fortsätta öka. Jämfört med budget 2024 är den förväntade ökningen inom slutenvården 3 % och inom öppenvården närmare 18 %. Jämfört med prognoser för 2024 förväntas dock ökningarna stanna på omkring 2 %.

Den förbättrade bemanningssituationen under 2024 samt den förväntade fullbemanningen under 2025 möjliggör öppnandet av fler vårdplatser. Ändrade avtalsförutsättningar inför 2025 förväntas även positivt påverka patientflöden, då antalet vårdvalsaktörer inom geriatrik minskar.

Alla sjukhus och närakuter är ålagda att ha frakturkedjor, vilka redan finns etablerade i SLSO:s geriatriska verksamheter med utvecklat samarbete med Karolinska sjukhuset. En ökad samverkan förväntas också ge fler rehab- och osteoporospatienter.

Inom öppenvården förväntas en fortsatt hög produktion, särskilt på kognitiva mottagningen (överläkare rekryterad september 2024) och osteoporosmottagningen. Den senare fortsätter att växa med osteoporosskola (i större skala fr.o.m. september 2024) samt DEXA (bentäthetsmätare) som installeras i slutet av januari 2025. Dessutom beräknas *Förstärkt Utskrivning* fortsätta med hög produktion.

ASiH (Avancerad Sjukvård i Hemmet)

Under de senaste fem åren har produktionen av vårddygn inom ASiH ökat med cirka 2 - 3 % årligen. Ökningen har möjliggjorts genom effektiviseringar inom verksamheterna för att hantera det ökande patientinflödet. Inför budgetarbetet för 2024 förväntades denna positiva trend fortsätta. En produktivitetsökning på 5 %, jämfört med 2023, beräknades vara nödvändig för att uppnå en ekonomi i balans. Under 2024 har

remissinflödet, som var lågt i början av året, ökat successivt varför årets prognos av vårddygn inom ASiH förväntas överstiga budget.

Produktionsmålet (budget) för SPSV år 2024 är detsamma som för 2023, och motsvarar en beläggning på i genomsnitt 25,5 dagar. Precis som tidigare år har det dock varit utmanande att nå produktionsmålet, främst på grund av ett lågt inflöde av remisser. Prognosen för 2024 visar dock att antalet vårddygn inom SPSV förväntas utfall 10 % fler än under 2023.

Inför 2025 förväntas den årliga ökningen av antalet vårddygn inom ASiH att fortgå. Budget 2025 är därför lagd som 2 % högre än budget (och prognos) 2024. Fler antal vårddygn ska produceras genom ökad produktivitet, vilket även under nästa år är en förutsättning för verksamheterna att nå ekonomi i balans.

Budgeten för antal vårddygn i SPSV är samma som budgeten för 2024 och därmed (7 %) högre än prognosen för 2024. Produktionsmålet är även för 2025 beräknat till i genomsnitt 25,5 dagars beläggning per månad. Under hösten 2024 har en ASiH-koordinator på Huddinge och Södersjukhuset förbättrat remissinflödet till SPSV, vilket kommer att fortsätta under 2025. Det finns dock viss osäkerhet i budgeten eftersom en av SPSV-avdelningarna nästa år kommer att utöka antalet vårdplatser från hösten i samband med flytt till nya lokaler.

Psykiatrisk vård

Psykiatrins heldygnsvårdsvolymer har succesivt ökat över tid. Utifrån det politiska beslutet 2023 kommer all heldygnsvård inom psykiatrin drivas av SLSO från 2025 (vuxenpsykiatrisk-, ätstörnings- beroende- och barn och ungdomspsykiatrisk vård samt rättspsykiatri). Budget för 2025 läggs 6 % högre än innevarande årsbudget. Jämfört med 2023 års utfall budgeteras antalet avslutade vårdtillfällen också 6 % högre.

Produktionen av öppenvårdsbesök har hittills under 2024 ökat mot föregående år med 3 %. Verksamheterna räknar med fortsatta öknings av antalet besök under 2025 med hänsyn till verksamhetsövergångar och förändringar av nya geografiska områden. Budget läggs 9 % högre än innevarande års budget. Jämfört 2023 års utfall planeras 11 % högre öppenvårdsproduktion. Barn- och ungdomspsykiatrin fortsätter sitt utökade uppdrag med att ta emot ytterligare patienter med ADHD-frågeställning

Primärvård

Besöken inom primärvården har ökat under 2024 och beräknas totalt sett öka något under 2025 jämfört med budget 2024. I de budgeterade besöken är videobesök medräknade, men däremot ingår inte telefonkontakter och vaccinationer.

Inom husläkaruppdraget förväntas hemsjukvårdsbesöken fortsätta att öka så som de har gjort under senare år, medan antalet mottagningsbesöken bedöms bli tämligen oförändrade jämfört med 2024. Viss minskning sker av psykosociala besök p.g.a. en anpassning till behovet. Ökningen inom hemsjukvården beror på ett ökat vårdbehov och en ökad vårdtyngd hos de inskrivna patienterna, vissa patienter behöver fler besök om dagen och antalet inskrivna patienter har ökat.

Sjunkande födelsetal de senaste åren har medfört färre inskrivna och färre besök på barnmorskemottagningar och på barnavårdscentraler. Under 2024 har både barnavårdscentraler och barnmorskemottagningar stängts p.g.a. minskat antal inskrivna. För 2025 förväntas inga förändringar av antal inskrivna eller av antal besök.

För primärvårdsrehabilitering har besöken ökat under 2024 tack vare förbättrad produktivitet och bättre bemanning. År 2025 förväntas besöken att bli som utfallet 2024.

Inom ungdomsmottagningar, mansmottagningar och på Stockholms mottagning för sexuell hälsa har besöken ökat. Fler patienter har sökt sig till mottagningarna, videobesöken har ökat och tillgängligheten har förbättrats. Från den 1 januari 2025 tar SLSO över driften av ungdomsmottagningen i Nynäshamn. En viss ökning av besöken 2025 väntas.

Habilitering

Vårdavtalet är byggd på en ersättningsmodell med differentierade besöksersättningar och ett ersättningstak varför möjligheten att producera fler besök än den avtalade ökningen har varit begränsade och saknat ekonomiskt incitament. SLSO är ensamutförare i Region Stockholm.

Årsprognosen 2024 för produktionen inom habilitering beräknas till 6 % högre än budget 2024. Verksamheten har under året haft stora och välbelagda grupper, både fysiska och digitala och har arbetat med färre heltidsarbetare som har ökat sitt besökssnitt per dag.

Budget för 2025 läggs 3% över föregående års budget och överensstämmer med beställd vård 2025.

Somatisk specialistvård

Somatisk specialistvård består av SLSO Närakuter, Akademiskt specialistcentrum (ASC) och Centrum för cancerrehabilitering (CCR). Produktionsbudgeten för 2024 är 4,5 % högre än utfallet för 2023, en ökning med 15 800 besök. Förväntad ökning för SLSO Närakuter är 9 000 besök och för CCR 6 800 besök, vilket för CCR innebär 40 % fler besök. Prognosen för 2024 är drygt 3 % högre än föregående år men 1 % lägre än budget, på grund av produktionsstörningar (i SLSO Närakuter och ASC) relaterade till Vårdförbundets strejk. Produktionsökningen för CCR förväntas landa på 32 % under 2024.

Budgeten för 2025 överstiger både prognosen och budgeten för 2024 med cirka 5 %. Alla verksamheter förväntar en produktionsökning under 2025. Stängningen av Närakut Hötorget under 2024 förväntas ge SLSO Närakuter en positiv (helårs)effekt med 7 400 besök (3 %) under 2025. Produktionen inom ASC har de senaste åren drivits av ett högt remissinflöde och som resulterat i ökade beställningar. Detta förväntas fortsätta under nästa år varför budget 2025 är lagd 8,5 % (6 400 besök) högre än budget 2024. CCR budgeterar en produktionsökning på 15 % (4 900 besök) för 2025 och planerar att fortsätta expandera med fler anställda.

Övrig specialistvård

För 2025 budgeterar den gynekologiska mottagningen i Liljeholmen och Centrum för arbets- och miljömedicin med besök i linje med 2024.

Antal disponibla vårdplatser

Psykiatrisk vård: Antal disponibla platser beräknas i budget till 1021 vårdplatser 2025.

Geriatrisk vård: Budget 2024 lades med antagandet att verksamheterna återigen skulle börja producera slutet geriatrisk vård i enlighet med det ordinarie vårduppdraget. Under 2024 har covid-19 påverkan avtagit väsentligt och har i kombination med en förbättrad bemanningssituation möjliggjort fler disponibla vårdplatser än under 2023.

Budget 2025 har lagts med antagandet att den stabila bemanningssituationen under 2024 kommer att fortsätta, och att en fullbemanning av sjuksköterskor kommer att uppnås. Det är en avgörande förutsättning för att kunna budgetera för 6 % fler disponibla vårdplatser jämfört med prognosen för 2024.

Vårdproduktion (antal)	Utfall 2023	Budget 2024	Budget 2025	Plan 2026	Plan 2027
Geriatrisk vård					
Öppenvård	6 785	6 525	7 690	7 840	8 475
Slutenvård, vtf	6 448	7 359	7 609	7 800	7 800
ASiH					
Vårddygn ASiH	236 498	250 025	255 500	255 500	255 500
Vårddygn palliativ vård	7 597	9 308	9 308	12 000	12 000
Psykiatrisk vård					
Öppenvård	1 409 745	1 445 668	1 571 837	1 592 740	1 593 456
Slutenvård, vtf	31 012	30 990	32 729	32 749	32 770
Primärvård					
Öppenvård	3 601 032	3 635 759	3 684 200	3 729 000	3 775 000
Habilitering					
Antal besök	195 990	202 000	207 400	207 400	207 400
Somatisk specialistvård					
Öppenvård	346 333	362 118	376 592	377 302	377 302
Övrig specialistvård*					
Öppenvård	11 059	13 355	13 205	13 500	13 500
Antal disponibla vårdplatser psykiatri	944	999	1 021	1 021	1 021
Antal disponibla vårdplatser geriatrik	141	162	165	167	167

* Gyn, arbetsmiljömedicin, tom 2021 även BUMM.

Öppenvårdsbesök, totalt. **5 572 034** **5 714 016**

5 Ekonomi

5.1 Resultatbudget

SLSO har upprättat budget 2025 och planår 2026–2027 i enlighet med givna anvisningar och ekonomiska nyckeltal. De antagande som används vid beräkningen redovisas under respektive intäkter och kostnader nedan.

Resultat*	Utfall 2023	Budget 2024	Budget 2025	Plan 2026	Plan 2027
Patientavgifter	291	295	334	396	412
Sålda primärtjänster	10 689	11 281	12 063	12 270	12 628
Försäljning övriga tjänster	1 795	1 884	2 226	2 340	2 465
Erhållna bidrag	2 396	2 810	1 337	1 526	1 545
Övriga intäkter	440	338	361	368	375
Verksamhetens intäkter	15 612	16 608	16 320	16 900	17 425
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-11 168	-11 772	-10 781	-11 100	-11 413
- varav inhyrd personal	-353	0	-2	-2	-2
Köpta primära sjukvårdstjänster	-34	-38	-33	-33	-34
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-374	-379	-396	-403	-411
Läkemedel	-329	-317	-365	-373	-380
Materialkostnader	-1 301	-1 389	-1 563	-1 626	-1 704
Lokal- och fastighetskostnader	-1 264	-1 323	-1 398	-1 441	-1 470
Övriga kostnader	-1 260	-1 213	-1 389	-1 449	-1 478
Verksamhetens kostnader	-15 731	-16 430	-15 924	-16 426	-16 890
Avskrivningar	-170	-178	-183	-256	-317
Finansnetto	9	0	0	0	0
Justering pension mm.	0	0	0	0	0
Resultat**	-280,2	0	213	218	218

* mkr

** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

5.1.1 Intäkter

I resultaträkningen har vårdintäkterna räknats upp i enlighet med gällande avtal/förfrågningsunderlag och kända index. Övriga intäkter har beräknats med beaktande av relevanta index och kända antaganden.

Intäkterna minskar mellan budget 2024 och budget 2025 med 1,73 %, där de största förklaringsposterna till förändringen är;

- po-kompensationen upphör (-1 567 568 tkr)
- centrumbildningarna har en 5 % neddragning
- psykiatrin, fortsatta verksamhetsövergångar och förändringar av nya

geografiska områden

- barn- och ungdomspsykiatri fortsätter sitt utökade uppdrag
- hjälpmedel, tillkommande uppdrag fritt val hörselrehabilitering
- volymuppräknning av hjälpmedelsverksamheten
- tillkommande uppdrag Synrehabilitering/Syncentralen, 10 månader 2025
- ASiH/SPSV, ökat remissinflöde
- förbättrad bemanningssituation och avtalsförutsättningar inom geriatriken
- ungdomsmottagningarna har fått en 2,5% uppräknning. From 1 jan 2025 tar SLSO över driften av ungdomsmottagningen i Nynäshamn.
- primärvårdsrehabilitering har räknat med en uppräknning om 12,5 mkr, i avvaktan på nytt förfrågningsunderlag, kommer under 2025.
- utökning av BT- och ST- tjänster

Övriga verksamheter inom SLSO (Psykiatri, Habilitering, Geriatrik, ASiH, Akademiskt specialistcentrum och Närakuterna) som har vårdöverenskommelser har räknats upp med LPIK inkl. läkemedel. Husläkaruppdraget har en uppräknning av ersättningen med 2,9 % motsvarande 65 mkr.

I planår 2026 ligger 175 miljoner kronor med avseende tillkommande uppdrag 1177, samt resterande två månaderna från Syncentralen.

5.1.2 Kostnader

I resultaträkningen har kostnaderna beräknats i löpande priser med beaktande av relevanta index och kända antaganden.

Verksamhetskostnaderna mellan budget 2024 och budget 2025 sänks med 3,07 %. De största förklaringsposterna är;

- sänkt po-pålägg från 78,85 % till 47,65 %
- resultatkrav på 213 miljoner kronor
- prisuppräknningar enligt KPIF och KPI
- löneuppräknningar inkl. löneglidning med 3,5 %
- hjälpmedelsverksamheten har budgeterat med högre kostnader för övriga sjukvårdsartiklar- och medicinskt material och tekniska hjälpmedel, samt förväntade volymökningar.
- serviceförvaltningens kostnader har räknats upp med i genomsnitt 2,1 %
- effektiviseringskrav 2 %

Inflationen har påverkat och påverkar även fortsättningsvis både löner och andra kostnader. I budget 2025 är löne- och prisutvecklingen högre än totala intäktsutvecklingen vilket fortsatt ställer krav på anpassning av verksamheterna för att nå det av regionfullmäktige satta resultatkravet på 213 miljoner kronor. I budgeten är detta beräknat till 2 %, för enskilda verksamhetsområden kan effektiviseringskravet variera.

Se avsnitt 5.1.3 Åtgärder för att nå resultatkravet.

Personalkostnader

SLSO har budgeterat 10 781 mkr i personalkostnader en minskning med 8,4 % jämfört med budget 2024. Detta förklaras i minskat po-pålägg.

Antalet ackumulerade helårsarbetare för 2025 budgeteras till 12 510. Under 2024 har antalet helårsarbetare successivt ökat, primärt kopplat till faktorer som ger en varaktig ökning av antalet helårsarbetare så som utökade möjligheter att tillsätta vakanser, parallellt med minskad inhyrning, och utökade uppdrag. Således beräknas antalet helårsarbetare per januari 2025 att vara omkring 300 fler (+2,5 %) jämfört med januari 2024. Det budgeterade antalet ackumulerade helårsarbetare inbegriper även den förväntade ökningen av antalet anställda till följd av två verksamhetsövergångar under våren 2025. Stockholms Syncentral, idag en del av Sodexo, kommer att övergå till SLSO och ca 60 medarbetare tillkommer inom Habilitering och hälsa, motsvarande 45 helårsarbetare ackumulerat per helår. En ännu större ökning förväntas ske inom Psykiatri Södra efter övertaget av delar av WeMinds verksamhet med ca 100 medarbetare, en ökning med ca 75 helårsarbetare ackumulerat per helår.

Medräknat i budgeten är även den förväntade ökningen av antalet ackumulerade helårsarbetare som en konsekvens av minskad inhyrning, ett arbete som kommer att fortsätta under 2025. Bedömningen är att verksamheterna kommer kunna rekrytera totalt 100 medarbetare löpande under året och att detta medför en ökning med 50 helårsarbetare ackumulerat per helår.

Det finns ytterligare övergripande faktorer och planerade verksamhetsförändringar under 2025 som kommer att påverka utfallet av antalet ackumulerade helårsarbetare. Det har dock inte varit möjligt att fastställa när dessa förändringar kommer att ske och/eller i vilken omfattning det kommer påverka antalet helårsarbetare inom SLSO. Därmed är dessa verksamhetsförändringar inte medräknade i budgeten. De största förändringarna avser:

- i Region Stockholms budget för 2025 aviseras en viljeriktning att stärka primärvården vilket kan komma att påverka antalet helårsarbetare,
- förändringar inom verksamhetsområde psykiatri till följd av en ny beställarplan från HSN. För SLSO:s del innebär den nya beställarplanen bland annat:
 - den öppna specialistpsykiatrin för vuxna delas in i tio geografiska ansvarsområden vilket förväntas medföra en minskning av antalet helårsarbetare då SLSO:s uppdrag för öppenvården i Sundbyberg avslutas.
 - all specialiserad ätstörningsvård, både heldygnsvård och avancerad dagvård, ska utföras inom SLSO vilket kommer leda till ett utökat uppdrag för Stockholms centrum för ätstörningar,
 - Beroendecentrum Stockholm inom SLSO får ett regionövergripande uppdrag att bedriva akut och slutna beroendevård för hela länet,
 - all psykiatrisk heldygnsvård i länet ska bedrivas av SLSO.
- under 2023 beslutade Socialstyrelsen att ge Region Stockholm uppdraget om

Nationell högspecialiserad vård (NHV) kopplat till självskada och ätstörning. Arbetet med att bemanna dessa uppdrag har pågått under 2023 och 2024 och kan även komma att medföra en viss ökning av antalet helårsarbetare under 2025.

- ett arbete pågår inför kommande verksamhetsövergång till SLSO gällande 1177 rådgivning på telefon/MedHelp Sjukvårdsrådgivning AB vilket kommer att ge effekter på antalet helårsarbetare.

Tilldelade medel för "hållbara och hälsofrämjande arbetsplatser" 2025 kommer att kunna bidra till en strategisk genomförandeplan där bland annat hot och våld, SAM och SAM i Stratsys samt chefers förutsättningar är prioriterade områden.

Övriga kostnader, avskrivningar och finansnetto

Inflationen har och har haft en stor inverkan på SLSO:s kostnader i budget 2025 jämfört med budget 2024. Läkemedelskostnaderna har ökat med 15 % (48 mkr). Lokalhyrorna har ökat med 5,7 % (75 mkr) och Övriga kostnader med 14,5 % (176 mkr).

Avskrivningarna följer SLSO:s planerade investeringsplan för 2025 och planår 2026 - 2027.

Åtgärder för att minska kostnadsutvecklingen se avsnitt 5.1.3

Konsultkostnader

SLSO har budgeterat 5,75 mkr i konsultkostnader för 2025. Av dessa är majoriteten IT-konsultkostnader. Budgeterade kostnader för övriga konsulter uppgår till 500 tkr och utgörs av kostnader för juridiskt stöd i samband med överklaganden av upphandlingar m.m.

Nämnden ska under året arbeta enligt anvisningarna i Hanteringsordning för konsultanvändning och konsultinköp för att minimera dessa kostnader.

5.1.3 Åtgärder för att nå resultatkravet

SLSO:s ledningsmodell bygger på decentraliserade beslutsprocesser vilket i kombination med den stora variationen av verksamheter förutsätter att åtgärder för att nå resultatkravet i första hand ska hanteras i respektive verksamhet. Varje verksamhetsområde har ansvar för att identifiera och upprätta handlingsplaner för verksamheter som inte uppnår sina resultatkrav. Varje resultatenhetschef har ansvar för att utifrån lokala förutsättningar bedriva en så kostnadseffektiv verksamhet som möjligt. I de fall enskilda resultatenheter inte har förutsättningar att uppnå ett resultat i balans ska ansvarig verksamhetsområdeschef upprätta en plan för omorganisation, sammanslagning med annan enhet eller i sista hand avveckling av verksamheten.

Förvaltningen kommer under 2025 fortsätta att se över de administrativa processerna för att uppnå en kostnadseffektiv och optimal administration utan att övervältra administrativa uppgifter på vårdpersonal.

För att nå en ekonomi i balans fortsätter arbetet med att minska inhyrning, översyn av

IT-kostnader samt fortsatt restriktivitet vid återbesättning av administrativa tjänster.

5.1.4 Verksamhetsindelad resultatbudget

I budget 2025 har SLSO:s verksamhetsgren 9910 Administration minskat verksamhetskostnaderna med 4,8 mkr (2,44 %) jämfört med budget 2024. Under verksamhetsgren 9910 Administration ingår SLSO:s ledning och de centrala verksamhetsstöden; Ekonomi, HR, Kvalitet och FoUUI, Kommunikation samt Lokaler och administration. Chefläkarna är direkt underställda närsjukvårdsdirektören och ingår i verksamhetsgrenen.

5.2 Balansräkning

I budget 2025 ökar anläggningstillgångarna med 96 mkr jämfört mot prognos 2024. Det är övriga maskiner och inventarier som står för ökningen där den främsta förklaring är de nya utrustningsinvesteringarna till GKS Q-huset slutdestination ungdomens hus.

Omsättningstillgångarna minskar med 107 mkr, till följd av att kassa och bank minskar med motsvarande belopp.

För budget 2025 är SLSO:s resultatkrav 213 mkr, resultatkravet ska enligt anvisningarna redovisas som eget kapital. SLSO:s eget kapital minskar med 11 mkr jämför med prognos 2024 till följd av att SLSO prognostiserat ett positivt resultat för 2024. För 2026 och 2027 redovisar SLSO resultatkrav på 218 mkr för vardera år.

Balansräkning*	Utfall 2023	Prognos 2024	Budget 2025	Plan 2026	Plan 2027
Anläggningstillgångar	535	636	732	745	772
- varav pågående nyanläggningar		4	4	4	4
Omsättningstillgångar	2 087	2 389	2 282	2 275	2 248
- varav kassa och bank	-6	403	296	289	262
SUMMA TILLGÅNGAR	2 623	3 025	3 014	3 019	3 019
Eget kapital	514	1 018	1 007	1 012	1 012
Avsättningar	0	0	0	0	0
Skulder	2 109	2 007	2 007	2 007	2 007
- varav långfristiga skulder	0	0	0	0	0
- varav kortfristiga skulder	2 109	2 007	2 007	2 007	2 007
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	2 623	3 025	3 014	3 019	3 019

* mkr

5.3 Investeringar

Investeringsplanen för SLSO har tagits fram i enlighet med regionfullmäktiges beslutade investeringsutrymme för perioden 2025 - 2027, totalt 891,2 mkr.

SLSO:s investeringsbudget består till största del av olika ersättningsinvesteringar i medicinskteknisk utrustning, övriga inventarier, larm/säkerhetsinstallationer, informations- och kommunikationsteknik samt tekniska hjälpmedel.

Under budgetåret 2025 är de väsentliga investeringsobjekten;

- utrustningsinvesteringar till investeringsobjektet GKS Q-huset slutdestination för Ungdomens hus
- hjälpmedels investeringar dels till följd av tillkommande uppdrag hörselrehabilitering, synrehabilitering/syncentralen och dels volymökningar
- Helix etapp 2

I investeringsplanen för planåren 2026 - 2027 är det fram för allt utrustning till teknisk upprustning/anpassning av Löwenströmska sjukhuset och Helix etapp 2.

Investeringar (Mkr)	2025	2026	2027
Ombyggnader i externt hyrda lokaler	15	15	15
Utrustning till Helix etapp 2	5	10	30
Utrustning till teknisk upprustning/anpassning Löwenströmska sjukhuset			45
Nyinvesteringar	50	50	50
Ersättningsinvesteringar	208,4	193,4	204,4
Summa	278,4	268,4	344,4

5.4 Åtgärder för ett resultat i balans

Resultatkravet för 2025 har av regionfullmäktige fastställts till 213 miljoner kronor. Den ekonomiska resultatbudget som presenteras i denna verksamhetsplan förutsätter en 2 % effektivisering i verksamheterna för att uppnå resultatkravet. För enskilda verksamhetsområden kan effektiviseringskravet variera.

För flera verksamheter fortsätter arbetet med att minska inhyrning vilket kommer att bidra till lägre kostnader. En översyn av IT-kostnader samt fortsatt fokus på effektivisering av administrativa resurser förväntas också bidra till verksamheternas effektiviseringsbeting.



Protokollsanteckning avseende ärendet Verksamhetsplan 2025

Genomgång vid SLSO samverkan 4 december 2024.

Saco efterlyser en tydligare koppling mellan verksamhetsplanen och Arbetsmiljökommisionens slutrapport.

Vidare vill Saco påtala vikten av att inom ramen för kompetensförsörjningen satsa på fortbildning och handledning för samtliga yrkeskategorier samt förbättra hur den patientnära forskningen når ut till verksamheterna som bedriver patientnära vård.

Vårdcentralsuppdraget räknas upp med 2,9% vilket är lägre än det förväntade ökningen av lönekostnaderna. Samtidigt överförs många patienter till primärvården. Detta innebär i praktiken en neddragning för enheterna med både försämrad tillgänglighet och försämrad arbetsmiljö som följd. Saco saknar en plan på hur SLSO långsiktigt ska nå upp till det av Socialstyrelsen satta mål om en kliniskt heltidsarbetande specialist per 1.100 invånare.

Saco ser ett behov av ökad styrning och kontroll av verksamheternas miljö- och hållbarhetsmål för att SLSO ska kunna leva upp till de av Regionen centralt uppsatta målen.

Vi inom Saco ser med tillförsikt på att det kommer att satsas på kompetensstegen men är fortsatt bekymrade över att SLSO är "tveklöst sämst i klassen" bland Regionens bolag och nämnder gällande t ex införande av kuratorernas kompetenstege.

Redan nu ser vi att enheter drar ner på personal utifrån de resurser som avsatts för 2025, ökade administrativa uppgifter läggs på vårdpersonal när medicinska sekreterare sägs upp. Även till kuratorer flaggas det för neddragningar trots det ökade trycket på vårdcentralerna pga. sämre psykiskt mående i befolkningen vilka hänvisas till sina vårdcentraler. Många av dessa kuratorer är utbildade leg. Psykoterapeuter.

Sacos medlemmar inom psykiatrin uttrycker stor oro för arbetsmiljön då bl.a. färre vårdplatser totalt kommer erbjudas efter övertagande av verksamhet i egen regi vilket befaras öka situationer med Hot- och Våld. Vidare ser Saco med oro på att neddragningen sker innan intensiv öppenvård i hemmet för vuxna är fullt ut implementerad.

För SLSO:s Saco råd

Gunilla Wurtzel

Ordförande

Bilaga 4: Investeringsplan 2025-2034, hälso- och sjukvård

Diarienummer RS 2024-0217



Mnkr	Dnr	Status	Ny- /ersättnings- investering	Total investeringsutgift			Investeringsutgifter												
				Prognostiserad total utgift	Fastställd total utgift enligt budget 2024	Akkumulerad förbrukning tom 2023-12-31	Budget 2024	Prognos 2024	Budget 2025	Plan 2026	Plan 2027	Plan 2028	Plan 2029	Plan 2030	Plan 2031	Plan 2032	Plan 2033	Plan 2034	Plan efter 2034
1. Hälso- och sjukvård																			
Summa investeringar hälso och sjukvård							280,6	255,6	278,4	268,4	344,4	319,2	231,4	231,4	281,4	381,4	341,0	231,4	
varav ombyggnader i externt hyrda lokaler							15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	
varav maskiner, inventarier och IT							265,6	240,6	263,4	253,4	329,4	304,2	216,4	216,4	266,4	366,4	326,0	216,4	
Nyinvesteringar hälso- och sjukvård				Nyinvestering			80,0	55,0	55,0	60,0	125,0	117,8	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	
Ersättningsinvesteringar hälso- och sjukvård				Ersättningsinv.			200,6	200,6	223,4	208,4	219,4	201,4	181,4	181,4	231,4	331,4	291,0	181,4	
1.2 Stockholms läns sjukvårdsområde																			
Summa investeringar Stockholms läns sjukvårdsområde							280,6	255,6	278,4	268,4	344,4	319,2	231,4	231,4	281,4	381,4	341,0	231,4	
Ombyggnader i externt hyrda lokaler				Ersättningsinv.			15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	
Utrustning till Helix etapp 2		SLSO 2021-0136	Genomförande	Nyinvestering	120,0	120,0	2,2	30,0	5,0	5,0	10,0	30,0	67,8						
Utrustning till teknisk upprustning/anpassning Löwenströmska sjukhuset				Planering	45,0						45,0								
Nyinvesteringar < 100 mkr				Nyinvestering				50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	
Ersättningsinvesteringar < 100 mkr				Ersättningsinv.				185,6	185,6	208,4	193,4	204,4	186,4	166,4	166,4	216,4	316,4	276,0	166,4

Stockholms läns sjukvårdsområde

Plan för intern kontroll, budget 2025

Budget 2025

Innehållsförteckning

1	Bakgrund.....	3
2	Intern kontroll.....	4
2.1	Styr- och kontrollmiljö	4
2.2	Riskbedömning	4
2.3	Kontrollaktiviteter.....	5
2.4	Information och kommunikation.....	6
2.5	Övervakning och uppföljning.....	6
2.5.1	Uppföljning	6
2.5.2	Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll	7
2.5.3	Hantering av brister och avvikelser	7
3	Sammanställning av risker.....	9

1 Bakgrund

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

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

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

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

2 Intern kontroll

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

2.1 Styr- och kontrollmiljö

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

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

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

Närsjukvårdsdirektören rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner.

2.2 Riskbedömning

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

- Strategiska risker
- Ekonomiska risker
- Operativa risker
- Regelefterlevnadsrisker

SLSO genomför årligen en riskanalys och utarbetar en plan för intern kontroll, i enlighet med Region Stockholms gällande policy för intern kontroll. Detta sker i anslutning till arbetet med budget och verksamhetsplan. Internkontrollplanen för 2025 fastställs av nämnden i samband med verksamhetsplan 2025. Riskanalysen har utgått ifrån COSO-modellen och risker med ett samlat värde av sannolikhet och konsekvens över 8 har tagits med i internkontrollplanen.

Regionledningskontoret har tagit fram två obligatoriska risker som ska ingå planen för intern kontroll för alla förvaltningar och bolag oavsett riskvärdering. För 2025 är de obligatoriska riskerna, risk för fel i finansiell rapportering samt risk för felaktiga bidragsutbetalningar.

SLSO ska koppla identifierade risker till Region Stockholms övergripande mål för

SLSO. De obligatoriska riskerna är kopplade till målet Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet. I planen för intern kontroll 2025 har SLSO identifierat ett antal risker för verksamheten. Det risker med högst riskvärde finns inom ekonomi och styrning samt inom tillgänglig hälso- och sjukvård. Riskerna finns inom hantering av icke bärkraftiga verksamheter, övervältring av administration på vårdpersonal samt bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse. För att minimera dessa risker och öka möjligheten till måluppfyllelse kommer SLSO under 2025 fortsatt arbeta med att stärka ekonomiska-, personal- och verksamhetsanalyser samt följa upp indikatorer i styrkortet i samband med uppföljningen av tertial, delårs- och årsuppföljningen.

Risken hantering av icke bärkraftiga verksamheter har ett ökat riskvärde jämfört med den riskvärdering som gjordes i planen för intern kontroll 2024. Riskerna ökad svårighet att rekrytera personal, en kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar samt bristande kostnadsmedvetande i organisationen har minskade riskvärderingar jämfört med den riskvärdering som gjordes i planen för intern kontroll 2024.

När det gäller de två obligatoriska riskerna, risk för fel i finansiell rapportering samt risk för felaktiga bidragsutbetalningar bedöms de få ett lägre riskvärde. Kontroller för dessa risker säkerställs genom stickprover samt uppföljning av verksamheten.

2.3 Kontrollaktiviteter

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

SLSO kommer fortsatt att arbeta aktivt under 2025 med att stärka ekonomiska-verksamhets- och personalanalyser samt följa upp indikatorer och aktiviteter i styrkortet i samband med uppföljning av tertial, delårs- och årsuppföljningen. SLSO:s ledning har dessutom regelbundna uppföljningsmöten med verksamhetsområdena som ett led i att minimera risker och öka måluppfyllelsen. Åtgärdsplaner upprättas vid behov för att säkerställa god ekonomisk hushållning och en ekonomi i balans. SLSO kommer att arbeta med att upprätta business case vid verksamhetsförändringar, genomföra översyn av vårdutbud och konkurrenssituation samt utveckla R12 för att vidta proaktiva åtgärder.

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

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

Kontroller för de två obligatoriska riskerna risk för felaktiga bidragsutbetalningar och risk för fel i finansiell rapportering säkerställs genom stickprover samt uppföljning av verksamheten.

2.4 Information och kommunikation

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

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

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

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

2.5 Övervakning och uppföljning

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

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

2.5.1 Uppföljning

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

Rapportering av den interna kontrollen sker till SLSO:s ledningsgrupp i samband med tertial, delårs- och årsuppföljning. Närsjukvårdsdirektören är ansvarig för den interna kontrollen inom SLSO och rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner. Nämnden beslutar dessutom om planen för intern kontroll 2025 i samband med beslut om verksamhetsplan 2025. Nämnden fattar även beslut om uppföljning av den interna kontrollen i samband med beslut om boksluten för tertial, delårs- och årsuppföljningen.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

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

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

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

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

SLSO följer Region Stockholms policy för intern kontroll, RS 2022-0326. Intern kontroll inom Region Stockholm är en tillämpning av COSO-modellen vilken SLSO har använt sig av för att ta fram internkontrollplan 2025. Inom ramen för den interna revisionen säkerställer förvaltningen dessutom en god intern styrning och kontroll och följsamhet till styrande dokument.

Inga avsteg från riktlinjen har noterats.

2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

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

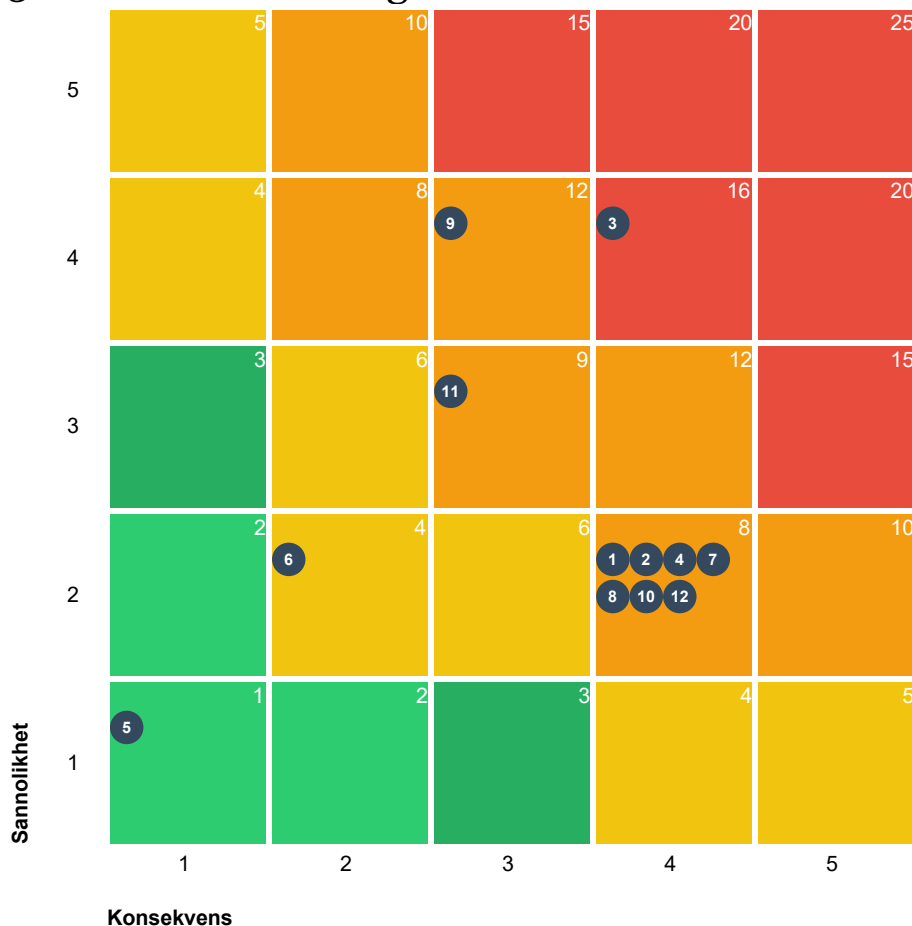
Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde har tagit fram en plan för intern kontroll för 2025. I planen för intern kontroll har de mest väsentliga riskerna identifierats. Bland de väsentligaste riskerna i internkontrollplanen för 2025 finns ett antal inom ekonomi och styrning och ett fortsatt särskilt fokus kommer att läggas på verksamhets- och ekonomiska analyser under 2025.

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

Regionrevisorernas samlade bedömning av den interna kontrollen är att den är tillräcklig. Revisionsrekommendationer följs upp kontinuerligt i Stödet/Stratsys i

dialog mellan SLSO och revisionen.












3 Sammanställning av risker



1 Mycket hög risk
 9 Hög risk
 1 Medelhög risk
 1 Mycket låg risk
 Totalt: 12

Mycket hög risk	Sannolikhet	Konsekvens
Hög risk	5	Katastrofal - Mycket allvarig, får inte inträffa
Medelhög risk	4	Kritisk - Allvarig, får helst inte inträffa
Låg risk	3	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
Mycket låg risk	2	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten
Mycket låg risk	1	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

hjälptexterna, klicka på frågetecknet.

Mål	Lokalt mål	Risk	Riskägare
Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning		1  48301	Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven Riskägare Carina Lamroth-Martinsson
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet		2  10913	Bristande kostnadsmedvetande i organisationen Riskägare Eva Tegelberg
		3  11919	Hantering av icke bärkraftiga verksamheter Riskägare Karin Persson
		4  27876	En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar Riskägare Eva Tegelberg
		5  13446 7	Risk för felaktiga bidragsutbetalningar Riskägare Jannike Kristoffer son
		6  13446 8	Risk för fel i finansiell rapportering Riskägare Jannike Kristoffer son
	Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare		7  11922
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov		8  10908	Bristande förmåga att ändra arbetssätt Riskägare Svante Nyberg
		9  27877	Övervältring av administration på vårdpersonal Riskägare Eva Tegelberg
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		10  11924	Bristande patientsäkerhet (avvikelser kopplat till vårdskada) Riskägare Svante Nyberg
		11  37471	Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse Riskägare Mikael Lindgren Ebenholtz
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		12  11923	Bristande ledarskap Riskägare Maria Thunberg

Stockholms läns sjukvårdsområde

Bilaga 1: Sammanställning mål, risker, kontroller och åtgärder, plan 2025

Innehållsförteckning

1	Läsanvisning	3
2	Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning.....	4
3	Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet	5
4	Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare.....	7
5	Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov.....	8
6	Vården är säker, effektiv och har god kvalitet	9
7	Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare.....	10

1 Läsanvisning

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

Risknivå

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

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

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

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



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

Kontroller







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



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

2 Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning


Risk	Kontroll	Komm entar	Åtgärd	Status	Effekt
<p>Namn Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven</p> 	<p>Namn Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser</p> <p>Frekvens Årligen</p>				
			<p>Namn Säkerställa kritiska funktioner i nuvarande system och delta i upphandlingen av nytt system.</p> <p>Startdatum 2025-01-01</p> <p>Slutdatum 2025-12-31</p>		

3 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet





Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande kostnadsmedvetande i organisationen 	Namn Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar Frekvens Månadsuppföljning				
			Namn Uppföljning av ekonomi Startdatum 2025-01-01 Slutdatum 2025-12-31		
Namn Hantering av icke bärkraftiga verksamheter 	Namn Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna Frekvens Månadsuppföljning				
			Namn Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner Startdatum 2025-01-01 Slutdatum 2025-12-31		
Namn En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar 	Namn Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna Frekvens Månadsuppföljning				
			Namn Regelbunden uppföljning Startdatum 2025-01-01		

Risk	Kontroll	Komm entar	Åtgärd	Status	Effekt
			Slutdatum 2025-12-31		
Namn Risk för felaktiga bidragsutbetalningar 	Namn Fakturakontroll Frekvens Kontinuerligt				
			Namn Informera verksamheter om att bidrag hanteras centralt i regionen Startdatum 2025-01-01 Slutdatum 2025-12-31	○	
Namn Risk för fel i finansiell rapportering 	Namn Uppföljning av verksamheten Frekvens Kontinuerligt samt i samband med T1, delår och årsbokslut				
			Namn Följa upp och åtgärda påtalade brister Startdatum 2025-01-01 Slutdatum 2025-12-31	○	





4 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Risk	Kontroll	Komm entar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Ökad svårighet att rekrytera personal 	Namn Uppföljning av indikatorer Frekvens T1, delår och årsuppföljning.				
			Namn Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning Startdatum 2025-01-01 Slutdatum 2025-12-31		○



5 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande förmåga att ändra arbetssätt 	Namn Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort Frekvens T1, delår och årsuppföljning.				
			Namn Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen Startdatum 2025-01-01 Slutdatum 2025-12-31		
Namn Övervältring av administration på vårdpersonal 	Namn Uppföljning av indikator Frekvens T1, delår och årsuppföljning.				
			Namn Införande av digitala system Startdatum 2025-01-01 Slutdatum 2025-12-31		

6 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande patientsäkerhet (avvikelser kopplat till vårdskada) 	Namn Patientsäkerhetsberättelse och systematiska granskningar Frekvens Årlig patientsäkerhetsberättelse och intern revision samt kontinuerliga analyser.				
			Namn Lärande organisation Startdatum 2025-01-01 Slutdatum 2025-12-31		
Namn Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse 	Namn Uppföljning av verksamheten Frekvens Kontinuerligt samt uppföljning av styrkortet i samband med T1, delår och årsuppföljning.				
			Namn Tillvarata erfarenheter Startdatum 2025-01-01 Slutdatum 2025-12-31		

7 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Risk	Kontroll	Kommentar	Åtgärd	Status	Effekt
Namn Bristande ledarskap 	Namn Följ upp vårdgrenarnas verksamhet Frekvens Medarbetarenkät årligen. Chefsdialoger kontinuerligt.				
			Namn Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer Startdatum 2025-01-01 Slutdatum 2025-12-31		

Stockholms läns sjukvårdsområde

Fördjupad sammanställning av mål, risker, kontroller och åtgärder, plan 2025

Innehållsförteckning

1	Läsanvisning	3
2	Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning.....	4
2.1	Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven.....	4
3	Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet	5
3.1	Bristande kostnadsmedvetande i organisationen.....	5
3.2	Hantering av icke bärkraftiga verksamheter	6
3.3	En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar.....	7
3.4	Risk för felaktiga bidragsutbetalningar	8
3.5	Risk för fel i finansiell rapportering.....	9
4	Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare.....	10
4.1	Ökad svårighet att rekrytera personal	10
5	Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov	12
5.1	Bristande förmåga att ändra arbetssätt	12
5.2	Övervältring av administration på vårdpersonal.....	13
6	Vården är säker, effektiv och har god kvalitet	15
6.1	Bristande patientsäkerhet (avvikelser kopplat till vårdskada)	15
6.2	Bristande förmåga att upprätthålla verksamhet, patientsäkerhet samt en ekonomi i balans vid extraordinär händelse	16
7	Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare	18
7.1	Bristande ledarskap	18

1 Läsanvisning

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

Risknivå

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

Åtgärder

Status beskriver hur väl arbetet med åtgärder följer åtgärdsplanen.

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

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

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


Kontroller

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

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

2 Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning

2.1 Förmåga att tillgodose digitaliseringsbehoven

48301	Riskvärde 8	Riskbeskrivning Nuvarande journalsystemet kommer inte vidareutvecklas. Förnyad upphandling av journalsystem pågår.
	Sannolikhet 2	Konsekvens Ökade kostnader, uteblivna effektiviseringsmöjligheter
	Konsekvens 4	

Kontroll

Status

Namn

Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser

Frekvens

Årligen

Beskrivning

Genomföra verksamhetsanalyser och ekonomiska analyser. SLSO deltar i arbetet för att tillgodose SLSO:s behov.

Kommentar

Åtgärd

Namn

Säkerställa kritiska funktioner i nuvarande system och delta i upphandlingen av nytt system.

Startdatum

2025-01-01

Slutdatum

2025-12-31

Status




Åtgärdsbeskrivning

Genomföra ett antal projekt för att säkerställa och åtgärda kritiska funktioner. Delta i upphandling av nytt system.

Kommentar

3 Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

3.1 Bristande kostnadsmedvetande i organisationen

10913	Riskvärde 8	Riskbeskrivning Oförmåga att förstå ekonomiska konsekvenser av fattade beslut i stort och smått.
	Sannolikhet 2	Konsekvens Fokus på felaktiga ekonomiska åtgärder. Onödiga kostnader.
	Konsekvens 4	

Kontroll

Status

Namn

Särskilt fokus på ekonomi i löpande uppföljningar

Frekvens

Månadsuppföljning

Beskrivning

Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser.

Kommentar

Åtgärd

Namn

Uppföljning av ekonomi

Startdatum

2025-01-01

Slutdatum

2025-12-31

Status




Åtgärdsbeskrivning

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

Kommentar

3.2 Hantering av icke bärkraftiga verksamheter

11919	Riskvärde 16	Riskbeskrivning Svårigheter att identifiera rätt åtgärder. Svårigheter att få avveckla verksamheter, om åtgärder inte bedöms möjliga eller tillräckliga.
	Sannolikhet 4	Konsekvens Påverkar det ekonomiska resultatet och tar kraft från verksamheten.
	Konsekvens 4	

Kontroll

Status

Namn

Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna

Frekvens

Månadsuppföljning

Beskrivning

Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser.

Kommentar

Åtgärd

Namn

Regelbunden uppföljning och åtgärdsplaner

Startdatum

2025-01-01

Slutdatum

2025-12-31

Status




Åtgärdsbeskrivning

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

Kommentar

3.3 En kostnadsnivå som inte är långsiktigt hållbar

27876	Riskvärde 8	Riskbeskrivning Kortsiktig ekonomisk planering/framförhållning. Bristande förmåga att anpassa kostnader till ändrad ersättning/förutsättningar.
	Sannolikhet 2	Konsekvens Underskott som inte hanteras. Resultatkravet för SLSO uppnås inte. Kortsiktiga beslut som långsiktigt inte är hållbara. Ökad uppmärksamhet (reaktivt) på ekonomi och åtgärder, tar kraft och resurser från verksamhet och utveckling.
	Konsekvens 4	

Kontroll

Status

Namn

Uppföljning av ekonomiskt resultat inom verksamheterna

Frekvens

Månadsuppföljning

Beskrivning

Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser. Upprätta business case vid verksamhetsförändringar.

Kommentar

Åtgärd

Namn

Regelbunden uppföljning

Startdatum

2025-01-01

Slutdatum

2025-12-31

Status




Åtgärdsbeskrivning

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

Kommentar

3.4 Risk för felaktiga bidragsutbetalningar

134467	Riskvärde 1	Riskbeskrivning Region Stockholm delar varje år ut ett stort antal bidrag till externa aktörer och det finns risk för att dessa bidrag utbetalas felaktigt.
	Sannolikhet 1	Exempel på felaktigheter kan vara att bedömning inte görs rättvist, att ansökningar inte behandlas lika, att det förkommer jäv osv.
	Konsekvens 1	Konsekvens Om tillräckliga kontroller och åtgärder inte vidtas kan felaktiga utbetalningar förekomma. Detta kan leda till såväl ekonomisk skada som förtroendeskada för verksamheten.

Kontroll

Status

Namn

Fakturakontroll

Frekvens

Kontinuerligt

Beskrivning

Stickprov av fakturor

Kommentar

Åtgärd

Namn

Informera verksamheter om att bidrag hanteras centralt i regionen

Startdatum

2025-01-01

Slutdatum

2025-12-31

Status




Åtgärdsbeskrivning

Information om att bidrag hanteras centralt i regionen. SLSO hanterar inte bidrag.

Kommentar

3.5 Risk för fel i finansiell rapportering

134468	Riskvärde 4	Riskbeskrivning Risk att den finansiella rapporteringen inte är väsentligt korrekt.
	Sannolikhet 2	Konsekvens Felaktig finansiell rapportering gör att intressenter får felaktig information om verksamheten. Det kan också medföra att beslut fattas på felaktiga grunder.
	Konsekvens 2	

Kontroll

Status

Namn

Uppföljning av verksamheten

Frekvens

Kontinuerligt samt i samband med T1, delår och årsbokslut

Beskrivning

SLSO följer gällande lagar och regler. Kontroll av den finansiella rapporteringen ingår som en del i revisorernas granskning. SLSO genomför kontinuerliga kontroller under året. SLSO gör likvidprognoser månatligen med utgångspunkt från årsprognosen.

Kommentar

Åtgärd

Namn

Följa upp och åtgärda påtalade brister

Startdatum

2025-01-01

Slutdatum

2025-12-31

Status




Åtgärdsbeskrivning

Följa upp och åtgärda av revisorerna påtalade brister.

Kommentar

4 Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

4.1 Ökad svårighet att rekrytera personal

11922	Riskvärde 8	Riskbeskrivning Svårt att upprätthålla produktion och kontinuitet på grund av rekryteringsproblem av både chefer och medarbetare.
	Sannolikhet 2	Konsekvens Kan ge brister i patientsäkerhet och försämrad ekonomi. Ökad inhyrning av personal.
	Konsekvens 4	

Kontroll

Status

Namn

Uppföljning av indikatorer

Frekvens

T1, delår och årsuppföljning.

Beskrivning

Uppföljning av indikatorer.

Kommentar

Åtgärd

Namn

Tydliggör handlingsplan och strategi för rekrytering/kompetensförsörjning

Startdatum

2025-01-01

Slutdatum

2025-12-31

Status



Åtgärdsbeskrivning


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

Kommentar

Åtgärd

5 Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov

5.1 Bristande förmåga att ändra arbetssätt

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

Kontroll

Status

Namn

Uppföljning av tillgängligheten utifrån styrkort

Frekvens

T1, delår och årsuppföljning.

Beskrivning

Uppföljning av tillgänglighetsindikatorer. Följa digitaliseringsgraden.

Kommentar

Åtgärd

Namn

Utveckla uppföljningen av tillgänglighetsmålen

Startdatum

2025-01-01

Slutdatum

2025-12-31

Status




Åtgärdsbeskrivning

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

Kommentar

Åtgärd

5.2 Övervältring av administration på vårdpersonal

27877	Riskvärde 12	Riskbeskrivning Ökade administrativa krav samt krav på effektivisering av administrationen.
	Sannolikhet 4	Konsekvens Minskade resurser för kärnverksamheten.
	Konsekvens 3	

Kontroll

Status

Namn

Uppföljning av indikator

Frekvens

T1, delår och årsuppföljning.

Beskrivning

Uppföljning av indikatorn andel administrativ personal av totala kostnader.

Kommentar

Åtgärd

Namn

Införande av digitala system

Startdatum

2025-01-01

Slutdatum

2025-12-31

Status



Åtgärdsbeskrivning


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

Kommentar

Åtgärd

6 Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

6.1 Bristande patientsäkerhet (avvikelser kopplat till vårdskada)

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

Kontroll

Status

Namn

Patientsäkerhetsberättelse och systematiska granskningar

Frekvens

Årlig patientsäkerhetsberättelse och intern revision samt kontinuerliga analyser.

Beskrivning

Patientsäkerhetsberättelse, analys av avvikelser i händelsevis.
Intern revision.

Kommentar

Åtgärd

Namn

Lärande organisation

Startdatum

2025-01-01

Slutdatum

2025-12-31

Status




Åtgärdsbeskrivning

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

Kommentar

Åtgärd

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

37471	Riskvärde 9	Riskbeskrivning Svårigheter att upprätthålla SLSO:s verksamhet och åtaganden vid extraordinära händelser.
	Sannolikhet 3	Konsekvens Bristande måluppfyllelse (ekonomi, kvalitet, arbetsmiljö).
	Konsekvens 3	

Kontroll

Status

Namn

Uppföljning av verksamheten

Frekvens

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

Beskrivning

Verksamhetsanalyser, ekonomiska analyser. Uppföljning av styrkort.

Kommentar

Åtgärd

Namn

Tillvarata erfarenheter

Startdatum

2025-01-01

Slutdatum

2025-12-31

Status



Åtgärdsbeskrivning


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

Åtgärd

Kommentar

7 Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

7.1 Bristande ledarskap

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

Kontroll

Status

Namn

Följ upp vårdgrenarnas verksamhet

Frekvens

Medarbetarenkät årligen. Chefsdialoger kontinuerligt.

Beskrivning

Medarbetarenkät och chefsdialoger.

Kommentar

Åtgärd

Namn

Tydliga former för uppföljning av verksamhetschefer

Startdatum

2025-01-01

Slutdatum

2025-12-31

Status



Åtgärdsbeskrivning

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

Kommentar

Åtgärd
