Regionrevisorerna

2019-04-02

Diarienummer
RK 2018–0032

Karolinska Universitetssjukhuset

ÅRSRAPPORT 2018
Karolinska Universitetssjukhuset

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2019-04-02 att överlämna rapporten till nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset för yttrande senast 2019-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

ÅRSRAPPORT 2018

Karolinska universitetssjukhuset

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Regionrevisorerna

2019-04-02

Diarienummer
RK 2018–0032

Karolinska Universitetssjukhuset

ÅRSRAPPORT 2018
Karolinska Universitetssjukhuset

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2019-04-02 att överlämna rapporten till nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset för yttrande senast 2019-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande

Christina Holmqvist
Sekreterare

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Sammanfattning – Karolinska universitetssjukhuset

I den årliga revisionen prövas om verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Bedömning för år 2018

	Tillfredsställande	Inte helt tillfredsställande	Otillfredsställande
Ekonomiskt och verksamhetsmässigt Resultat			**X**
	Tillräcklig	Inte helt tillräcklig	Otillräcklig
Intern styrning och kontroll			**X**
	Rättvisande	Inte rättvisande	
Räkenskaper	**X**		

Ekonomiskt- och verksamhetsmässigt resultat

Det ekonomiska resultatet uppgår till -822 mnkr, vilket är 852 mnkr lägre än fastställt resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 4,4 procent av omsättningen. Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans inte har uppnåtts och att avvikelsen är betydande. Det ekonomiska resultatet bedöms därför vara otillfredsställande, vilket är en försämring jämfört med 2017. Karolinska behöver vidta åtgärder skyndsamt. För att nå ekonomi i balans och en anpassad kostnadsökningstakt på sikt behöver nämnden vidta strukturella effektiviseringsåtgärder som ger varaktiga effekter.

Fullmäktiges övergripande mål om vård i rätt tid (vårdgarantin) och säker vård har inte uppnåtts även om säker vård har förbättrats något jämfört med föregående år. Karolinska uppnår inte heller målnivåerna i omställningsavtalet för vård i rätt tid medan målnivåerna för säker vård delvis uppnås. Målet om en tryggad kompetensförsörjning nås inte, men det finns en svag positiv utveckling under året, t.ex. avseende personalomsättningen bland läkare och undersköterskor. Revisionen noterar att både de stora förändringar som skett inom organisationen på Karolinska under året och att utflyttning av vård inte skett enligt plan har påverkat vårdproduktion och produktivitet negativt. Det verksamhetsmässiga resultatet bedöms, i likhet med 2017, som inte helt tillfredsställande.

Det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget som otillfredsställande. Bedömningen innebär en försämring jämfört med 2017.

Intern styrning och kontroll

Revisionen bedömer att nämnden under 2018 inte har säkerställt en tillräcklig ekonomistyrning. De effektiviseringsåtgärder som har vidtagits har inte varit tillräckliga och ger inte heller en anpassad kostnadsökningstakt. Detta innebär även negativa effekter för de kommande åren. Beslutet från fullmäktige att tillfälligt sänka resultatktavet för 2019 är exempelvis förenat med ett krav på återbetalning 2020-2022. Revisionen bedömer även att otydligheterna i Karolinskas rapportering och i beslutsunderlag till nämnden försvårat styrning och uppföljning av den ekonomiska utvecklingen. Vidare bedömer revisionen att nämndens informella och reaktiva hantering av ett ekonomiskt tillskott från ägaren respektive beställaren har lett till att nämnden för Karolinska avvaktat med nödvändiga beslut om åtgärder som därmed blivit försenade. Revisionen konstaterar även att nämnden trots det allvarliga läget under 2018 inte tagit ställning till den möjlighet som finns i omställningsavtalet att begära att en avvikelseprocess inleds för att få tydliga besked. Revisionens bedömer därför att nämndens hantering av det ekonomiska underskottet varit otillräcklig.

Revisionens granskning av upphandlingar visar att hanteringen på flera punkter, liksom 2017, inte följer gällande lagstiftning och regelverk. Upphandlingar till betydande värden över direktupphandlingsgränsen har genomförts under en längre tid avseende bl.a. bemanningstjänster vilket innebär en risk att avtal ogiltigförklaras och att upphandlingsskadeavgift kan komma att utdömas. Revisionen bedömer att nämnden inte åtgärdat detta trots revisionens rekommendationer 2017 och bedömer därför att styrningen och kontrollen av upphandlingar är otillräcklig.

Den interna kontrollen av kostnader för konsulttjänster bedömde revisonen 2017 som otillräcklig. En uppföljande granskning visar att sjukhuset har infört förstärkta rutiner, men att avvikelser fortfarande förekommer. Revisionen bedömer att sjukhusets interna styrning och kontroll av kostnader för konsulttjänster inte är helt tillräcklig.

Vidare bedömer revisionen att nämnden inte arbetar med kris- och katastrofberedskap på ett systematiskt sätt och att den interna styrningen och kontrollen på området inte är helt tillräcklig.

Den interna styrningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget vara otillräcklig. Bedömningen är oförändrad jämfört med 2017.

Räkenskaper

Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättat enligt god redovisningssed, enligt landstingets anvisningar och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning.

Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt vara rättvisande.

Innehåll

1 Årlig granskning 1

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 2
- 2.1 Ekonomiskt resultat 2
- 2.2 Verksamhetsmässigt resultat 5
- 2.3 Samlad bedömning av ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 17

3 Intern styrning och kontroll 17
- 3.1 Ekonomistyrning 17
- 3.2 Ansvar, uppgifter och befogenheter 24
- 3.3 Upphandlingar över direktupphandlingsgränsen 29
- 3.4 Konsultkostnader 33
- 3.5 Uppföljning av internkontrollplanen 36
- 3.6 Intern kontroll vid hantering av lönetillägg 37
- 3.7 Grundläggande arbetet med informationssäkerhet 38
- 3.8 Förebyggande arbete mot oegentligheter 39
- 3.9 Kris- och katastrofmedicinsk beredskap 44
- 3.10 Skydd mot otillåten påverkan 49
- 3.11 Strategisk kompetensförsörjning 51
- 3.12 Systematiskt arbetsmiljöarbete 53
- 3.13 Vårdhygien och vårdhygieniska krav vid städning 54
- 3.14 Avrapporterade granskningar i delrapport 56
- 3.15 Granskningar utan väsentliga iakttagelser 57
- 3.16 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 57
- 3.17 Samlad bedömning av intern styrning och kontroll 57

4 Räkenskaper 58
- 4.1 Årsbokslutet inklusive årsrapport (förvaltningsberättelse) 58
- 4.2 Redovisning av omställningskostnader 58
- 4.3 Konsultkostnader 58
- 4.4 Aktivering av anläggningstillgångar NKS 59
- 4.5 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 59
- 4.6 Samlad bedömning av räkenskaper 59

5 Nämndens yttrande över delrapport 2018 59

Bilaga 1 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

Bilaga 2 Bedömningsmål och bedömningskriterier

Bilaga 3 Yttrande över delrapport 2018

Bilaga 4 Dokument för ärendeprocessen och styrelsens (nämndens) protokoll

1 Årlig granskning

I den årliga revisionen prövas om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig. Den årliga revisionen omfattar granskning och bedömning inom följande områden:

- Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat
- Intern styrning och kontroll
- Räkenskaper

Från den 1 januari 2019 har landstinget övergått till region (Region Stockholm). Granskningen i denna rapport avser 2018. Därför används begreppet landstinget för Stockholms läns landsting i de fall texten inte avser tiden från den 1 januari 2019.

Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset (Karolinska) ansvarar för landstingets riks- och regionsjukvård[1] och ska vara landstingets specialiserade traumacenter med ansvar för omhändertagande av svårt skadade patienter enligt avtal. Sjukvårdsuppdraget omfattar specialiserad och högspecialiserad vård. Karolinska ska vara landstingets universitetssjukhus med huvudansvar för lands-tingets forskning, för utbildningen av studenter i samverkan med bland annat Karolinska Institutet (KI). Karolinska ska samverka med andra vårdgivare och andra huvudmän för att säkerställa att patientens väg genom vården blir säker och enkel samt att omhändertagandet sker på mest effektiva omhändertagandenivå och att universitetssjukvården sker i samverkan och är väl integrerad med övrig hälso- och sjukvård i länet. Karolinska ska i samråd med ägaren och KI utveckla nationellt och internationellt konkurrenskraftiga centra inom forskning och sjukvård. I samråd med ägaren och beställaren ska Karolinska ansvara för att planera för verksamhetsinnehållet, driftsättning och inflyttning i Nya Karolinska Solna, NKS.

I rapporten används vidare begreppet nämnd istället för styrelse för att tydliggöra att det ansvariga organets uppgift, roll och ansvar på Karolinska i grunden regleras av kommunallagen och inte av aktiebolagslagen. Karolinska har sedan den 8 maj 2018 en ny nämnd med sju ledamöter. Nämnden har inrättat två beredningar, ekonomiberedningen respektive vårdberedningen.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, landstingets regler och anvisningar samt god revisionssed för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorsgrupperna och revisorskollegiet.

I granskningen har revisorerna biträtts av landstingets revisionskontor. Granskningen har genomförts av granskningsansvariga Eva Hansson Risberg och Charlotta Edholm m.fl. vid revisionskontoret och huvudansvarig revisor Harald Jagner m.fl. vid Deloitte AB.

[1] Exklusive ögonsjukvård, rehabiliteringsmedicin och handkirurgi

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

I detta avsnitt görs en bedömning av om nämnden uppnått fullmäktiges mål och genomfört givna uppdrag samt följt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten. Bedömningen omfattar även om verksamhetens resultat och resurser står i ett rimligt förhållande till varandra. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 2.

2.1 Ekonomiskt resultat

	Budget 2018	Bokslut 2018	Bokslut 2017
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	18 428	19 511	18 917
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	-18 398	-20 334	-19 013
varav omställningskostnader	- 389	-491	-569
Årets resultat	**30**	**-822**	**-97**
Balansomslutning (mnkr)	5 500	5 050	4 563
Årsarbetare (antal)	15 100	15 526	15 430

Årets resultat uppgår till - 822 mnkr, vilket är 852 mnkr lägre än fastställt resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 4,4 procent av omsättningen. Resultatet för 2018 är 725 mnkr lägre än 2017 års utfall.

För att underlätta jämförelser av verksamhetens resultat mellan t.ex. olika år ska nämnden redovisa de poster som är jämförelsestörande.[2] Även om några av dessa poster specificeras med belopp redovisar inte nämnden i årsrapporten tydligt vilka poster som kan anses jämförelsestörande. Revisionens genomgång visar att i resultatet ingår jämförelsestörande intäkter och kostnader avseende omställningsåtgärder (491 mnkr), ersättning för kostnader kopplade till utrustning på NKS i enlighet med omställningsavtalet[3] (1 591 mnkr) samt bidrag för särskilda satsningar (384 mnkr, se vidare nedan). Dessa ersättningar motsvaras dock av kostnader och är därför i huvudsak resultatneutrala. Informationen bygger delvis på kompletterande information från Karolinska.

Årets investeringar uppgår till 229 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 198 mnkr. Budgetavvikelsen på 31 mnkr beror framför allt på att sjukhuset har anskaffat ytterligare en anestesiarbetsstation till den nya sjukhusbyggnaden i Huddinge. I samband med inflytt i NKS gjordes därutöver investeringar för att förbättra operationsflödena.

[2] Anvisning i Mall Årsrapport 2018, landstingsstyrelsens förvaltning. Se även Rådet för kommunal redovisning (RKR): Rekommendation 3:1 Redovisning av extraordinära poster och upplysningar för jämförelseändamål.
[3] Ersättning för nya hyresavtal och kostnader kopplade till ny utrustning och inventarier.

2.1.1 Jämförelse med budget 2018

Intäkterna uppgår till 19 511 mnkr, vilket är 1 083 mnkr (5,9 procent) högre än budgeterat. Cirka hälften av intäktsökningen beror på att Karolinska fått tillfälliga tillskott av medel på 384 mnkr från hälso- och sjukvårdsnämnden för att bl.a. minska vårdköer (268 mnkr, den s.k. tillgänglighetssatsningen), stöd till bemanning av intensivakuten (27 mnkr), stöd för att upprätthålla bemanning under sommaren (65 mnkr) och bidrag till lönekostnader för sjuksköterskor som utbildas till specialistsjuksköterskor (20 mnkr). Andra betydande intäktsposter som överstiger budget är försäljningen av laboratorietjänster på 175 mnkr, intäkter från omställningsavtalet på 113 mnkr, försäljning av vård utanför länet 111 mnkr samt högre FOUU-bidrag på 116 mnkr. I övrigt förklaras de högre intäkterna av flera mindre poster.

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 19 915 mnkr, vilket är 2 112 mnkr (ca 11,9 procent) högre än budgeterat. Av budgetavvikelsen är 1 579 mnkr hänförbart till bemanningskostnaderna (se nedan). Läkemedelskostnaderna är något lägre än budget och uppgår till 37 mnkr. Detta beror framför allt på att vissa läkemedelstunga verksamheter flyttat ut från Karolinska. Kostnaderna för operationsmaterial m.m. överstiger budgeten med ca 95 mnkr. Utfallet för omställningskostnaderna blev 93 mnkr högre än budgeterat, vilket framför allt orsakas av att IT-kostnaderna i samband med inflytt i NKS blev högre än planerat. Omställningskostnaderna är dock resultatneutrala eftersom Karolinska fått ett bidrag från landstinget för omställningskostnaderna. Enligt nämndens årsrapport beror vidare 235 mnkr på ökade pensionskostnader som enligt nämnden inte har kompenserats.

Den främsta anledningen till att bemanningskostnaderna ökat är att antalet helårsarbetare ökat med tre procent jämfört med budget 2018. Detta förklarar nämnden i årsrapporten bland annat med att utflytt av vård försenats och att det därför inte varit möjligt att reducera personal i de berörda verksamheterna. Det handlar både om vård som ännu inte har flyttat ut, bl.a. delar av barnakuten, samt på att ledtiderna för att genomföra kostnadsminskningar efter utflytt av vård blivit längre än beräknat. Därutöver har sjukhuset anställt vikarier motsvarande över 100 årsarbetare för de sjuksköterskor som med bibehållen lön vidareutbildar sig till specialistsjuksköterskor. Som tidigare nämnts har Karolinska delvis fått täckning för dessa kostnader genom ett bidrag på 20 mnkr från hälso- och sjukvårdsnämnden. En ytterligare förklaring till ökningen av bemanningskostnaderna är att sjukhuset har anställt fler medarbetare än budgeterat för att förstärka kompetensen inom slutenvården och övrig dygnet-runt-verksamhet. Därutöver har det skett en växling av konsulttjänster till anställd personal, främst inom IT, vilket har bidragit till att antalet årsarbetare blivit högre.

Den enskilt största förklaringen till underskottet på 822 mnkr är förseningar i uflyttning av vård från sjukhuset till andra vårdgivare. Detta påverkar resultatet negativt med 300 mnkr enligt Karolinskas beräkningar. Vidare anger nämnden att 156 mnkr av underskottet beror på ökad inhyrning av personal. Budgeten byggde på en åtgärdsplan med besparingar på 525 mnkr där utfallet blivit 106 mnkr lägre, vilket även det har inneburit att kostnaderna blivit högre än budgeterat. Enligt

kompletterande information från Karolinska har kostnaderna ökat utöver budget för att Karolinska genomfört insatser för att korta operationsköerna utöver vad som finansierats av medel via hälso- och sjukvårdsnämnden (tillgänglighetssatsningen). Därutöver blev driftsättningen av NKS efter höstens verksamhetsflytt dyrare än budgeterat. Kostnaderna för att driva intensivakuten har vidare varit högre än beräknat.

Karolinska har lämnat en i huvudsak komplett årsrapport inklusive bilagor som, till skillnad från årsrapporten för 2017, inkom i tid till regionstyrelsens förvaltning. Avvikelser i förhållande till budget har delvis analyserats och kommenterats i nämndens årsrapport. Oftast saknas dock belopp för avvikelserna, vilket innebär att avvikelsernas storleksordning inte går att bedöma. Revisionen anser vidare att spårbarheten mellan belopp och förklaringar i analysen kan förbättras. Kompletterande information har därför, liksom tidigare år, behövt inhämtas i granskningen. Revisionen har dock haft svårigheter att få tillgång till efterfrågat material i rimlig tid.

2.1.2 Jämförelse med 2017 års utfall

Jämfört med 2017 har intäkterna ökat med 593 mnkr (3,1 procent), vilket framför allt beror på de ovannämnda tillfälliga tillskotten av medel. Därutöver har intäkter från vård av utomlänspatienter samt från försäljning av verksamhetsrelaterade tjänster, främst laboratorietjänster ökat jämfört med 2017.

Verksamhetens kostnader har jämfört med 2017 ökat med 1 297 mnkr (7,0 procent), vilket i huvudsak beror på ökade bemanningskostnader (+676 mnkr) samt att lokal- och fastighetskostnaderna ökat efter inflytt i NKS (+407 mnkr).

Karolinska har för åren 2014–2018 haft en genomsnittlig årlig kostnadsökningstakt på 4,9 procent[4]. Detta är en kostnadsökningstakt som ligger över fullmäktiges mål på 3,3 procent i genomsnitt över tid. Kostnadsökningstakten mellan 2017 och 2018 var 7 procent. Bemanningskostnaderna, som svarade för knappt 60 procent av kostnadsmassan 2018, ökade med 4,9 procent.[5] Kostnadsökningstakten när det gäller läkemedel är enligt nämndens årsrapport ännu högre och för de särskilt dyra special- och särläkemedlen ligger den på mellan 10-15 procent.[6]

2.1.3 Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans inte har uppnåtts i och med att resultatet underskrider resultatkravet. Det ekonomiska resultatet bedöms vara otillfredsställande, vilket är en försämring jämfört med 2017. Åtgärder behöver vidtas skyndsamt för att nå ekonomi i balans och en anpassad kostnadsökningstakt på sikt behöver nämnden vidta strukturella effektiviseringsåtgärder som ger varaktiga effekter. Se vidare avsnitt 3.1 om ekonomistyrning.

[4] Beräknat geometriskt medelvärde för perioden.
[5] Priseffekt, dvs. exkl. volymförändringar.
[6] Inkl. både volym- och priseffekter.

2.2 Verksamhetsmässigt resultat

2.2.1 Tillgänglighet, valfrihet och kvalitet i hälso- och sjukvården

Nedan redovisas måluppfyllelsen för ett urval av dels fullmäktiges, dels nämndens mål och uppdrag.

Att de olika målen i tabellen nedan delvis uppnåtts innebär att sjukhuset inte når omställningsavtalets målnivåer men dock den miniminivå som fastställts av hälso- och sjukvårdsnämnden i samverkan med sjukhusen.

Tillgänglighet, valfrihet och kvalitet i hälso- och sjukvården	Mål 2018	Bokslut 2018	Bokslut 2017	Klarat målet
Landstingsfullmäktiges mål				
Vård i rätt tid (vårdgarantin)				
Andelen patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar	≥ 73 %	62 %	66 %	Nej
Andel patienter som får tid för operation inom 90 dagar	≥ 90 %	80 %	82 %	Nej
Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar	≥ 90 %	97 %	97 %	Ja
Säker vård				
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner (VRI)	≤ 8,1 %	9,9 %	10 %	Nej
Återinläggning inom sju dagar i slutenvården för personer 80 år och äldre	≤ 7,5 %	---[7]	---[8]	---
Kvalitetsindikatorer i omställningsavtalet[9]				
Vård i rätt tid				
Akutmottagning, andel patienter med vistelsetid under 4 timmar	≥77 %	56 %	55 %	Delvis
Akutmottagning, andel patienter över 80 år med vistelsetid under 8 timmar	≥97 %	72 %	77 %	Nej
Säker vård				
Andel MRSA-odlingar bland riskpatienter	≥90 %	72 %	73 %	Nej
Direktintag på strokeenhet	≥90 %	85 %	88 %	Delvis
”Dörr-till-nåltid” vid trombolysbehandling vid hjärninfarkt	<40 min	17 min	39 min	Ja
Andelen patienter med höftfraktur som opereras inom 24 timmar	75 %	---[10]	70 %	Nej

[7] Tillförlitliga data saknas för Karolinska.
[8] Indikatorn är en utvecklingsindikator för vilken Karolinska årligen ska redovisa analys och förbättringsåtgärder. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ska ta fram resultat.
[9] I omställningsavtalet finns totalt 10 stycken sjukhusgemensamma målsatta kvalitetsindikatorer (resultatindikatorer). Indikatorernas resultat är kopplade till minimikrav, förbättringskrav och målnivå för att sjukhuset ska få full ersättning för vården.
[10] Karolinska uppger att de inte har ett resultat som grundar sig på definitionen i indikatorn som följs upp i sjukhusavtalet. Detta beror på bristande registrering i kvalitetsregistret under

Oplanerad återinskrivning till IVA inom 72 tim	<3%	2,5 %	2,6 %	Ja
Undernäring - andel riskbedömningar inom 24 tim efter inskrivning	≥80 %	74 %	75 %	Delvis
Täckningsgrad i gynekologiskt kvalitetsregister (GynOp)	90 %	42 %	45 %	Nej
Riskjusterad mortalitet	<1,05	0,84	0,78	Ja
Nämndens egna mål:				
Patientnöjdhet				
Patientnöjdhet avseende delaktighet hos alla patienter	≥67 %	62 %	61 %	Nej
Patientnöjdhet avseende bemötande	>90 %[11]	85 %	87 %	Nej
Patientnöjdhet - andel patienter som rekommenderar Karolinska	>90 %	91 %	91 %	Ja

Nedan kommenteras de mål som inte har uppfyllts.

Andelen patienter som får komma till ett *första besök inom 30 dagar* liksom andelen patienter som blir *opererade inom 90 dagar* är under fullmäktiges målnivå[12]. Jämfört med föregående år så har andelen patienter som får vård inom vårdgarantins gränser minskat något.

Under 2018 har landstinget genomfört en särskild tillgänglighetssatsning[13] för att förbättra tillgängligheten till specialistvården (se avsnitt 2.1.1). I tjänsteutlåtandet framgår att de största problemen finns inom vissa områden på Karolinska, framförallt inom barn- och cancersjukvården där Karolinska är enda utförare i länet. Orsaker till problemen med tillgängligheten uppges dels bero på omstruktureringen och inflyttningen till NKS, dels svårigheter att rekrytera tillräckligt med personal för att kunna öppna vårdplatser i tillräcklig omfattning.

I årsrapporten anger Karolinska att förbättringar har noterats på en övergripande nivå för patienter som väntar på operation, inte minst för patienter med cancerdiagnos. För att förbättra tillgängligheten har Karolinska bl.a. remitterat patienter till övriga sjukhus i länet, till andra universitetssjukhus samt köpt vård från externa utförare. Detta har lett till att sjukhuset i högre grad kunnat fokusera på den vård som Karolinska är enda utförare av i länet. De utökade satsningarna för att minska köerna till operation har möjliggjort ca 2 000 operationer under 2018 och lett till att det totala antalet patienter som i december 2018 väntade på operation var ca 850 färre

---

andra halvåret 2018. Sjukhuset uppger dock att de kan se att de inte når målnivån. Anledningen till den bristande registreringen är åtgärdad och sjukhuset kommer att kunna rapportera resultatet för 2019.

[11] I Karolinskas kvalitets- och patientsäkerhetsmål för 2018 anges målnivån 90 % och i styrkortet anges målnivån 85 %.

[12] Fullmäktiges mål är uttryckt som *Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar*. Karolinska delar upp målet i två indikatorer, en avseende operationer och en avseende behandlingar.

[13] HSN 2017-2117

jämfört med i december 2017. Däremot har något fler patienter, drygt 300, väntat mer än 90 dagar på operation jämfört med 2017 vilket förklaras av att medicinskt mer prioriterade patienterna har fått vård före medicinskt lägre prioriterade patienterna trots att dessa väntat längre tid. Det ekonomiska tillskottet inom ramen för tillgänglighetssatsningen har, enligt Karolinska, hjälpt till att tillfälligt korta operationsköerna men förmodas inte ge några långsiktiga effekter på köerna.

Avseende patienter med cancerdiagnos så anger Karolinska i årsrapporten att väntetiderna till operation för närvarande är under rimlig kontroll. Vid intervju uppges att sjukhuset nu har en bättre kontroll över cancerkön jämfört med under 2017. Ett standardiserat arbetssätt för bättre kontroll infördes i september 2017 och arbetet görs på en sjukhusövergripande nivå. Den förbättrade kontrollen sker genom en kvalitativ genomgång av cancerkön varje vecka, av de patienter som hamnat utanför operationsplaneringen. En värdering görs av varje enskilt fall om det är rimligt att väntetiden förskjuts en vecka. Utöver detta arbetssätt har även möten varannan vecka mellan den tillförordnade sjukhusdirektören, tillika operativ direktör, och alla opererande verksamheter införts. Mötena syftar till en utökad operativ styrning av operationsverksamheten.

I den särskilda tillgänglighetssatsningen ingick också att hälso- och sjukvårdsförvaltningen inte skulle debitera akutsjukhusen viten för bristande tillgänglighet under 2018 i enlighet med omställningsavtalet.

Fullmäktiges mål för en säker vård mäts genom indikatorerna *vårdrelaterade infektioner (VRI)* och *återinläggning inom sju dagar i slutenvården för personer 80 år och äldre*. Målnivån för VRI nås inte och förekomsten är i det närmaste oförändrad jämfört föregående år. För indikatorn *återinläggning inom sju dagar i slutenvården för personer 80 år och äldre* har hälso- och sjukvårdsförvaltningen tagit fram utfallet för 2018 på länsnivå (8,2 procent) men för närvarande saknas möjlighet att ta fram tillförlitliga data per sjukhus.

Karolinska klarar inte omställningsavtalets målnivåer för *vistelsetid på akutmottagning*, varken för andelen *patienter som vistas mindre än fyra timmar* eller för andelen *patienter över 80 år som vistas mindre än åtta timmar på akuten*. Utfallet är oförändrat jämfört med 2017 avseende vistelsetid högst fyra timmar medan andelen äldre patienter som fått vänta högst åtta timmar har minskat från 77 till 72 procent.

Det totala antalet patienter som inkommit till akutmottagningarna i Huddinge och Solna har minskat med ca 55 000 patienter (25 procent), jämfört med 2017. I Huddinge har antalet patienter minskat ca 15 procent och i Solna ca 35 procent. Minskningen i Solna beror i huvudsak på att intensivakuten, med ett förändrat akutvårdsuppdrag, öppnade den 1 maj 2018. Antalet patienter som övernattar på akutmottagningen har ökat i Huddinge men har minskat något i Solna jämfört med 2017. Baserat på totala patientinflödet så har andelen övernattande ökat både i Huddinge och Solna under 2018 jämfört med föregående år. Problemen med långa vistelsetider på akutmottagningarna uppges bero på högt inflöde av svårt sjuka patienter,

framförallt i Huddinge, och för få vårdplatser på sjukhuset orsakad av brist på framförallt sjuksköterskor inom 24/7-verksamheten[14].

Av de åtta målsatta indikatorerna för *säker vård* som ingår i omställningsavtalet har Karolinska inte nått målnivåerna för fem. Två av dessa når emellertid miniminivån. För en av indikatorerna ”täckningsgrad i gynekologiskt kvalitetsregister” är utfallet långt under målnivån, 42 procent jämfört med målnivån 90 procent. För de fem indikatorerna som inte når målnivån är utfallet 2018 något lägre jämfört med 2017.

För en av kvalitetsindikatorerna i omställningsavtalet avseende säker vård har det under året skett en väsentlig förbättring. Det gäller ”dörr-till-nåltid” vid trombolysbehandling vid stroke (hjärninfarkt). Tiden från det att patienten kommer in till behandlingen påbörjas har minskat från 39 minuter till 17 minuter. Förbättringen gäller fr.a. behandlingar i Solna.

Karolinska har ett internt mål avseende patientnöjdhet som mäts med hjälp av tre indikatorer. Målnivån för patienters upplevelse av *delaktighet i beslut om vård och behandling* är satt till 67 procent. Andelen patienter som under 2018 i patientenkäter svarat att de känt sig delaktiga var, liksom föregående år, ca 60 procent, dvs. lägre än målnivån. För de två indikatorerna *andel patienter som helt och hållet blivit bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt* samt *andel patienter som rekommenderar Karolinska* är målnivån satt till 90 procent. Patienternas upplevelse av bemötande når inte riktigt upp till målnivån men andelen patienter som rekommenderar Karolinska är över målnivån.

Totalt kvalitetsindex redovisar andel uppnådda kvalitetsmål i omställningsavtalet. Beroende på de stora verksamhets- och lokalmässiga förändringarna var sjukhusets prognos vid delårsrapporteringen att nå samma nivå för kvalitetsindexet som 2017, dvs. 90,5 procent. I Karolinskas årsrapport anges att resultatet ännu inte är definitivt men att det preliminärt uppgår till 96 procent. Enligt uppgift från Karolinska blir resultatet för totala kvalitetsindex troligen ungefär som föregående år.

Revisionen menar att en mer utförlig beskrivning och analys av de åtgärder som genomförts under året för att nå fullmäktiges och omställningsavtalets mål vore önskvärt för att ge en bild av hur sjukhusets tillgänglighets- och kvalitetsarbete bedrivs.

Bedömning

Revisionen bedömer att Karolinska inte uppnår fullmäktiges övergripande mål om vård i rätt tid (vårdgarantin) och säker vård (VRI). När det gäller vård i rätt tid har resultaten försämrats något för två indikatorer jämfört med föregående år medan resultatet för säker vård har förbättrats något jämfört med föregående år. Revisionen bedömer vidare att Karolinska inte uppnår målen i omställningsavtalet för vård i rätt tid medan målen om säker vård delvis uppnås. Det är viktigt att styrelsen fortsätter att arbeta med måluppfyllelsen för vård i rätt tid enligt vårdgarantin och kvalitetsindikatorerna för vistelsetid på akutmottagning särskilt för patienter över 80 år.

[14] Verksamhet som bedrivs alla dagar dygnet runt

Måluppfyllelsen har i huvudsak redovisats och kommenterats i enlighet med instruktionerna från landstingsstyrelsens förvaltning (LSF).

2.2.2 Tryggad kompetensförsörjning

Fullmäktiges övergripande mål för en *tryggad kompetensförsörjning* handlar om att landstinget ska vara en attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare som arbetar för att säkerställa en god arbetsmiljö och ett hållbart arbetsliv. Stolta och motiverade medarbetare anges som förutsättningar för att landstinget ska klara sitt uppdrag. Vidare anges att ett väl fungerande chef- och ledarskap är den viktigaste förutsättningen för att landstinget ska utvecklas och effektiviseras. I det övergripande målet ingår målen *attraktiv arbetsgivare*, *modern arbetsorganisation* och *systematisk kompetensplanering*. Målet *attraktiv arbetsgivare* följs upp genom landstingets medarbetaruppföljning. I medarbetaruppföljningen finns tre index, medarbetarskapsindex[15] (stolta och motiverade medarbetare), ledarskapsindex[16] (mål- och resultatorienterade chefer) och totalindex[17]. Karolinska uppnår inte målvärdena i budget 2018, men är dock nära målnivåerna. Samtliga index överstiger värdet 70, vilket enligt undersökningsföretaget kan ses som godkända resultat. Jämfört med 2017 är Karolinskas resultat för de tre indexen i stort sett oförändrade. Andelen ambassadörer[18] på Karolinska, dvs. de anställda som upplever att Karolinska är en attraktiv arbetsgivare, som är stolta över att arbeta på sjukhuset och rekommenderar Karolinska som arbetsplats, har ökat något jämfört med 2017, från 16 procent 2017 till 17 procent 2018. Andelen kritiker[19] har minskat från 16 procent 2017 till 13 procent 2018. Liksom föregående år har hälsoprofessionerna lägst index av yrkesgrupperna på de tre ambassadörsfrågorna. Av de 90 procent av medarbetarna som har svarat på om de har förtroende för Karolinska universitetssjukhusets ledning[20] uppger 50 procent att de inte har förtroende för ledningen[21] och 19 procent att de har förtroende för ledningen[22]. Förtroendet för ledningen är oförändrat jämfört med 2017. Lägst förtroende för ledningen har läkarna, vilket även var fallet föregående år.

Målet för en *modern arbetsorganisation* innebär att sjukhuset ska utveckla sin arbetsorganisation genom uppgiftsväxling vilket antas ha skett om andelen sjuksköterskor och läkare minskar i förhållande till andelen övrig personal. Under 2018 har sjuksköterskor och läkare minskat något i antal medan undersköterskor och övrig personal har ökat jämfört med föregående år vilket innebär att uppgiftsväxling har skett i enlighet med fullmäktiges mål.

Fullmäktiges mål för *systematisk kompetensplanering* är att minst 65 procent av medarbetarna ska använda KOLL 2018 och att det ska vara helt infört år 2020. Införandet av landstingets modell för kompetensplanering (KOLL/ProCompetence)

[15] I medarbetarskapsindex ingår 8 frågor
[16] I ledarskapsindex ingår 8 frågor
[17] I totalindex ingår alla frågor i SLL:s basenkät med svarsskala 1–8, dvs samtliga frågor i medarbetarskaps- och ledarskapsindex samt ytterligare 15 frågor, totalt 31 frågor.
[18] De som svarat 7 eller 8 på den åttagradiga skalan på samtliga tre ”ambassadörsfrågor”.
[19] De som svarat 1 eller 2 på den åttagradiga skalan på samtliga tre ”ambassadörsfrågor”.
[20] Med ledning avses sjukhusdirektör och dennes ledningsgrupp, dvs. tema- funktions- och stabschefer.
[21] De som svarat 1, 2 eller 3 på den åttagradiga skalan.
[22] De som svarat 6, 7 eller 8 på den åttagradiga skalan.

fortsätter på Karolinska med stöd av två processledare. I år har 44 procent av medarbetarna på Karolinska skattat sin kompetens, fler jämfört med utfallet 2017 (27 procent) men lägre andel jämfört med landstingets totala målnivå.

Personalavdelningen har under året fortsatt med flera projekt som syftar till att attrahera, rekrytera och behålla personal. Under 2018 har sjukhuset bland annat satsat på specialistutbildning för sjuksköterskor, handledarutbildning för sjuksköterskor som ska delta i en intern basutbildning för undersköterskor och kompetenstrappa för undersköterskor. En satsning på rekryteringsbonus till medarbetare som rekryterar vissa typer av personalgrupper utanför landstinget till sjukhusets dygnet-runt-verksamhet startade i slutet av 2017. Per december 2018 har 23 bonusar för nyanställningar utbetalats. Se vidare avsnitt 3.11, Strategisk kompetensförsörjning.

Antalet helårsarbetande (HÅA), exklusive extratid, är drygt tre procent (+500 HÅA) högre än budgeterat och ca en procent (+150 HÅA) högre jämfört med föregående år. Inklusive extratid är antalet HÅA sex procent över budget och drygt en procent högre jämfört med 2017. Ökningen uppges bl.a. bero på en kompenserande ökning av undersköterskor och övrig personal p.g.a. bristen på sjuksköterskor, ersättning för sjuksköterskor som går specialistutbildning, tillgänglighetsförbättringar som t.ex. personal till akutmottagningarna, nyöppnad jourverksamhet i Huddinge för hjärtsjuka patienter och extrapersonal för övervakning av hjärtsjuka patienter på NKS p.g.a. kvalitetsbrister i den tekniska övervakningsutrustningen. Viss växling har också skett från inhyrda konsulter till egen personal. Sjuksköterskor och läkare har minskat något i antal medan undersköterskor och övrig personal har ökat jämfört med föregående år.

Den totala externa[23] personalomsättningen var under 2018 14,9 procent vilket var något lägre jämfört med 2017 (15,6 procent). Personalomsättningen var högst bland vissa av yrkesgrupperna inom hälsoprofessionerna[24], t.ex. bland arbetsterapeuter (25 procent) och dietister (21 procent). Bland sjuksköterskor var den externa personalomsättningen under 2018 något högre jämfört med året innan, 16,9 procent jämfört med 16,4 procent 2017. Personalomsättningen bland läkare och undersköterskor var 11-12 procent under 2018, vilket var cirka 1,5 procentenheter lägre jämfört med föregående år.

Andelen kvarstannande[25] är bland grundutbildade sjuksköterskor 71 procent, vilket är en ökning med ca två procentenhet jämfört med 2017. Andelen kvarstannande specialistutbildade sjuksköterskor har också ökat något jämfört med föregående år och är nu 75 procent. Störst förändring i kvarstannandegrad ses bland hälsoprofessionerna som minskat från 73 till 69 procent. Minskningen ses fr.a. bland psykologer och dietister.

Karolinska strävar efter att minska inhyrningen av personal och efter en mer ändamålsenlig användning av konsulter, dvs. att endast använda konsulter inom de

[23] Extern personalomsättning beräknas som det lägsta värdet av de som börjat alternativt slutat (externt) dividerat med medelvärdet av antal anställda vid mätperiodens början och slut, uttryckt i procent.
[24] Arbetsterapeut, dietist, kurator, logoped, psykolog, fysioterapeut (sjukgymnast)
[25] Andel som stannat kvar under en period av 24 månader.

områden där sjukhuset saknar egen kompetens. Den externa inhyrningen av personal, beräknad som helårsarbete (HÅA) [26], har ökat med 40 procent jämfört med föregående år. Störst antal inhyrningar har skett inom vårdområdena perioperativ medicin och intensivvård, trauma och reparativ medicin samt inom vårdområde barn. Inhyrningen avser i första hand sjuksköterskor vilket beror på en hög personalomsättning och obalans mellan vårdbehov och kapacitet framförallt inom 24/7 verksamheten. Under året har sjukhuset haft 159 inhyrda HÅA sjuksköterskor vilket är en fördubbling jämfört med föregående år. Behovet av inhyrda läkare ökade under senare delen av året inom funktion akut i Solna, efter öppnandet av intensivakuten. Administrativ personal har anställts varför inhyrningen har minskat jämfört med föregående år. Användningen av externa konsulter för verksamhetsutveckling och för vissa delar av IT har också minskat. Karolinska har dock fortfarande behov av externa konsulter för driftsättning av ny infrastruktur, såsom IT och MT (medicinsk teknik) inom NKS och inom ny- och ombyggnationer i Huddinge.

Fullmäktige har haft som mål att skapa en förbättrad arbetsorganisation genom att bl.a. införa ett IT-system för planering och uppföljning av läkarresurser (GAT). Målet var 2017 att minst 20 procent av läkarna i landstinget skulle omfattas av systemet. I slutet av 2017 schemalades 16 procent av Karolinskas läkare i systemet. I slutet av 2018 används systemet för schemaläggning av läkare hos ett antal verksamheter på Karolinska, men då programleverantören nu lagt ner sin verksamhet i Sverige kommer systemet att avvecklas.

Sjukfrånvaron i procent av tillgänglig tid är oförändrad jämfört med föregående år, 5,9 procent.

Bedömning

Revisionen bedömer att Karolinska inte uppnår fullmäktiges övergripande mål om en tryggad kompetensförsörjning. Karolinska uppnår inte målnivån för de tre index som ingår i medarbetaruppföljningen, men bedömer att utfallet är på en tillfredsställande nivå i och med att samtliga index överstiger värdet 70. Revisionen konstaterar vidare att andelen ambassadörer, fortfarande är låg men bedömer att utvecklingen både avseende andelen ambassadörer och andelen kritiker är svagt positiv.

Den totala externa personalomsättningen är fortfarande hög men revisionen bedömer att personalomsättningen bland läkare och undersköterskor och även kvarstannandegraden bland sjuksköterskor uppvisar en svag positiv utveckling jämfört med föregående år. Revisionen bedömer vidare att Karolinska inte i tillräckligt hög grad har lyckats i sin strävan att rekrytera och behålla personal så att inhyrningen av personal kunnat minska.

2.2.3 Hållbar verksamhet

I fullmäktiges budget finns det övergripande målet om *hållbar verksamhet*. Landstingsstyrelsen har huvudansvar för att styra mot och följa upp det övergripande målet samt vidta åtgärder om målen och indikatorerna riskerar att inte uppnås. För

[26] Beräkningen av antal helårsarbete utgår från kostnaden för externt inhyrd personal

landstingskoncernen sammanställs bokslut bland annat avseende innovation, forskning och utveckling, digitalisering och miljö. Informationsinhämtning till boksluten görs dels genom nämnder och bolags årsrapportering, men i vissa fall lämnas även specifika anvisningar till berörda nämnder och bolag. Enligt landstingets mall ska följande mål rapporteras i årsrapporten; *målinriktad forskning, innovation och digitalisering*, *social hållbarhet och effektivt miljöarbete* samt *säkra processer*.

Målinriktad forskning, innovation och digitalisering

Inom området målinriktad forskning följer landstingsstyrelsens förvaltning upp två indikatorer som handlar om *forskning i vårdens tjänst*; *andel tillsatta forskningstjänster som är inriktade mot folksjukdomar respektive andel publicerade vetenskapliga artiklar om folksjukdomar*. I årsrapporten redovisas inte något avseende forskning om folksjukdomar och ingen av de tre indikatorerna i Karolinskas styrkort gäller detta område. Däremot framkommer i årsrapporten att Karolinska har en gällande handlingsplan för folkhälsoarbetet och hur Karolinska arbetar för att utveckla sitt interna folkhälsoarbete.

Enligt Karolinska sker uppföljning av området *forskning* med ett antal externa indikatorer. Vilka indikatorerna är och deras målvärden anges inte. Karolinska anger i årsrapporten att utvärderingen av de relevanta indikatorerna visar att forskningen håller en god till mycket hög kvalitet men det finns inget underlag i årsrapporten som visar detta.

Inom området *innovation* har Karolinska svarat att de uppnått målet för indikatorn *nämnden har infört metoder och verktyg för att arbeta med innovationer på ett systematiskt sätt*. Det innebär att Karolinskas chefer och medarbetare ska känna till landstingets innovationsarbete, att Karolinska bedriver arbetet med innovationer i enlighet med styrande dokument på området samt att Karolinska mäter och analyserar effekter av innovationer. I övrigt redovisas i årsrapporten att Karolinska arbetar aktivt med innovation inom den särskilda avdelningen Innovationsplatsen men det finns inga exempel på vad det arbetet består av. Avseende området *digitalisering* nämner Karolinska att fokus för deras kortsiktiga åtgärder är att digitalisera verksamhetsdata för operativ verksamhetsstyrning och uppföljning för att därigenom få beslutsstöd för att uppnå effektivare arbetssätt. Hur långt detta arbete kommit eller när det beräknas vara klart redovisas inte. Vidare nämner Karolinska att de inom området digitalisering deltar i arbetet med Framtidens vårdmiljö (FVM).

Social hållbarhet och effektivt miljöarbete

Inom området *social hållbarhet* finns fyra indikatorer som handlar om *likvärdig behandling av alla invånare*[27] . Karolinska uppger att de uppfyller målen för samtliga indikatorer. I årsrapporten beskrivs hur Karolinska under året har arbetat med *barns rättigheter*. Bland annat redovisas att vårdmiljöer för barn och unga har utvecklats och att personalen deltar i föreläsningar och utbildningar om barns delaktighet och

[27] Nämnden/bolaget har infört metoder och verktyg för: ett systematiskt arbete med jämställdhet och jämlikhet, nationella minoriteter, barns rättigheter, delaktighet för personer med funktionsnedsättningar

rättigheter i sjukvården. Hur Karolinska arbetar med de tre övriga indikatorerna redovisas inte i årsrapporten. *Uppförandekod för leverantörer* tillhör också området social hållbarhet. Revisionen har efterfrågat hur Karolinska följer upp att uppförandekoden efterlevs. När inköp görs på de centralt upphandlade avtalen så förlitar sig sjukhuset på att den centrala upphandlingen kontrollerar och följer upp leverantörerna. När sjukhuset gör egna upphandlingar används upphandlingsmallar där det framgår att leverantören ska försäkra att de uppfyller landstingets uppförandekod. I övrigt görs inga kontroller av att leverantörer följer uppförandekoden.

Inom området *effektivt miljöarbete* har landstinget angivit mål för; *klimatpåverkan från utsläpp av växthusgaser* samt för *andel ekologiska livsmedel i patientmåltider*. I årsrapporten framgår att Karolinskas miljöledningssystem följer internationell miljöledningsstandard, (ISO14001) och att det är integrerat i ordinarie verksamhetsstyrning. Karolinska har också beslutat om ett lokalt miljöinriktat hållbarhetsprogram som baseras på landstingets miljömål och under året har miljöprogrammets indikatorer följts upp kvartalsvis. I årsrapporten framgår vidare att sjukhuset har ökat sin användning av ekologiska livsmedel i patientmåltiderna och når därmed precis landstingets målnivå, minst 40 procent ekologiska livsmedel. För fullmäktiges mål om klimatpåverkan från utsläpp av växthusgaser är målvärdet att landstingets total utsläpp av växthusgaser ska minska i jämförelse med utfallet 2011. Karolinska nämner i årsrapporten att arbete pågår för att minska utsläppen av växthusgaser och redovisar utfallet för lustgas och anestesigaser. Uppgifter om tjänsteresor med flyg, digitala möten och vårdkontakter på distans saknas då dessa ännu inte finns tillgängliga. Huruvida Karolinskas klimatpåverkan från utsläpp av växthusgaser har minskat jämfört med 2011 går inte att bedöma utifrån uppgifterna i årsrapporten.

Säkra processer

I årsrapporten uppges att Karolinska klarar landstingets mål för säkra processer[28]. Revisionen har under hösten genomfört tre granskningar som berör området säkra processer, se avsnitt 3.7 Grundläggande arbetet med informationssäkerhet, 3.9 Kris- och katastrofmedicinsk beredskap samt avsnitt 3.10 Skydd mot otillåten påverkan.

Bedömning

Revisionen bedömer att det utifrån rapporteringen i årsrapporten är svårt att avgöra i vilken mån Karolinska bidrar till en hållbar verksamhet. Detta eftersom Karolinska endast delvis har rapporterat och kommenterat utfallet för indikatorer avseende hållbar verksamhet i enlighet med anvisningarna.

2.2.4 Uppdrag från fullmäktige

I en bilaga till nämndens årsrapport återrapporterar Karolinska status för fem uppdrag och fem anmodanden (uppmaningar) från landstingsstyrelsen.

[28] Nämnden har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete med: informationssäkerhet, säkerhet, krisberedskap samt genomfört egenkontroll av arbetet med informationssäkerhet på strategisk nivå.

Alla uppdrag utom ett är avslutat. Det uppdrag som Karolinska har markerat som ”pågående med avvikelse” är ett uppdrag som gavs av landstingsfullmäktige i budget en för 2015. Det handlar om Karolinska ska fortsätta arbetet med utveckling enligt framtidsplan för hälso- och sjukvården. Enligt Karolinska beror avvikelsen när det gäller detta uppdrag på att införandet av intensivakuten har förskjutits och att utflytt av vård i övrigt har försenats p.g.a. bristande mottagarkapacitet.

Karolinska rapporterar fyra uppdrag som avslutade: För det första är verksamhetsinnehåll och driftsättning av NKS klart. För det andra har Stockholms medicinska biobank överförts till Karolinska. För det tredje har Karolinska under våren reviderat sjukhusets arbets- och delegationsordningar i syfte att säkerställa att dessa är i enlighet med regionens policy för inköp. För det fjärde rapporterar Karolinska att de inte berörs av uppdraget att ta fram och fastställda en ny tjänstemannaorganisation med anledning av den nya politiska organisationen i regionen fr.o.m. 2019.

I landstingsstyrelsens uppsiktsrapport[29] framgår landstingsstyrelsens syn på hur väl nämnder och styrelser har följt landstingsfullmäktiges beslut. I uppsiktsrapport 2017 ges fyra så kallade anmodanden (uppmaningar) till Karolinskas styrelse. Dessa tar upp vikten av att intensifiera arbetet med informations- och IT-säkerhet, att säkerställa tillgänglighetsmålet vård i rätt tid och att nå en hög tillgänglighet inom områden där sjukhuset är ensamutförare, att säkerställa åtgärder för en ekonomi i balans samt att säkerställa att interna kontroller är på plats för ett effektivt och ändamålsenligt nyttjande av externt verksamhetsstöd (dvs. konsulter).

I landstingsstyrelsens förvaltnings anvisningar till årsrapporten anges att arbete som pågår eller planeras genomföras med anledning av utdelad anmodan i landstingsstyrelsens uppsiktsrapport ska beskrivas. Grunderna för nämndens bedömning ska framgå. Karolinska har i årsrapporten tagit upp samtliga anmodanden. Sjukhuset uppger att två av ärendena är ”pågående med avvikelse”, ett är ”pågående enligt plan” och ett är avslutat. Revisionen noterar att Karolinska har delat upp ett ärende på två återrapporteringar och markerat den ena delen som avslutad och den andra som ”pågående enligt plan”. I flera fall berör landstingsstyrelsens anmodan områden som revisionen nyligen har granskat. Se vidare avsnitt 3.2 Ansvar och befogenheter, avsnitt 3.3 Upphandlingar över direktupphandlingsgränsen, avsnitt 3.4 Konsultkostnader och avsnitt 3.7 Grundläggande arbete med informationssäkerhet.

2.2.5 Produktion

I årsrapporten konstaterar Karolinska att de omfattande förändringar som sjukhuset har genomfört under de senaste åren har påverkat produktiviteten negativt.[30] Produktionen har varit 2,1 procent lägre än budget för slutenvård och 8,3 procent lägre än budget för öppenvård. I jämförelse med föregående år är både sluten- och öppenvårdsproduktionen lägre, drygt 7 procent färre slutenvårdstillfällen och ca 14 procent

[29] Uppsiktsrapport 2017, landstingsstyrelsen, LS 2018-0486, 2018-04-10.
[30] Produktivitet kan mätas på olika sätt, men enligt ett särskilt underlag från Karolinska har produktiviteten mätt som kostnad per DRG (system för patientklassificering efter diagnos) minskat med 14% mellan 2017 och 2018. Om enbart personalkostnader för anställda inkluderas är minskningen 9%. Produktivitet Karolinska 190221, arbetsmaterial, dokumentation erhållen per mejl 2019-02-22.

färre öppenvårdsbesök. Karolinska uppger att man når 95 procent av målvolymen inom omställningsavtalet för 2018, mätt i DRG-poäng.

Utflyttningen av vård har inte genomförts helt enligt den plan som Karolinska och beställaren var överens om, bl.a. flyttades öppnandet av intensivakuten fram cirka sex månader. Jämfört med den överenskomna planen för perioden 2016-2018 har 76 procent av öppenvården och 70 procent av slutenvården flyttat ut. Vårdproduktionen har också påverkats dels av omorganisationer inom Karolinska, dels av flyttplaneringen och de omfattande inflyttningarna av både öppen- och slutenvård i NKS under året. Inflyttningarna har föregåtts av neddragningar av vårdkapaciteten för att bl.a. säkerställa patientsäkerheten. Upptrappningen av vårdkapaciteten efter inflyttningen har tagit längre tid än vadsom var tänkt bl.a. på grund av tekniska komplikationer och utmaningar för personalen med nya arbetssätt, som exempelvis att flera teman och funktioner delar på samma vårdutrymmen.

Den genomsnittliga beläggningsgraden har varit högre under 2018 (100,6 procent) jämfört med under 2017 (97,4 procent). Antalet överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser mäts per avdelning och dag och rapporteras in per sjukhus till SKL, Sveriges Kommuner och Landsting, se tabell nedan.

Överbeläggningar, utlokaliseringar, vårdplatser	**2018**	**2017**	**2016**	**2015**
Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser	9,9	8,0	4,9	3,9
Antal utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser	10,3	6,1	2,6	2,1
Antal disponibla vårdplatser	897	1 079	1 157	1 260

Antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter har ökat jämfört med 2017. Den genomsnittliga överbeläggningen[31] under 2018 var 9,9 överbeläggningar per 100 disponibla[32] vårdplatser per dygn. Genomsnittlig andel utlokaliserade[33] patienter under 2018 var 10,3 per 100 disponibla vårdplatser. Enligt Socialstyrelsen ger utlokaliseringar av patienter en ökad risk för vårdskador eftersom det inte alltid finns tillräcklig kompetens och kapacitet för att möta patientens behov[34]. Enligt Karolinskas bedömning rapporteras för många utlokaliseringar idag på grund av att en utlokalisering i journalsystemet TakeCare definieras utifrån kliniktillhörighet och Karolinska inte längre har kliniker utan har övergått till patientflödesstruktur och vårdområden. Karolinska uppger vidare att en utlokalisering kan se ut som en utlokalisering trots att patienten ligger på en avdelning där kompetens finns.

[31] Överbeläggning definieras som en händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats.
[32] Med disponibel vårdplats avses en vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.
[33] En utlokaliserad patient definieras som en patient som är inskriven och vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.
[34] https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/riskomraden/overbelaggning-och-utlokalisering

Enligt Karolinska leder överbeläggningar till en mer ansträngd arbetssituation och till att tiden för planering och kompetensutveckling blir mindre. Vidare uppges att utrymmet för ett proaktivt arbetssätt minskar och i stället tenderar arbetssättet att bli mer reaktivt. Under 2018 var det genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser 879 stycken, vilket är 244 vårdplatser under budget (-21 procent) och 182 vårdplatser färre jämfört med föregående år (-17 procent). Karolinska uppger att det skulle behövas ytterligare cirka 160 disponibla vårdplatser för att klara vårduppdraget under högsäsong (vår och höst) med en beläggningsgrad på ca 95 procent.

Bedömning

Revisionen bedömer att både de stora förändringar som skett inom organisationen på Karolinska under året och att utflyttning av vård inte skett enligt plan har påverkat vårdproduktion och produktivitet negativt. Revisionen konstaterar att Karolinska har producerat färre öppenvårdsbesök och slutenvårdstillfällen jämfört med budget men trots det uppges omställningsavtalets målvolym nås. Revisionen bedömer att antalet överbeläggningar som i medeltal varit över 100 procent delvis beror på att antalet disponibla vårdplatser har minskat jämfört med föregående år och nu är för få för att täcka vårdbehoven.

2.2.6 Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Revisionen bedömer att Karolinska inte uppnår fullmäktiges övergripande mål om vård i rätt tid (vårdgarantin) och säker vård (VRI). När det gäller vård i rätt tid har resultaten försämrats något för två indikatorer jämfört med föregående år medan resultatet för säker vård har förbättrats något jämfört med föregående år. Revisionen bedömer vidare att Karolinska inte uppnår målen i omställningsavtalet för vård i rätt tid medan målen om säker vård delvis uppnås. Det är viktigt att styrelsen fortsätter att arbeta med måluppfyllelsen för vård i rätt tid enligt vårdgarantin och kvalitetsindikatorerna för vistelsetid på akutmottagning särskilt för patienter över 80 år.

Vidare bedömer revisionen att Karolinska inte uppnår fullmäktiges övergripande mål om en tryggad kompetensförsörjning. Målen för indexen i medarbetaruppföljningen avseende attraktiv arbetsgivare nås inte, andelen ambassadörer är fortfarande låg, den totala personalomsättningen är hög och inhyrningen av personal har ökat. Revisionen bedömer dock att det finns en svag positiv utveckling under året, t.ex. avseende personalomsättningen bland läkare och undersköterskor, kvarstannandegraden bland sjuksköterskor och att Karolinska har utvecklat sin arbetsorganisation genom uppgiftsväxling.

Revisionen bedömer att både de stora förändringar som skett inom organisationen på Karolinska under året och att utflyttning av vård inte skett enligt plan har påverkat vårdproduktion och produktivitet negativt. Revisionen konstaterar att Karolinska har producerat färre öppenvårdsbesök och slutenvårdstillfällen jämfört med budget men trots det uppges omställningsavtalets målvolym nås. Revisionen bedömer att antalet överbeläggningar som i medeltal varit över 100 procent delvis beror på att antalet disponibla vårdplatser har minskat jämfört med föregående år och nu är för få för att täcka vårdbehoven.

2.3 Samlad bedömning av ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Årets resultatet uppgår till -822 mnkr, vilket är 852mnkr lägre än fastställt resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 4,4 procent av omsättningen. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om ekonomi i balans inte har uppnåtts och att avvikelsen är betydande. Det ekonomiska resultatet bedöms därför vara otillfredsställande, vilket är en försämring jämfört med 2017. Åtgärder behöver vidtas skyndsamt. För att nå ekonomi i balans och en anpassad kostnadsökningstakt på sikt behöver nämnden vidta strukturella effektiviseringsåtgärder som ger varaktiga effekter.

Fullmäktiges övergripande mål om vård i rätt tid (vårdgarantin) och säker vård (VRI) har inte uppnåtts även om säker vård har förbättrats något jämfört med föregående år. Karolinska uppnår inte heller målnivåerna i omställningsavtalet för vård i rätt tid medan målnivåerna för säker vård delvis uppnås. Målet om en tryggad kompetensförsörjning nås inte, men det finns en svag positiv utveckling under året, t.ex. avseende personalomsättningen bland läkare och undersköterskor. Revisionen noterar att både de stora förändringar som skett inom organisationen på Karolinska under året och att utflyttning av vård inte skett enligt plan har påverkat vårdproduktion och produktivitet negativt. Det verksamhetsmässiga resultatet bedöms, i likhet med 2017, som inte helt tillfredsställande.

Det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget som otillfredsställande. Bedömningen innebär en försämring jämfört med 2017.

3 Intern styrning och kontroll

I detta avsnitt görs en bedömning av hur nämnden tar ansvar för att det finns en intern styrning och kontroll som leder till måluppfyllelse och regelefterlevnad. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 2.

3.1 Ekonomistyrning

I samband med delårsrapporten granskade revisionen hur nämnden t.o.m. augusti hade hanterat det befarade ekonomiska underskottet, som då bedömdes uppå till 540. Resultatet för helåret är dock 282 mnkr sämre än vad nämnden prognosticerade i delårsrapporten per augusti. Jämfört med prognosen i delårsrapporten blev framförallt bemanningskostnaderna 995 mnkr högre. Revisionen har inför årsrapporten kompletterat granskningen av ekonomistyrningen.

3.1.1 Utgångspunkter enligt omställningsavtalet

Karolinskas ekonomiska ersättning för vårdproduktion under perioden 2016-2019 utgår från det omställningsavtal[35] som sjukhuset har ingått med ägaren (landstingsstyrelsen) och med beställaren (hälso- och sjukvårdsnämnden). Syftet med omställningsavtalet är att underlätta genomförandet av den omstrukturering av vården som

[35] Omställningsavtal 2016-2019 Karolinska universitetssjukhuset, dnr HSN 1506-0815.

krävs enligt planen för Framtidens hälso- och sjukvård och att ge parterna en tydlig ekonomisk ram för åren 2016-2019. Enligt avtalet erhåller Karolinska i en huvudsak fast ersättning (endast 3 procent av ersättningen är rörlig). Ersättningen har enligt avtalet räknats upp med 1,5 procent för 2018.[36] Vidare reduceras ersättningen med totalt 935 mnkr under perioden p.g.a. utflytt av vård från Karolinska. Den reducerade ersättningen bygger på att motsvarande kostnadsminskningar ska ske på Karolinska i takt med att vård flyttar ut.

Karolinska menar att det inte har varit möjligt att minska kostnaderna i den takt som omställningsavtalet föreskriver. Det beror framför allt på att utflytt av vård har försenats (främst gäller det intensivakuten vars öppnande försköts från oktober 2017 till maj 2018) och på längre ledtider än planerat för att kostnadsminskningarna ska få effekt. Enligt nämndens årsrapport förklarar detta 300 mnkr, dvs. en dryg tredjedel av det totala underskottet på 822 mnkr.

Landstingsstyrelsen framför i sin årsredovisning för 2018 att Karolinska först under hösten 2018 påbörjades arbetet med att planera verksamheten utifrån det nya vårduppdraget, vilket omöjliggjorde nödvändig anpassning av verksamheten som bland annat en ekonomi i balans kräver. Lanstingsstyrelsen anger att Karolinskas underskott 2018 till en del beror på att Karolinska har kvar personalkostnader för vård som flyttat ut, men menar bl.a. att Karolinska genom en bra omfördelning skulle kunnat använda dessa kompetenser mer effektivt inom sjukhuset.[37]

3.1.2 Budgetstyrningen på Karolinska 2018

Revisionen konstaterade i delårsrapporten att styrdokumenten som beskriver Karolinskas ekonomiska styrning ännu inte hade uppdaterats med avseende på den förändrade organisationen och den nya verksamhetsmodellen.

Revisionens har i samband med årsrapporten genomfört en dokumentgranskning av sjukhusets produktionsplanerings- och budgetprocess[38] inför 2018. Revisionen har tagit del av ett presentations- och utbildningsmaterial som beskriver processen. Budgetprocessen startade med en produktionsplanering under våren 2017 som sedan bildade underlag för bemanningsplanering och bedömning av behov av interna tjänster (operation, laboratorietjänster och röntgen mm). Produktionsplaneringen låstes den 30 september. Utifrån efterfrågan på interna tjänster gjordes så kallade leveransöverenskommelser mellan sjukhusets olika teman och funktioner. Därefter ställdes produktionsplaneringen mot fastställda budgetramar för året.

Budgetramarna återspeglade dels planerad utflytt av vård, dels ett effektiviseringskrav. Sjukhusledningen ställde högre effektiviseringskrav på teman och

[36] Mellan 2015 och 2016 var uppräkningen 2,5 procent. Vissa öppenvårdsläkemedel räknas upp med 3 procent.
[37] SLL Årsredovisning 2018, LS 2019-03-21.
[38] Avsnittet baseras på följande interna dokument från Karolinska universitetssjukhuset erhållna per mejl i februari 2019:
- Planeringsförutsättningar för 2018, del 2, ppt, odaterad.
- Produktionsplanering, Finansiell plan, Personalplanering 2018, Utbildning Augusti 2017, ppt.
- Underlag för insamling av behov att lyfta med HSF, ppt, 2018-01-31.

funktioner som uppvisat en jämförelsevis lägre produktivitet de senaste åren. I genomsnitt minskade respektive budget för teman och funktioner med 2,0 procent 2018 jämfört med 2017. För staberna var minskningen 2,5 procent. Budgetarna för teman och funktioner beslutades slutgiltigt av förvaltningen den 1 december. De avvikelser mellan planering och budget som framgått redan i budgetarbetet skulle hanteras av verksamheterna som fick i uppdrag att ta fram åtgärdsplaner.

Revisionen har gått igenom Karolinskas planeringsunderlag och inte funnit några skriftliga definitioner på vad som ska räknas som en effektiviseringsåtgärd. Enligt sjukhuset har uppföljning och kvalitetssäkring av effektiviseringsåtgärderna skett löpande i dialog med verksamheterna. Budgeten för 2018 utgick från att åtgärder skulle genomföras motsvarande 525 mnkr, eller 2,9 procent av den budgeterade omsättningen exklusive omställningskostnader. Av kostnadsminskningen avsåg 225 mnkr minskade kostnader för vård som flyttar ut till andra vårdgivare och resterande 300 mnkr avsåg effektiviseringar inom sjukhuset. Arbetet med att flytta ut vård samt åtgärdsplanerna följdes upp av förvaltningen månadsvis under 2018. Utvecklingen rapporterades även löpande till nämnden. Utfallet blev enligt förvaltningen 419 mnkr, vilket kan jämföras med 2017 då kostnadsminskningar genomfördes på totalt 313 mnkr. Av det totala utfallet på 419 mnkr avser 150 mnkr utflytt av vård. Även tillfälliga kostnadsminskningar, som t.ex. att avstå från att ta in en vikarie vid föräldraledigheter, ingick i åtgärdsplanen.

2018 var ett år med omfattande förändringar i Karolinskas verksamhet. Under 2018 flyttade många enheter från sina gamla lokaler till NKS samtidigt som organisationen förändrades. Av både verksamhetsmässiga och IT-tekniska skäl låstes den underliggande informationsstrukturen inför flytten i oktober 2018. Detta medförde bland annat att budget och utfall för många enheter splittrades på olika kostnadsställen. Det fanns en plan för att koppla ihop den gamla och nya strukturen, men detta arbetssätt fungerade inte fullt ut. Nämnden för Karolinska konstaterade i sin uppföljning av den nya verksamhetsmodellen att många förstalinjechefer under 2018 haft otillräckliga möjligheter att följa sin verksamhet ekonomiskt.[39] Detta överensstämmer med information som revisionen har fått vid intervjuer med controllrar från olika delar av verksamheten som bland annat uppger att de fått lägga mycket tid på att sammanställa rapporter på bekostnad av tid för analys.

3.1.3 Nämndens begäran om tillskott från ägaren

Den 11 april beslutade nämnden att begära ett ekonomiskt tillskott hos landstingsstyrelsen. På nämndens möte redovisade förvaltningen att det fanns en ”resultatmässig risk” på cirka 200 mnkr på årsbasis. Förvaltningen presenterade muntligen ett underlag för nämnden med förslag på 150 mnkr i besparingar utöver de 300 mnkr som fanns i budgeten för 2018.[40] Enligt protokollet diskuterade nämnden två handlingsalternativ där det första var att ”beskriva läget för ägaren SLL och begära tillskott” och det andra att ”beskriva läget för ägaren SLL och reducera produktionen och därmed

[39] Uppföljning genomförd av styrelsens vårdutskott (numera vårdberedningen), Karolinska universitetssjukhuset, dnr K2019-1469, 2019-01-31.
[40] Plan 2018 status, ppt underlag till nämndsammanträde 2018-04-11, Karolinska universitetssjukhuset, dnr K2018-2271.

sänka kostnaderna". Förvaltningen förordade det första alternativet. Nämnden beslöt i enlighet med detta att "vända sig till ägaren med en beskrivning av alternativen, där alternativ 1 förordas, och en begäran om att få en rekommendation till hantering inom 14 dagar och att samtidigt uppdra till förvaltningen att försöka identifiera ytterligare nya alternativa lösningar inom den egna verksamheten som lösning på situationen."[41] Storleken på det önskade tillskottet preciserades inte av nämnden. Karolinska har inte lämnat någon formell hemställan till landstingsstyrelsen, men landstingsstyrelsens ägarrepresentant deltog vid det aktuella styrelsemötet.

Resultatprognosen i nämnden för Karolinskas tertialrapport per april 2018 pekade på ett underskott på 200 mnkr på årsbasis. Prognosen inkluderade ett tillskott på 300 mnkr som nämnden antog att man skulle få från landstingsstyrelsens förvaltning före sommaren 2018.[42] Tertialrapporten visar vidare att förvaltningen tolkade att nämndens mening var att ytterligare besparingsåtgärder, utöver de 300 mnkr som redan fanns i budgeten för 2018, inte var rimliga att genomföra eftersom de skulle få för stora konsekvenser för vårdkapacitet och patientsäkerhet.[43] Enligt nämndprotokollen för 2018 har nämnden för Karolinska, utöver att besluta om tertialrapporten, inte tagit ställning till att ytterligare besparingsåtgärder inte var rimliga. Nämnden har inte heller efterfrågat återrapportering av det uppdrag som lämnades till förvaltningen den 11 april om att alternativa nya lösningar i den egna verksamheten skulle undersökas.

Det framgår av protokollet från nämndens sammanträde den 19 juni att "sjukhuset och ägaren (genom landstingsstyrelsens förvaltning) inte hade en helt samstämmig bild gällande målnivåer och prognos för 2018."[44] Vid nämndens möte den 13 december informerade ordföranden nämnden om att "sjukhusets ekonomiska läge blir alltmer bekymmersamt och att det är svårt att helt lösa denna fråga på sjukhusnivå. Dialog förs nu därför både med landstingsstyrelsen/dess förvaltning och med hälso- och sjukvårdsnämnden/dess förvaltning för att hitta en hållbar lösning".[45]

I budgeten för 2019 anger nämnden att de kan komma att inleda en ändrings- och avvikelseprocess avseende omställningsavtalet eftersom de ekonomiska förutsättningarna för att utföra uppdraget har förändrats.[46] Enligt avtalet kan en av parterna meddela de övriga att de finner skäl att inleda sådan process. Ett riktmärke enligt omställningsavtalet för när detta bör ske är om de ekonomiska konsekvenserna av en avvikelse överstiger en procent av ekonomisk ram.[47] Karolinska har dock hittills,

---

[41] Pkt 5. Övriga frågor, nämndprotokoll 2018-04-11, Karolinska universitetssjukhuset, dnr K2018-2271.
[42] Tertialrapport april 2018, Karolinska universitetssjukhuset, K 2018-3171, 2018-05-21, s. 9-10.
[43] Tertialrapport april 2018, Karolinska universitetssjukhuset, K 2018-3171, 2018-05-21, s. 9.
[44] Pkt. 13. Ekonomi och risk, nämndprotokoll 2018-06-19, Karolinska universitetssjukhuset, dnr K2018-3688.
[45] Pkt. 10. Rapportering från Ekonomiutskottet, nämndprotokoll 2018-12-13, Karolinska universitetssjukhuset, dnr K2018-7545.
[46] Verksamhetsplan 2019, Karolinska universitetssjukhuset, K 2019-1325, 2019-01-24, s. 31.
[47] Omställningsavtal 2016-2019 Karolinska universitetssjukhuset, dnr HSN 1506-0815.

enligt förvaltningen, avstått från att starta en sådan process eftersom man vill hålla fast vid ett arbetssätt som bygger på samförstånd.

3.1.4 Ägarens och beställarens hantering av Karolinskas begäran om tillskott

Enligt den organisation som gällde för landstinget 2018 var det landstingsstyrelsens ägarutskott som skulle hantera en framställan från Karolinska om ett ekonomiskt tillskott.[48] Frågan om tillskottet har under året hanterats informellt på förvaltningsnivå mellan Karolinska och landstingsstyrelsens förvaltning. Landstingsstyrelsens förvaltning har hänvisat till att Karolinska får lösa frågan i dialog med hälso- och sjukvårdsförvaltningen.[49] Först den 17 januari 2019 avgjorde hälso- och sjukvårdsförvaltningen att Karolinska skulle kompenseras genom att minska 2019 års intäktsram med 90 mnkr och öka intäktsramen för 2018 med motsvarande belopp. Beslutet finns inte diarieförd hos hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Det finns inga protokoll eller minnesanteckningar från möten under 2018 mellan Karolinska och hälso- och sjukvårdsförvaltningen diarieförda hos någon av förvaltningarna.

En granskning av ägarstyrningen inom landstinget som revisionen genomförde under hösten 2018 visar att det finns en osäkerhet när det gäller vilka frågor som ska hanteras av ägaren respektive av beställaren.[50] Revisionen framförde i granskningen att ägarens roll, samt vilket stöd som ägaren förväntas ge akutsjukhusen i samband med förhandlingar mellan beställaren och akutsjukhusen, behövde förtydligas. Vidare angav revisionen att det också borde förtydligas hur ärenden från bolagen och förvaltningar i bolagsliknande former till ägaren ska hanteras för att undvika att dessa skickas fram och tillbaka mellan ägaren och beställaren. Revisionen har framfört till landstingsstyrelsen att utan tydliga besked från ägaren respektive beställaren riskerar de beslut som verksamheten kan behöva fatta för att åtgärda en uppkommen situation att försenas.

3.1.5 Karolinskas rapportering

Revisionen har granskat nämnden för Karolinskas ekonomiska rapportering till landstingsstyrelsen samt förvaltningens ekonomiska rapportering till nämnden under 2018. Granskningen visar att rapporteringen ofta är svår att följa exempelvis för att det är otydligt vad som utgör utgångspunkt för en viss uppgift, eller att det inte framgår varför en uppgift skiljer sig från ett rapporttillfälle till ett annat. Även nämndens protokoll är otydliga. Exempelvis framgår av protokollet från den 8 mars 2018 att ”Risken för 2018 bedöms ligga på 500 mnkr”. En månad senare den 11 april är beloppet ett annat. Där står det ”Det står klart att trots hittills gjord planering och

[48] Styrningen av Karolinska utgick då från att verksamheten bedrevs i en förvaltning med bolagsliknande form. Inför 2019 har de särskilda ägardirektiven för Karolinska upphört att gälla och Karolinska styrs liksom övriga nämnder genom regionens reglemente. Fr.o.m. 2019 har ägarutskottet ersatts av produktionsutskottet inom regionstyrelsen. Utskottet ansvarar för ägarstyrning, produktionsplanering och samordning mellan regionens egna hälso- och sjukvårdsverksamheter. Se https://intranat.sll.se/nyheter/lsf/2018/12/region-stockholms-nya-organisation-fran-1-januari-2019/#h2_newsPageEditorContent_9. Hämtat 2019-02-28.

[49] Projektrapport nr 5/2018, Ägarstyrning - Bolag och bolagsliknande former, Landstingsrevisorerna, 2018-12-18, s. 23.

[50] Projektrapport nr 5/2018, Ägarstyrning - Bolag och bolagsliknande former, Landstingsrevisorerna, 2018-12-18.

genomförande av åtgärder finns en uppenbar resultatmässig risk på ca 200 mnkr på årsbasis". Det framgår dock inte att det i den sistnämnda uppgiften ingick ett förväntat tillskott från landstingsstyrelsen på 300 mnkr.

Även när det gäller storleken på den negativa effekten på resultatet på årsbasis av förseningar i utflytt av vård finns det frågetecken. I nämndens delårsrapport uppskattades den till 300 mnkr. Samma belopp fanns även i årsrapporten, trots att nämnden i samband med bokslutet fick ett tillfälligt tillskott på 90 mnkr från hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Karolinska menar att den negativa effekten på årsresultatet, trots tillskottet, uppgår till 300 mnkr. [51]

Ett annat problem som försvårar förståelsen är att olika begrepp ofta används för att beteckna samma sak. Exempelvis avslutar Karolinska avsnittet om Antaganden och nyckelfaktorer inför budget 2018 med att skriva "Effektiviseringsåtgärder om ca 300 mnkr samt kostnadsreduktion för utflytt ca 300 mnkr"[52] utan att uttryckligen förklara hur detta kan härledas från texten i övrigt. Det framgår inte vilka effektiviseringsåtgärder som har planerats. I tertialrapporten återkommer beloppet 600 mnkr, men där anges att det är förändrade finansiella förutsättningar för 2018 som uppgår till drygt 600 mnkr.[53]

3.1.6 Nämndens fortsatta hantering av den ekonomiska obalansen

Karolinska har i början av 2019 bedömt att underskottet för 2019 kan komma att uppgå till 790 mnkr. Regionfullmäktige (f.d. landstingsfullmäktige) har i mars 2019, enligt förslag från regionstyrelsen (f.d. landstingsstyrelsen) [54], beslutat att om ett tillskott på 130 mnkr till Karolinska för 2019. Sjukhuset tillåts därutöver att gå med underskott på 280 mnkr för 2019. Underskottet ska betalas tillbaka 2020-2022 genom ett justerat resultatkrav.[55] Karolinska ska senast i samband med tertialrapporten för 2019 återkomma med en reviderad verksamhetsplan.

På sammanträdet den 13 december uppdrog nämnden för Karolinska åt ekonomiberedningen att ansvara för framtagandet av budget för 2019. Utgångspunkten skulle vara anpassning av kostnaderna till det minskade uppdraget, en återgång till normal produktivitet, säkerställa en stram kostnadsutveckling och att långsiktigt öka intäkterna genom t. ex. ökade utomlänsuppdrag. I planen ingick också att säkra en ersättning som täcker kostnaderna för det högspecialiserade uppdraget. Karolinska har i

[51] Karolinska har i en sammanställning redovisat för revisionskontoret hur de beräknar att kostnader respektive tillfälliga kompensationer för försenad utflytt av vård har belastat/kommer att belasta resultatet 2016-2019. Periodisering av utflyttar 20190222, ppt, erhållet per mejl 2019-02-25.
[52] Mål och budget 2018 och planår 2019-2021, Karolinska universitetssjukhuset, K 2017-4291, s. 17-18.
[53] Tertialrapport april 2018, Karolinska universitetssjukhuset, K 2018-3171, 2018-05-21, s. 3.
[54] Avstämning av budget 2019 för Region Stockholm, Regionstyrelsen, LS 2018-1179, 2019-02-20.
[55] Pkt 28. Regionfullmäktiges sammanträde den 12 mars 2019, Avstämning av budget 2019 för Region Stockholm (förslag 2019:34), LS 2018-1179.

budgeten för 2019 beräknat att det högspecialiserade uppdraget innebär merkostnader på 550-590 mnkr.[56]

Bedömning

Revisionen bedömer att de effektiviseringsåtgärder som vidtagits inte har varit tillräckliga och inte heller ger en anpassad kostnadsökningstakt. Detta innebär negativa effekter även för de kommande åren. Nämnden för Karolinska behöver därför skyndsamt vidta strukturella effektiviseringsåtgärder som ger varaktiga effekter. Revisionen konstaterar dels att tydliga riktlinjer för effektiviseringsarbetet har saknats, dels att budgetuppföljningen inte har fungerat på ett tillfredsställande sätt under 2018. Verksamheternas möjligheter att följa upp sina budgetar har begränsats eftersom den ekonomiska uppföljningsinformationen har varit otillräcklig. Revisionen noterar dock att nämnden i december 2018 skärpte sin styrning av förvaltningens budgetprocess inför 2019.

Revisionen menar att otydligheterna i Karolinskas rapportering och i beslutsunderlag till nämnden när det gäller utgångspunkterna för nämndens bedömningar och brister i spårbarhet mellan analyser vid olika tidpunkter påverkar möjligheterna att styra och följa upp den ekonomiska utvecklingen. Det finns dock i nämndens protokoll under 2018, jämfört med tidigare, en utveckling mot tydligare ställningstaganden. Revisionen bedömer sammantaget mot denna bakgrund att nämnden inte har säkerställt en tillräcklig ekonomistyrning.

Revisionen konstaterar att nämnden för Karolinska i april 2018 bedömde att sjukhusets ekonomiska situation var så allvarlig att man beslutade att begära ett ekonomiskt tillskott hos ägaren, landstingsstyrelsen. Nämnden preciserade inte beloppet och beslutet följdes inte av en formell framställan. Vid samma möte begärde nämnden att förvaltningen skulle återkomma med förslag om ytterligare alternativa lösningar på de ekonomiska problemen. Detta uppdrag följdes dock inte upp av nämnden. Sjukhusets ekonomi försämrades ytterligare under årets sista månader från en prognosticerad resultatavvikelse på 570 mnkr i delårsrapporten till en slutlig avvikelse på 852 mnkr i årsrapporten i förhållande till resultatkravet.

Revisionen konstaterar att omställningsavtalet innehåller en ändrings- eller avvikelseprocess som är avsedd för att hantera förändrade förutsättningar som exempelvis försenade investeringar eller när utbyggnad av vården utanför akutsjukhusen försenas. Det belopp som parterna har diskuterat, 300 mnkr, överstiger den nivå som finns i avtalet för när en sådan process kan inledas. En sådan formell avvikelseprocess innebär att parterna måste reda ut hur ansvarsförhållandena för förseningarna ser ut och i vilken utsträckning som Karolinska borde kompenseras ekonomiskt. I stället har frågan hanterats informellt i en utdragen process på förvaltningsnivå. Revisionen menar mot bakgrund av det allvarliga ekonomiska läget att nämnden borde ha tagit ställning till den möjlighet som finns i omställningsavtalet att begära att en avvikelseprocess inleds för att få tydliga besked. Revisionen bedömer att nämndens informella och reaktiva hantering av begäran om ett ekonomiskt tillskott från ägaren

[56] Förslag Verksamhetsplan 2019, Karolinska universitetssjukhuset, LS 2018-0696, s.29.

respektive beställaren har lett till att nämnden för Karolinska avvaktat med nödvändiga beslut om åtgärder som därmed blivit försenade.

3.2 Ansvar, uppgifter och befogenheter

Revisionen har under 2018 följt upp två tidigare granskningar gällande styrelsens (nämndens) ansvar och befogenheter samt ärendeprocessen.

Under 2017 granskade revisionen om ansvar, uppgifter och befogenheter för landstingets nämnder, utskott samt beredningar är tillräckligt tydliga. Granskningen omfattade bl.a. Karolinska och rekommendationer till styrelsen (nämnden) och ledningen avrapporterades i revisionens delrapport respektive årsrapport 2017[57]. Enligt styrelsens (nämndens) yttrande[58] över revisionens delrapport kommer rekommendationerna att åtgärdas. Delegations- respektive vidaredelegationsordningar har ännu inte reviderats och rekommendationer på dessa områden kvarstår därmed.

Samma år granskade revisionen i ett särskilt projekt ärendeprocesser, transparens och spårbarhet i politiska beslut[59] där tre rekommendationer riktades till Karolinskas styrelse (nämnd). Av styrelsens (nämndens) yttrande[60] över granskningen framgår att rekommendationerna är åtgärdade eller ska åtgärdas.

3.2.1 Reglemente och arbetsordning

En av revisionens rekommendationer gällde behovet av att revidera reglementet så att verksamhet och arbetsformer anpassas till att sjukhusets styrelse enligt kommunallagen är en nämnd. Sjukhusledningen har haft en kontinuerlig dialog med landstingsstyrelsens förvaltning för att säkerställa att reglementet för Karolinska revideras. Landstingsfullmäktige fastställde 2018-12-11--12 ett nytt reglemente för regionstyrelsen och övriga nämnder[61]. Revisionen konstaterar att Karolinska inte längre omnämns som en styrelse utan som en nämnd och att rekommendationen därmed är åtgärdad. En närmare granskning av reglementets följsamhet till kommunallagen kommer att göras under 2019.

En annan av de rekommendationer som revisionen har lämnat gäller att det i styrelsens (nämndens) styrdokument behöver anges att styrelsen (nämnden) alltid beslutar i ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. Detta eftersom sådana beslut inte kan delegeras. Rekommendationen följdes upp i delårsgranskningen 2018 då den ändrade arbetsordningen[62] granskades. I denna anges nu att en av styrelsens uppgifter är att besluta i ärenden som rör verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. Rekommendationen med avseende på detta bedömdes därför som åtgärdad.

[57] Diarienummer för både delrapport och årsrapport: RK 2018–0032.
[58] Dnr: K2017-4513
[59] Dnr: RK 2017–0045
[60] Daterat 2018-04-06, dnr: K2018-0667
[61] Dnr: LS 2018–0731
[62] Giltig från och med 2018-03-21, dnr: STAB321

Revisionen följde även i delårsgranskningen 2018 upp om arbetsordningen i övrigt följer kommunallagens regler och fullmäktiges fastställda styrdokument[63]. Revisionen rekommenderade styrelsen (nämnden) att stärka arbetsordningens följsamhet till kommunallagen eftersom ett flertal av arbetsordningens bestämmelser har sin utgångpunkt ifrån aktiebolagslagen2 snarare än kommunallagen. Ett exempel på detta är att en av styrelsens uppgifter i den uppdaterade arbetsordningen anges vara att utöva tillsyn över sjukhusdirektören. Enligt kommunallagen ska styrelsens (nämndens) kontroll omfatta sjukhuset (förvaltningen) som helhet så att styrelsen uppfyller sin huvuduppgift att kontrollera att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. Vidare åläggs sjukhusdirektören genom arbetsordningen uppgifter som innebär att denne är en del av styrelsen (nämnden), vilket en anställd inte kan vara enligt kommunallagen.

3.2.2 Ärendeprocessen

I årsgranskningen 2018 har ytterligare rekommendationer följts upp. Uppföljningen har omfattat granskning av framtagna tillämpningsanvisningar[64], ärendemall och styrelsens (nämndens) protokoll under 2018. Protokollen har granskats för att bedöma om de följer kommunallagens regler och reglementet. Se bilaga 3 för en mer detaljerad beskrivning av granskningen.

Styrelsen (nämnden) har av revisionen rekommenderats att se till att ärendeprocessen preciseras och dokumenteras så att det tydliggörs vilka ärenden som ska till styrelsen (nämnden) och hur ärendena ska hanteras i organisationen. Revisionen har även rekommenderat att sjukhusgemensamma riktlinjer utformas för hur beslutsunderlagen till styrelsen (nämnden) ska se ut och vad de ska innehålla. Med anledning av de två rekommendationerna har sjukhusledningen i november 2018 tagit fram en ärendemall.

Tillämpningsanvisning för ärendeprocessen syftar till att precisera sjukhusets process för hantering av ärenden som ska avgöras av styrelsen alternativt anmälas till styrelsen (delegationsbeslut). Där framgår att styrelsen (nämnden) alltid beslutar i ärenden som rör verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. I anvisningen beskrivs roll- och ansvarsfördelning inom tjänstemannaorganisationen för hur styrelseärenden ska beredas och kvalitetssäkras. Det finns ingen hänvisning i tillämpningsanvisningen till reglementet (som gällde under 2018)[65] som fastslog att ordförande ansvarar för att kallelse utfärdas till sammanträden. I nuvarande reglemente har ordförandes ansvar utökats. Förutom ansvaret att utfärda kallelse till sammanträden bestämmer ordförande i vilken utsträckning handlingar tillhörande ett ärende på föredragningslistan ska bifogas kallelsen. Ordföranden ska i kallelsen ange om utelämnande av handlingar har skett. Bland annat åligger det ordföranden att inför sammanträden se till att ärenden som ska behandlas i nämnden vid behov är

[63] Styrdokumenten är: reglemente för landstingsstyrelse och nämnder (dnr: LS 2017–1197), generella ägardirektiv (dnr: LS 2017–1467), specifika ägardirektiv (dnr: LS 2015–0385) och ägarpolicy och bolagsstyrningsprinciper (dnr: LS 2017–1467)
[64] Tillämpningsanvisning för ärendeprocessen (dokument nr: STAB576), Tillämpningsanvisning för beslutsunderlag till styrelsen (dokument nr: STAB5762).
[65] Dnr: LS 2017–1197

beredda. Revisionen noterar att ordförandes ansvar enligt nuvarande reglemente definieras i förslag till ny arbetsordning för styrelsen (nämnden)[66].

Tillämpningsanvisning för beslutsunderlag till styrelsen anger hur beslutsunderlaget till styrelsen (nämnden) ska se ut och vad det ska innehålla. En ärendemall, motsvarande tjänsteutlåtande/tjänsteskrivelse, har tagits fram med förutbestämda rubriker[67] under vilka handläggaren ska beskriva ärendet.

Revisionen noterar att flera ärenden och beslutsunderlag till sammanträdet 2019-02-11 har upprättats i enlighet med *Tillämpningsanvisning för beslutsunderlag till styrelsen* och ärendemallen.

Revisionen har rekommenderat styrelsen (nämnden) att se till att styrelseprotokoll utformas så att det tydligt framgår vad som beslutats och vilka uppdrag som styrelsen (nämnden) lämnat. Protokollsgranskningen, som omfattat tolv protokoll 2018, visar att förslag och yrkanden inte redovisas i protokollen. Det innebär att det inte går att utläsa av protokollen hur styrelsen (nämnden) kommit fram till sina beslut. Det gäller särskilt i ärendena där tjänsteutlåtandet inte innehåller ett förslag till beslut.

Vidare visar protokollsgranskningen att elva av tolv protokoll inte anger justeringsdatum i vare sig protokollet eller anslagsbeviset[68]. Anslagsbevisen redovisar endast att ”protokoll fört vid sammanträde i styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset 2018-xx-xx har tillkännagivits genom anslag”. I anslagsbevisen anges vilket datum som anslaget publicerades. Det innebär att det är otydligt huruvida justeringsdatum och anslagsdatum är samma datum. Kommunallagen fastslår att protokoll ska justeras senast 14 dagar efter sammanträdet. Om justeringsdatum motsvarar anslagsdatum har nio av tolv protokoll justerats efter mer än 14 dagar (mellan 16–52 dagar) efter sammanträdet. Ett protokoll har två justeringsdatum vilket medför att det är otydligt vilket datum protokollet formellt är justerat. Enligt kommunallagen och reglementet som gällde under 2018 kan ett ärende (paragraf) justeras omedelbart.[69] Enligt revisionens uppfattning innebär detta att justeringen görs i anslutning till sammanträdet. Granskningen visar att styrelsen (nämnden) beslutade att tre ärenden skulle justeras omedelbart. Det finns dock inget datum för justering angivet. Om justeringsdatum motsvarar anslagsdatum så tog det mellan 13–52 dagar att justera dessa ärenden (paragrafer)[70].

Utöver att ange vilket datum protokollet justerades ska anslagsbeviset, enligt kommunallagen, ange mellan vilka datum beslutet kan laglighetsprövas. Ett beslut kan laglighetsprövas inom 21 dagar från att anslagsbeviset tillkännagivits. Anslagsbeviset

---

[66] Dnr: K2019-1636
[67] Exempel på rubriker ärende-/diarienummer, ärenderubrik, bakgrund, förslag/information och förslag till beslut
[68] Anslagsbeviset anslås på regionens anslagstavla och tillkännager vilket protokoll som är justerat och under vilken tidsperiod beslut i protokollet kan laglighetsprövas. Anslagsbevis innehåller även uppgift om vart protokollet finns tillgängligt.
[69] Förutom 14-dagarsregelen anger kommunallagen och reglementet ingen gräns för hur lång tid som får gå mellan sammanträdet och justeringsdatum vid tillämpning av omedelbar justering.
[70] Vid omedelbar justering bildar det aktuella ärendet ett eget protokoll som justeras separat.

ska också ange var protokollet finns tillgängligt. Protokollsgranskningen visar att samtliga anslagsbevis innehåller uppgift om att de ska vara tillkännagivna i minst 21 dagar och att protokollet finns tillgängligt hos sjukhusets registratorsfunktion.

I ett protokoll redovisas att en ledamot närvarade på distans via telefon. Kommunallagen anger att fullmäktige ska besluta i vilken utsträckning ledamöter får delta i en nämnds sammanträden på distans. Varken i det tidigare reglementet eller det nuvarande reglementet slår fullmäktige fast att ledamöter från delta i styrelsens (nämndens) sammanträden på distans. Av ett annat protokoll, som inte ingår i protokollgranskningen[71], framgår att årsrapporten för 2017 fastställts med ett så kallat beslut per capsulam genom ledamöternas underskrifter. Per capsulam beslutet var ogiltigt då styrelsens (nämndens) ledamöter enligt fullmäktige inte fick delta på distans. Därigenom var styrelsen (nämnden) inte beslutsför och kunde inte fatta beslutet.

I 10 av 12 granskade protokoll redovisas inte beslut i samtliga så kallade ”beslutsärenden”[72]. Revisionen menar att i dessa ärenden kan styrelsen (nämnden) inte sägas ha fattat beslut, vilket revisionen även påpekade i sin årsrapport 2017.

Kommunallagen innehåller flera bestämmelser om personalföreträdare vid nämndmöten. Det får högst utses tre personalföreträdare som har rätt att närvara vid en nämnds behandling av ärenden som rör förhållandet mellan landstinget/regionen som arbetsgivare och dess anställda. I behandling av övriga ärenden, med undantag för t.ex. ärenden som rör beställning eller upphandling av varor och tjänster, beslutar nämnden om personalföreträdare får närvara. Personalföreträdare har enligt kommunallagen inte rätt att närvara vid beslutsfattandet, oavsett ärende. Protokollsgranskningen visar är att mellan en till tre personalföreträdare har närvarat vid styrelsens (nämndens) sammanträden. Inget av protokollen redovisar något beslut av styrelsen (nämnden) att personalföreträdare får närvara i behandlingen av ett visst ärende. Protokollen redovisar heller inte om personalföreträdare deltagit vid styrelsens (nämndens) beslut eller. lämnat sammanträdeslokalen. Revisionen noterar att personalföreträdare närvarade vid både styrelsens (nämndens) behandling och beslut i två anskaffnings-/upphandlingsärenden[73], vilka är ärenden som personalföreträdare enligt kommunallagen inte får närvara vid.

---

[71] Protokollet skiljer sig från övriga protokoll med avseende på utformning och innehåll. Protokollet har därmed inte granskats och kommenterats i likhet med de övriga protokollen. Daterat 2018-02-21, dnr: K2018-0540, K2018-0421

[72] I granskningen har revisionen delat upp ärendena i så kallade ”beslutsärenden” respektive ”formaliaärenden”. De sistnämnda avser ärenden som t.ex. mötets öppnande, kommande sammanträde och avslutning. Vanligtvis brukar nämnder inte fatta något beslut i så kallade formaliaärenden och det ingår därför inte i revisionens bedömning.

[73] Styrelsen beslutade 2018-04-06 i ärende nr 14 ”Anskaffningsbeslut” att fatta anskaffningsbeslut och därmed uppdra till förvaltningen att genomföra upphandlingsprocess och teckna ramavtal (1+1+1 år) avseende perkutana aortaklaffar till ett totalt värde av ca 168 mnkr. Vidare beslutade styrelsen 2018-05-21 i ärende nr 11 ”Anskaffningsbeslut” att fatta anskaffningsbeslut och därmed uppdra till förvaltningen att genomföra upphandlingsprocess och teckna ramavtal på totalt 4 år (2+1+1) avseende specialiserad respiratorisk slutenvård till ett totalt värde av ca 200 mnkr.

Bedömning

Revisionen menar att det är positivt att sjukhusledningen har tagit fram tillämpningsanvisningar och ärendemall i syfte att såväl dokumentera som precisera ärendeprocessen samt styra hur handläggaren ska bereda ärenden och beslutsunderlag. Revisonen menar att styrelsen (nämnden) bör ta ställning till väsentliga delar i ärendeprocessen för att definiera vilken kvalitet ärenden och beslutsunderlag behöver ha för att styrelsen (nämnden) ska kunna besluta. Revisionen noterar att de nya dokumenten ledningen tagit fram lett till förbättrade underlag i januari 2019.

Tillämpningsanvisning för ärendeprocessen beskriver att styrelsen (nämnden) alltid ska besluta i ärenden som verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet. Revisionen bedömer att tillämpningsanvisningarna följer revisionens rekommendation. Vidare menar revisionen att *Tillämpningsanvisning för beslutsunderlag till styrelsen* och ärendemallen kan utvecklas.[74] Det handlar t.ex. om att:

- ta fram anvisningar och exempel för hur förslag till beslut formuleras.
- handläggarens namn, titel och kontaktuppgifter redovisas i ärendemallen.
- namn och titel på vem eller vilka som ska underteckna ärendemallen redovisas.
- tydliggöra under vilken rubrik[75] i ärendemallen som handläggaren på ett kortfattat sätt ska redovisa vad ärendet i stora drag handlar om och varför det initierats.
- komplettera ärendemallen med en rubrik för redovisning av beslutsunderlag och rubrik t.ex. expedieras till, under vilken handläggaren redogör mottagarna av beslutet.

Om revisionens förslag följs kan ärendemallen beredas på ett sådant sätt att beskrivningar av ärendet kan överföras till protokollet. Detta förutsätter dock att protokollsmallen i aktuella delar överensstämmer med ärendemallen.

Sammanfattningsvis bedömer revisionen att rekommendationerna avseende dokumentering och precisering av ärendeprocessen och riktlinjer för utformning av beslutsunderlagen till styrelsen (nämnden) delvis har åtgärdats. Revisionen kommer att följa upp tillämpningen under 2019.

Revisionen bedömer efter genomförd granskning att styrelsens (nämndens) protokoll i vissa avseenden inte följer kommunallagens bestämmelser. Styrelsen (nämnden) behöver redovisa hur förslag och yrkanden lagts fram på sammanträdet, så att det går att utläsa hur styrelsen (nämnden) kommit fram till sitt beslut och protokollen ska redovisa styrelsens (nämndens) beslut. Bedömningen är därför att styrelsen (nämnden) ännu inte åtgärdat rekommendationen att protokollen utformas så att det tydligt framgår vad som beslutats och vilka uppdrag som styrelsen (nämnden) lämnat. Ett exempel är de brister som revisionen funnit i granskningen av hur nämnden hanterat det ekonomiska underskottet. Se avsnitt 3.1 Ekonomistyrning.

[74] En närmare beskrivning lämnas i bilaga 4.
[75] Ärendemallens två rubriker är ”bakgrund” och ”förslag/information”.

När det gäller justering och tillkännagivande av protokollen är bedömningen att rutiner och arbetssätt behöver stärkas. Protokollet oceller anlagsbeviset behöver innehålla ett justeringsdatum, som sedan anslagsdatum och datum för nedtagande av anslagsbeviset utgår ifrån. Risken är annars att protokoll och beslut inte tillkännages på ett korrekt sätt med följden att beslutet kan upphävas på grund av att det inte har tillkommit i laga ordning.

När det gäller personalföreträdarna bör styrelsen (nämnden) säkerställa att personalföreträdare endast närvarar där det är möjligt i enlighet med kommunallagen.

Rekommendationer:

- Styrelsen (nämnden) bör ta ställning till väsentliga delar i ärendeprocessen för att definiera vilken kvalitet ärenden och beslutsunderlag behöver ha för att styrelsen (nämnden) ska kunna besluta.

- Styrelsen (nämnden) bör se till att styrelseprotokoll utformas så att det tydligt framgår vad som beslutats och vilka uppdrag som styrelsen (nämnden) lämnat. I protokollen bör styrelsen (nämnden) också redovisa hur den har kommit fram till sitt beslut (förslag och yrkanden som lagts som fram.).

- Styrelsen (nämnden) bör se till att det i protokollet/ och eller anslagsbevis innehåller ett justeringsdatum, som sedan anslagsdatum och datum för nedtagande av anslagsbeviset utgår ifrån.

- Styrelsen (nämnden) bör säkerställa att personalföreträdare endast närvarar i enlighet med kommunallagen.

3.3 Upphandlingar över direktupphandlingsgränsen

I årsrapporten för 2017 konstaterade revisionen att Karolinska genomfört omfattande upphandlingar över gränsen för direktupphandling och att det för de granskade upphandlingarna med det ekonomiskt största värdet (5 st) helt saknades den dokumentation av skäl till direktupphandlingar som krävs enligt LOU[76]. Revisionen har därför under 2018 gjort en utökad granskning av upphandlingar där sjukhuset inte har gjort en formell upphandling eller åberopat undantag från LOU.

Granskning har gjorts genom stickprov på transaktioner över direktupphandlingsgränsen[77] från oktober 2017 till maj 2018 på konton avseende främst inhyrd personal samt köp av konsult- och IT-tjänster. Leverantörer som landstinget centralt har tecknat ramavtal med har exkluderats. Fem av de 34 granskade transaktionerna (på sammanlagt knappt 13 mnkr) avser avrop från ett och samma ramavtal som utreds av Konkurrensverket. Revisionen har inte granskat dessa transaktioner i avvaktan på resultatet från denna utredning.

[76] Lag om offentlig upphandling (2016:1145)
[77] Gränsen för när en direktupphandling får genomföras på grund av lågt värde (f.n. 586 907 kr).

3.3.1 Bemannings- och konsulttjänster

I granskningen av bemannings- och konsulttjänster[78] (11 transaktioner) har framkommit att Karolinskas Bemanningscenter (BMC) inte tillfrågats för stöd i upphandlingarna av dessa tjänster. Detta trots att de granskade transaktionerna som avser beställningar av externa resurser enligt sjukhusets interna rutiner skulle ha gått via BMC.

Avrop har inte heller skett från det centrala ramavtalet som SLL tecknat avseende bemanningstjänster för hälso- och sjukvård 2016[79]. Skälet uppges vara att de tio företag som ramavtalet tecknats med inte varit beredda att leverera aktuella tjänster till de villkor som överenskommits i avtalet. Enligt uppgift från Karolinska är avtalen inte tvingande för leverantörerna. Karolinska har i stället tillfrågat företag direkt om bemanningstjänster utan att det har genomförts en konkurrensutsättning, vilket inneburit betydligt högre priser än de i ramavtalet. Granskningen har visat att upphandlingen av bemanningstjänster (två transaktioner) har skett från ett och samma företag där Karolinska direktupphandlat bemanningstjänster för drygt 50 mnkr på tre år utan att ha använt sig av det centrala avtalet för sådana tjänster eller upphandlat företaget i konkurrens enligt LOU.

Det finns även andra inköp (16 transaktioner) som enligt sjukhusets interna rutiner borde ha upphandlats av Karolinskas inköpsavdelning. Ett flertal av dessa har istället direktupphandlats i verksamheten. Det gäller t.ex. en direktupphandling som avser konsultarvoden IT-tjänster[80] (2 258 946 kr) och en som avser konsultarvoden övriga[81] (9 541 037 kr) som båda ligger betydligt över direktupphandlingsgränsen.

3.3.2 Tjänster för befintliga laboratoriedatasystem

Av de 34 granskade transaktionerna har sju hanterats av Karolinskas universitetslaboratorium (KUL), varav 6 avser leverantörer av tjänster för laboratoriedatasystemen. För en av dessa transaktioner uppges att upphandling i konkurrens gjordes 2009. För tre olika transaktioner är det oklart om levererade system har upphandlats i konkurrens. Systemen har använts inom laboratorieverksamheten sedan 1990-talet. KUL:s kostnader till dessa tre företag uppgår för åren 2016, 2017 och 2018 till drygt 38 mnkr. Anledningen till att ingen förnyad upphandling har gjorts uppges vara att denna typ av produkter normalt inte regelmässigt och återkommande har upphandlats eftersom detta skulle medföra oproportionerligt stora ingrepp och potentiella risker i verksamheten.

Enligt KUL pågår en genomlysning av samtliga laboratoriedatasystem för att undersöka möjligheterna att ersätta dessa med ett gemensamt system eller i vart fall kunna reducera antalet system. I det fall en marknadsanalys visar att det bara finns en tänkbar leverantör inom området så finns det regler i LOU som föreskriver ett förfarande om hur en sådan upphandling ska genomföras. Ett förhandlat förfarande utan föregående annonsering (s.k. direktivstyrd direktupphandling) får användas om det som

[78] Transaktioner på konto 7552 Inhyrd personal sjuksköterskor, 7553 Inhyrd personalläkare och 7554 Inhyrd personal övriga verksamhetsanknutna tjänster
[79] Objektnummer SLL1912, dnr LS 2016-0666
[80] Konto 7542 Konsultarvoden IT-tjänster
[81] Konto 7569 Konsultarvoden övriga

ska upphandlas endast kan tillhandahållas av en viss leverantör på grund av t.ex. tekniska skäl. Ett sådant undantag tar sikte på just sådana situationer där det bara finns en möjlig leverantör av det som ska anskaffas. För att förfarandet ska vara tillåtet måste det vara uteslutet att någon annan leverantör än den man vänder sig till kan uppfylla myndighetens behov.

3.3.3 Dokumentation av synnerliga skäl

Revisionen konstaterar att det i lagstiftningen finns ett litet utrymme att göra undantag från LOU:s annars grundläggande krav på annonsering och öppen konkurrens vid direktupphandling över direktupphandlingsgränsen (synnerliga skäl). I granskningen har revisionen noterat flera avsteg från annonserings- och konkurrenskravet i LOU. Avstegen uppgår till stora belopp och avser tjänster som Karolinska regelmässigt har stort behov av. Den som åberopar ett undantag från huvudregeln i LOU om att annonsera och konkurrensutsätta ett inköp över gränsen för direktupphandling, t.ex. genom en direktupphandling på grund av synnerliga skäl, har bevisbörda för att förutsättning för undantag föreligger.

Vidare ska genomförandet av en upphandling dokumenteras. Detta krav gäller även för direktupphandlingar. Dokumentationen ska vara tillräcklig för att motivera beslut under upphandlingens samtliga skeden[82] Av detta följer att de skäl som åberopas för att genomföra en direktupphandling på grund av synnerliga skäl ska dokumenteras. Granskningen har visat att dokumentation, t.ex. i form av en tjänsteanteckning med de synnerliga skäl som åberopats för att göra undantag, inte tas fram regelmässigt. De skäl som åberopats av sjukhuset för att tillämpa direktupphandling på grund av synnerliga skäl har i de flesta av de ovan beskrivna fallen i efterhand dokumenterats i mejl till revisionen efter förfrågan. I något fall har en ansökan om dispens funnits med skäl som dokumenterats vid upphandlingstillfället.

Revisionen har i tidigare granskningar uppmärksammat ett generellt problem inom landstinget med otillåtna direktupphandlingar. Lagstiftarens val av begreppet synnerliga skäl och inte särskilda skäl visar att avsikten är att utrymmet att göra en direktupphandling över gränser ska vara litet.

3.3.4 Andra granskningar och prövningar av direktupphandlingar

Setterwalls advokatbyrå fick under 2017 i uppdrag av landstingsstyrelsen[83] att genomföra en utredning av de inköp av konsulttjänster inom strategi- och managementområdet som genomförts av Karolinska under tidsperioden 2011-2017. Även i denna granskning[84] gjordes iakttagelser av två, som Setterwalls uttrycker det, ”sannolikt otillåtna direktupphandlingar” vars sammanlagda värde uppgick till ca sex miljoner kr.

---

[82] LOU 12 kap. 14 §
[83] §35 Utredning om jäv (LS 2018-0251), sammanträdesprotokoll 2018-02-13.
[84] Slutrapport: Rapport – särskild utredning, Inköp av strategi- och managementkonsulttjänster för Karolinska Universitetssjukhuset och projektet Nya Karolinska Solna, sid 9, avsnitt 4.3 och 6.2.

Svårigheten att bemanna sjukhusen är ett nationellt problem. Konkurrensverket har vänt sig till domstol och yrkar på upphandlingsskadeavgift[85] för fyra norrlandslandsting av den anledningen att de har gjort otillåtna direktupphandlingar av bemanningstjänster.

Bedömning

Revisionens granskning av Karolinskas upphandlingar har inte haft för avsikt att pröva om det funnits lagliga skäl att göra avsteg från LOU utan är mer översiktlig än den som en domstol gör vid en överprövning. Revisionen bedömer dock att risken är stor att flera fall skulle kunna bedömas som otillåtna direktupphandlingar vid en domstolsprövning. Särskilt eftersom direktupphandlingarna av t.ex. bemanningspersonal har genomförts under en längre tid utan att konkreta åtgärder har vidtagits för att uppnå en situation där sjukhuset kan dra nytta av konkurrensen. Revisionen bedömer att Karolinskas underlåtenhet att konkurrensutsätta upphandlingar till så höga värden, som exempelvis i ett av de granskade fallen där bemanningstjänster köpts från ett företag för sammanlagt 50 mnkr över tre år, är ett sådant exempel.

Revisionen bedömer även att risk finns att ett avtal ogiltigförklaras och att upphandlingsskadeavgift kan komma att utdömas i de fall avtal tecknats efter en upphandling där ett undantag i LOU tillämpas utan giltiga skäl (otillåten direktupphandling). De skäl som åberopas av exempelvis KUL som skäl till att inte ha genomfört någon upphandling av laboratoriedatasystemen sedan 90-talet kan enligt revisionens uppfattning inte utgöra grund för att inte genomföra någon upphandling.

Revisionen bedömer att Karolinska behöver se över inköpssituationen för bemanningstjänster inom hälso- och sjukvården och verka för att sjukhusets behov på kort och lång sikt kan tillgodoses på ett mer effektivt sätt än dagens situation och att behoven konkurrensutsätts enligt upphandlingslagstiftningen. Karolinska bör även säkerställa att behovet av laboratoriedatasystem genomlyses i syfte att systemen ska kunna upphandlas i konkurrens enligt upphandlingslagstiftningen. Karolinska bör säkerställa att dokumentationen av genomförandet av upphandlingar sker i enlighet med krav i lagstiftningen. Om en direktupphandling genomförs på grund av synnerliga skäl ska dessa skäl tydligt anges i dokumentationen. Karolinska bör vidare säkerställa att interna rutiner som pekar ut ansvarig funktion inom sjukhuset (t.ex. inköpsavdelningen eller BMC) för genomförandet av en upphandling följs.

Revisionen rekommenderade styrelsen för Karolinska i 2017 års granskning att säkerställa att undantag från konkurrensutnyttjande sker restriktivt i enlighet med upphandlingslagstiftningen. Likaså att rutiner och arbetssätt beträffande dokumentation av upphandlingar skulle ses över i syfte att säkerställa att krav i lagstiftning och interna rutiner följs. Revisionen rekommenderade även styrelsen att säkerställa att det vid upphandlingar av betydande värden utformas en upphandlingsstrategi i enlighet med upphandlingspolicyn. Revisionen bedömer att samtliga rekommendationer kvarstår.

[85] Konkurrensverket 2018-12-03 Dnr 651/2018

Rekommendation:

- Ledningen för Karolinska bör säkerställa att interna rutiner som pekar ut ansvarig funktion inom sjukhuset (t.ex. inköpsavdelningen eller BMC) för genomförandet av en upphandling följs.

3.4 Konsultkostnader

Revisionen har sedan 2013 återkommande genomfört granskningar av Karolinskas interna kontroll av konsultkostnader. Den granskning som genomfördes 2017 visade att det fortfarande var stora problem. Det handlade om att regelverk och rutiner, inklusive inbyggda kontroller, inom området antingen inte var tillräckliga eller att system och stöd saknades, för att säkerställa en tillräcklig intern styrning och kontroll. Revision har under 2018 gjort en uppföljande granskning av den interna kontrollen avseende kostnader för konsulttjänster som redovisas nedan.

Även den granskning som internrevisionen på Karolinska genomförde 2017 visade på omfattande brister.[86] Med anledning av de problem som framkom under våren 2018 har Karolinska beslutat om ett åtgärdsprogram. Landstingsstyrelsen beslutade samtidigt att genomföra en extern granskning av Karolinska och skärpa kontrollen av regelefterlevnaden i landstinget. Nedan redovisas inledningsvis dessa åtgärder.

3.4.1 Karolinskas åtgärder

Karolinskas konsultkostnader 2018 uppgår till 278 mnkr, vilket är 120 mnkr lägre än 2017. Kostnaderna för den leverantör som anlitats mest uppgår till 73 mnkr (2017 var motsvarande belopp 98 mnkr). De tre därefter största leverantörerna har engagerats för belopp mellan 31 och 40 mnkr (2017 mellan 40 och 56 mnkr).

Karolinska antog den 6 februari 2018 ett åtgärdsprogram i syfte att komma till rätta med de brister som framkom i internrevisorns granskning. Det handlade bl.a. om att inrätta en tjänst som compliance officer som ett stöd till ledningen i arbetet för en ökad regelefterlevnad. Vidare ingick i åtgärdsprogrammet att revidera rutinen för upphandling av externa konsulter, att revidera delegationsordningen och att säkerställa att chefer och medarbetare har kunskap om vad det innebär att arbeta i offentlig förvaltning.[87] Enligt Karolinska hade samtliga åtgärder implementerats i april.[88]

En intern rapport från oktober 2018 avseende den uppdaterade rutinen för upphandling av externa konsulter visar dock att vissa moment återstod, bl.a. utbildningar av inköpare för att säkerställa korrekt kontering, att koppla behörigheter i inköpssystemet och fakturaportalen till delegationsordningen samt skapa bättre spårbarhet från avtal till betalning i inköpssystemet.[89] En orsak till att genomförandet dragit ut på

[86] Översyn över processen för inköp av externa konsulter, internrevisionen, Karolinska universitetssjukhuset, dnr K2017-5710, 2018-01-31.
[87] Pkt. 9. Översyn av processen för inköp av externa konsulter. Rapportering och åtgärder, nämndprotokoll 2018-02-06, Karolinska universitetssjukhuset, dnr K2018-0412.
[88] Intern kontroll - Återrapportering av åtgärdsprogram kopplat till externa konsulter, rapport, pkt 12, nämndprotokoll 2018-11-01, dnr K2018-6563.
[89] Åtgärder P2P, arbetsmaterial ppt, överlämnat till revisionen efter möte med redovisningschefen, Karolinska universitetssjukhuset, 2018-09-26.

tiden är enligt Karolinska att förändringar i inköpssystemet kräver godkännande från regionstyrelsen. Karolinska anger att man väntar på ett besked från regionstyrelsen att få starta upp ett projekt för att sammanlänka olika beställningssystem på sjukhuset med inköpssystemet.

3.4.2 Landstingsstyrelsens åtgärder

Landstingsstyrelsen fattade i februari 2018 en rad beslut med anledning av de problem som framkommit i rapporten från Karolinskas internrevisor. Besluten handlade dels om att genomföra en extern granskning av Karolinskas hantering av inköp av konsulttjänster, dels om att skärpa kontrollen av regelefterlevnaden inom landstinget och att stärka styrningen av Karolinska.[90]

Uppdraget att göra en extern granskning gavs till Setterwalls advokatbyrå. I deras uppdrag ingick även att utreda jäv och personkopplingar samt om det fanns anledning att misstänka korruption. Utredningen fann att inga sådana oegentligheter hade begåtts inom Karolinska, men att överträdelserna av det upphandlingsrättsliga regelverket hade varit omfattande. Utredningen noterade också att samtliga åtgärder i Karolinskas åtgärdsprogram hade implementerats. Setterwalls advokatbyrå menade att Karolinskas åtgärdsprogram visserligen var ändamålsenligt, men att det inte var tillräckligt. Setterwalls rekommenderade Karolinska att vidta ytterligare åtgärder.

Rekommendationerna från Setterwalls handla om att Karolinska tillsammans med landstingsstyrelsens förvaltning borde initiera en diskussion om hur upphandling av konsulttjänster till komplexa projekt ska ske i framtiden och att chefsutbildningar inom offentlig upphandling ska stärkas. Därutöver framkom att Karolinska borde se till att avropsavtal innehåller formuleringar som innebär att avropsavtal inte kan förlängas om inte underliggande ramavtal samtidigt förlängs.[91] En utredning som genomförts på landstingsdirektörens uppdrag visade vidare att inga omständigheter hade framkommit när det gäller felaktigheterna i inköp av konsulttjänster som gav grund för att häva avtalet eller vidta andra sanktioner som att rikta skadeståndskrav gentemot leverantörerna.[92]

I april 2018 beslutade landstingsstyrelsens även om en stärkt uppföljning av Karolinskas åtgärder för att förbättra hanteringen av användande av externa konsulter.[93] Beslutet innebar att Karolinska skulle följa upp och rapportera månadsvis till landstingsstyrelsen tills åtgärderna var genomförda. Enligt beslutet skulle en utvärdering genomföras efter december 2018 om vilka effekter som de genomförda åtgärderna

[90] §35 Utredning om jäv (LS 2018-0251), sammanträdesprotokoll 2018-02-13 samt §63 Åtgärder för Karolinska universitetssjukhuset (LS 2018-0242) sammanträdesprotokoll 2018-02-20, landstingsstyrelsen, LS 2018-0078.
[91] RAPPORT- SÄRSKILD UTREDNING - Inköp av strategi- och managementkonsulttjänster för Karolinska Universitetssjukhuset och projektet Nya Karolinska Solna, Setterwalls advokatbyrå, 2018-11-22.
[92] Slutrapportering av Stockholms läns landstings åtgärder med anledning av revisionsrapport gällande inköp av externa konsulttjänster vid Karolinska universitetssjukhuset, tjänsteutlåtande, landstingsstyrelsen, LS 2018-0242, 2018-11-21.
[93] Stärkt uppföljning av Karolinska universitetssjukhuset, verkställighetsbeslut (LS 2018-0078, 2018-02-20), K-LDR8245, 2018-04-06.

har haft. Karolinska skulle ha rapporterat enligt denna punkt i samband med årsbokslutet för 2018, men ingen rapport inkom till landstingsstyrelsen.

Setterwalls rapport föredrogs för Karolinska vid nämndens möte den 13 december. Nämnden beslutade i samband med detta att en skriftlig återrapportering som sammanfattar vidtagna åtgärder skulle ske när det gäller de brister som framkommit i Karolinskas hantering av inköp av konsulter.[94] Inget datum specificerades i beslutet, men enligt nämndens s.k. logglista ska rapporteringen ske under första kvartalet 2019.[95] Enligt Karolinska är det samma rapportering som enligt ovan skulle ha skett till landstingsstyrelsen i samband med årsbokslutet.

3.4.3 Uppföljande granskning av intern kontroll av kostnader för konsulttjänster

Revisionen har genomfört en uppföljande granskning av om Karolinska har tillräcklig intern styrning och kontroll av kostnader för konsulttjänster. Granskningen har genomförts genom intervjuer, dokumentstudier och stickprovsgranskning. Syftet har varit att verifiera att fakturorna godkänts och attesterats på ett korrekt sätt samt att konsulttjänsterna omfattas av ett giltigt ramavtal eller är upphandlade av sjukhuset enligt riktlinjer för upphandling. Därutöver har en kontroll skett av om fakturorna inklusive underlag är upprättade i enlighet med avtal. Stickprovet omfattar 91 fakturor som bokförts mellan den 1 januari och den 30 november 2018.

De tidigare årens granskningar har visat att regelverk och rutiner för kontroll och uppföljning av konsultkostnader inte efterlevdes. Revisionen har bedömt att ett starkare systemstöd behövs för att nå en effektiv avtalsuppföljning inom inköps och upphandlingsområdet. Som framgått ovan är ett systemstöd ännu inte på plats. Sjukhuset genomför istället omfattande kontroller i efterhand. I augusti 2018 gjorde Karolinska en kontroll av 442 konsultfakturor som hade bokförts sedan årsskiftet där avrop skett från regiongemensamma ramavtal för strategi- och managementjänster samt för IT-konsulter[96]. Denna kontroll resulterade i att 260 fakturor behövde kompletteras med information.

Förutom denna efterkontroll ska fakturor på dessa avtal sedan den 8 januari 2018, enligt sjukhusets stärkta rutiner, attesteras av sjukhusdirektören[97]. Den granskning som revisionen har genomfört har visat att sjukhusdirektören i flera fall inte attesterat fakturor som avsett inköp under de aktuella avtalen. Detta gäller även om beställningar som gjorts före den 8 januari exkluderas, där Karolinska menar att det kan ha varit oklart hur reglerna skulle tillämpas på dessa fakturor.

Den uppföljande granskningen har liksom tidigare år även visat att Karolinska fortfarande inte kan säkerställa kopplingen mellan tjänsterna i avtalsdatabasen och inköpssystemet. För ca en tredjedel av fakturorna i stickprovet saknades det ett

[94] Pkt. 7. Setterwalls rapport, nämndprotokoll 2018-12-13, Karolinska universitetssjukhuset, dnr K2018-7545.
[95] Pkt 5 Logglista, agenda inför nämndsammanträde, Karolinska universitetssjukhuset, 2019-02-11, dnr K2019-1163.
[96] SLL1654, SLL1670
[97] Översyn över processen för inköp av externa konsulter, internrevisionen, Karolinska universitetssjukhuset, dnr K2017-5710, 2018-01-31, s. 3.

avtalsnummer eller ett beställningsnummer, vilket innebär att kontroll av fakturan mot gällande avtal försvåras. För ca en fjärdedel av de 91 fakturorna i stickprovet har revisionen inte erhållit underliggande avtal och därför inte kunnat verifiera inköpet mot avtal.

Karolinska har under 2018 infört en kontroll månadsvis för att säkerställa korrekt kontering av konsultkostnader överstigande 100 000 kronor. Revisionens granskning har dock visat att samma leverantör med återkommande konsulttjänster i några fall bokförts på olika kostnadskonton för olika månader.

Bedömning

I årsrapporten för 2017 lämnade revisionen en förnyad rekommendation till Karolinskas styrelse att skyndsamt säkerställa att regelverk och rutiner för kontroll och uppföljning av konsultkostnader och inhyrd personal förstärks och efterlevs i alla led inte minst med oberoende kontroller av fakturerade konsultkostnader. Den interna kontrollen av kostnader för konsulttjänster bedömde revisonen 2017 som otillräcklig. En uppföljande granskning visar att sjukhuset har infört förstärkta rutiner, men att avvikelser fortfarande förekommer. Revisionen bedömer att sjukhusets interna styrning och kontroll av kostnader för konsulttjänster inte är helt tillräcklig.

3.5 Uppföljning av internkontrollplanen

Karolinska genomför årligen en sjukhusövergripande riskanalys som resulterar i en av styrelsen beslutad internkontrollplan. Internkontrollplanen innehåller en prioritering av risker med fastställda åtgärder för att hantera riskerna. För varje risk utses en riskägare. Uppföljning av om de åtgärder som har genomförts har lett till minskade risker görs genom en s.k. ”självskattning” av respektive riskägare. Internrevisionen svarar för sammanställning och lägesbedömning.

Flera av de allvarligaste riskerna i internkontrollplanen är återkommande som t.ex. svårigheter med kompetensförsörjning, problem med att upprätthålla tillräcklig vårdkapacitet samt ekonomisk balans. Områden som risk för oegentligheter, redovisningsrisker, risk för förtroendeskada och omvärldsrisker ingick inte i den sjukhusövergripande riskanalysen 2018. Detta gällde även 2016 och 2017. Revisionen har särskilt granskat Karolinskas förebyggande arbete mot oegentligheter. I denna granskning riktar revisionen bl.a. kritik mot hur Karolinska hanterar risk för oegentligheter. Se vidare avsnitt 3.8 Förebyggande arbete mot oegentligheter.

I årsrapporten för 2017 lämnade revisionen en rekommendation till Karolinska om att kontrollmomenten i den interna kontrollplanen borde göras mätbara. I delårsrapporten 2018 fann revisionen att det i uppföljningen av internkontrollplanen i vissa fall var svårt att urskilja beskrivningar av genomförda åtgärder från värderingen av hur åtgärderna faktiskt påverkat risken. Revisionen menar att detta problem kvarstår.

Ett exempel är riskområdet kompetensförsörjning (risk nr 2) där läget sedan september enligt Karolinskas bedömning har gått från att vara ”gult” till ”rött”. På ett övergripande plan kan bedömningen vara enkel att förstå om man känner till att

kompetensförsörjningsproblemen inom akut- och slutenvård har förvärrats. Denna information finns även i Karolinskas årsrapport. Samtidigt handlar kontrollpunkten i internkontrollplanen för denna risk om huruvida projekt inom HR-området använder en korrekt projektmodell. Av rapporteringen i kommentarsfältet framgår att projekten inom HR-området i stort fortskrider enligt plan. Kopplingen mellan kontrollmoment och bedömning blir därmed svår att förstå.

Bedömning

Revisionen bedömer att nämndens förutsättningar att följa hur riskerna i verksamheten utvecklas och har förbättrats i och med att internkontrollplanen uppdateras regelbundet. Men revisionen konstaterar att den kritik som revisionen tidigare lämnat när det gäller internkontrollplanens utformning fortfarande är giltig.

3.6 Intern kontroll vid hantering av lönetillägg

Revisonen har tidigare noterat att antalet lönetillägg ökat inom Karolinska de senaste åren. Revisionen har därför granskat om den interna kontrollen vid hantering av lönetillägg är tillräcklig.

Granskning har avgränsats till lönetillägg som kräver särskilda beslut, dvs. inte ersättningar som följer av ordinarie tjänst, t.ex. för obekväm arbetstid eller jour. Granskningen har genomförts genom intervjuer, dokumentgranskning samt genom registeranalys. Ett urval har gjorts som motsvarar ca 2,5 procent av alla lönetillägg, både räknat i andel individer och antal lönetillägg. Bedömningsgrunden utgörs av tillämpliga lagar så som arbetstidslagen, semesterlag, kollektivavtal, kommunallagen 6 kap 6 § (internkontroll) etc. Interna riktlinjer, regler och anvisningar utgör också underlag till bedömning.

Registeranalysen visar att lönetillägg är vanligt förekommande när det gäller specialistsjuksköterskor och verksamhetschefer. Lönetillägg avser ofta utökat uppdrag eller ansvarsområde, tillägg enligt kollektivavtal för blandad dag- och nattjänstgöring eller omställning efter tidigare chefsuppdrag. Vissa lönetillägg utbetalas engångsvis och då rör det sig om i huvudsak kvarstannandebonus eller semesterbonus. Det finns fastställda riktlinjer för hantering av lönetillägg. På intranätet finns information om den administrativa hanteringen av lönebeslut. Där framkommer att det är en särskild blankett som ska användas. Denna infördes i februari 2018. På blanketten ska det finnas en motivering till lönetillägget. Riktlinjerna saknar dock kriterier för när lönetillägg kan användas. Av arbets- och delegationsordningen framgår vem som är behörig att fatta beslut om lönetillägg.

Riktlinjer och rutiner kommuniceras i huvudsak genom information på intranätet. I förekommande fall skickas även information via ledningsmejl till alla chefer. Exempel på detta var när blanketten för lönetillägg introducerades i februari 2018.

Inom den centrala HR-staben görs en kontroll av att blanketten är signerad av rätt person enligt arbets- och delegationsordningen. Utöver detta har revisionen inte fått information om att några ytterligare kontroller eller uppföljningar görs när det gäller lönetilläggen. genomförs kopplat till granskningsområdet. Sådana kontroller skulle

exempelvis kunna handla om att motivering finns, att lönetillägg som avviker från vad som är vedertaget granskas särskilt, etc.

Samtliga beslut i stickprovet, förutom ett, har undertecknats. Däremot har det, inom ramen för denna granskning, inte varit möjligt att verifiera att den som undertecknat är behörig. Detta eftersom det i flera fall saknas namnförtydligande och därmed har avstämning mot aktuell chefsförteckning inte varit möjlig. Det finns även ett antal beslut som undertecknats av personer som inte finns med på erhållen chefsförteckning.

Bedömning

Revisionen bedömer att Karolinska delvis har säkerställt att den interna kontrollen är tillräcklig vid hantering av lönetillägg. Det finns riktlinjer, men dessa saknar kriterier för när lönetillägg kan användas. Utifrån genomfört stickprov gör revisionen bedömningen att det i stort sett finns en efterlevnad till fastställda riktlinjer och rutiner. De brister som noterats är i huvudsak kopplade till brister i spårbarhet. Det handlar om oklarheter i fråga om betalningar som inte går att verifiera mot beslut, att beslut har fattats av behörig chef och att saknas motivering till beslut.

Rekommendationer:

- Ledningen bör ta fram kriterier för när lönetillägg kan användas.
- Ledningen bör säkerställa möjligheten till kontroll och öka spårbarheten genom att se till att namnförtydligande alltid finns när beslut om lönetillägg undertecknas.
- Ledningen bör regelbundet genomföra uppföljande efterkontroller i syfte att säkerställa en tillräcklig intern kontroll.

3.7 Grundläggande arbetet med informationssäkerhet

I ett särskilt projekt[98] har revisionen granskat hur Karolinska säkerställer att det finns ett grundläggande systematiskt informationssäkerhetsarbete som omfattar verksamheternas lägsta operativa nivå: Utgångspunkten har varit landstingets, mål, policy och riktlinjer för informationssäkerhet 2018.

Revisionen har vid flera tidigare tillfällen granskat landstingets centrala arbete med informationssäkerhet och ledningssystemet för informationssäkerhet. Enligt fullmäktiges policy och riktlinjer för informationssäkerhet[99] ska ett systematiskt säkerhetsarbete bedrivas i syfte att skydda regionens information. Varje nämnd och styrelse har ansvar för informationssäkerheten inom sitt verksamhetsområde. Det är viktigt att även vårdens medarbetare på Karolinska är involverade i arbetet med ett systematiskt informationssäkerhetsarbete.

[98] Landstingsrevisorerna, Projektrapport 8/2018 Grundläggande arbetet med informationssäkerhet. Yttrande över rapporten ska lämnas senast 2019-04-30.
[99] Policy och riktlinjer för informationssäkerhet (LS 1112–1733).

Revisionen har granskat om informationssäkerhetsarbetet på Karolinska universitetssjukhuset är implementerat i sådan grad att verksamheternas lägsta operativa nivå har ett grundläggande systematiskt informationssäkerhetsarbete på plats. Granskningen har visat att arbetet har implementerats i olika grad och att kvaliteten därför varierar mellan sjukhusets olika verksamheter.

De flesta av verksamheterna på Karolinska har påbörjat ett grundläggande systematiskt informationssäkerhetsarbete i Compliance-processen[100]. Det finns ett systematiskt arbete med riskanalyser, handlingsplaner och klassificering av information vid flera verksamheter, men inte i andra verksamheter. Det finns en mängd olika rutiner och system som enligt revisionen gör det extra angeläget att komma igång med riskanalysarbetet för samtliga verksamheter. De flesta verksamheterna har ändock påbörjat sitt informationssäkerhetsarbete i Compliance-processen. Skillnaderna i hur långt man kommit går i flera fall att koppla dels till olika erfarenhet av att hantera känslig information i verksamheten, dels till hur mycket av informationen som är känslig. Karolinska har också påbörjat ett arbete med att leva upp till kraven i dataskyddsförordningen (GDPR). Arbetet har bedrivits parallellt med informationssäkerhetsarbetet i Compliance-processen.

Det finns en grundläggande e-utbildning (DISA) i informationssäkerhet som är obligatorisk för alla i landstinget/regionen. En generell iakttagelse är att det finns svårigheter att motivera de som varit anställda en längre tid att genomgå utbildningen. Nyanställda genomför utbildningen som en del i sin introduktion. Det är viktigt att samtliga anställda har en grundläggande kunskap om informationssäkerhet och att den generella riskmedvetenheten hos medarbetarna kontinuerligt upprätthålls. Karolinska universitetssjukhuset bör därför säkerställa att samtliga anställda genomgår e-utbildningen i informationssäkerhet.

Revisionen bedömer att ett arbete med informationssäkerhet i enlighet med Compliance-process har påbörjats för de flesta verksamheterna. Revisionens menar att det i nuläget saknas ett grundläggande systematiskt informationssäkerhetsarbete som omfattar medarbetarna på Karolinska. Revisionen rekommenderar därför styrelsen för Karolinska att säkerställa att det grundläggande systematiska informationssäkerhetsarbetet omfattar samtliga verksamheter på alla nivåer.

3.8 Förebyggande arbete mot oegentligheter

Revisionen har granskat om Karolinska har en intern kontroll som säkerställer att oegentligheter i verksamheten förebyggs, upptäcks och åtgärdas. I granskningen har representanter på ledningsnivå intervjuats och en översiktlig genomgång har gjorts av styrdokument avseende beredskap att förebygga oegentligheter. Granskningen har inte syftat till att bedöma om riktlinjer och rutiner efterlevs i organisationen eller att upptäcka eventuell förekomst av oegentligheter. Ingen bedömning har heller gjorts av ändamålsenligheten i dokumentens utformning eller innehåll.

[100] Regionens process för styrning och arbete med systematiskt informationssäkerhetsarbete

Granskningen baseras på COSO-modellens[101] fem delmoment; kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt uppföljning och utvärdering.

3.8.1 Kontrollmiljö

Kontrollmiljön är den uppsättning av etiska normer, grundläggande strukturer och ansvarsfördelning som utgör basen i ett systematiskt och effektivt förebyggande arbete. Av särskild vikt är att ledningen anger ”tonen” i organisationen vad gäller betydelsen av det förebyggande arbetet inklusive den förväntade uppförandenormen, att det organisatoriska ansvaret för det förebyggande arbetet tydliggörs samt tillräckliga resurser tilldelas det förebyggande arbetet.

Granskningen har visat att det finns en medvetenhet om risken för förekomsten av oegentligheter på ledningsnivå. Det framkommer att oegentligheter i huvudsak behandlas på förekommen anledning och förhållningssättet beskrivs i flera intervjuer som mer reaktivt än proaktivt. Ledningen upplever att de har en målbild för det förebyggande arbetet avseende oegentligheter men att de saknar en övergripande plan och dokumenterade strategier för att motverka, upptäcka och förhindra oegentligheter i verksamheten.

Ledningen har vidtagit ett antal åtgärder för att förbättra det förebyggande arbetet, till exempel nämns övergången från analog till digital hantering av anmälan och bedömning av bisyssla samt beslutet att inrätta funktionen Compliance Officer. Mot bakgrund av att compliance-funktionen endast har varit verksam under sista kvartalet 2018 och att det inte finns någon instruktion eller beskrivning eller plan för compliance-arbetet så är det för närvarande svårt att utvärdera effekten av funktionen compliance-officer för det förebyggande arbetet.

Med oegentligheter avses, enligt Karolinskas system och modell för att upprätthålla en god intern kontroll ett *medvetet* bedrägligt beteende som strider mot landstingets eller styrelsens regelverk eller lagar och andra författningar. I flera intervjuer framförs att den största utmaningen är situationer där medarbetare agerar *omedvetet* olämpligt eller otillåtet. En situation som lyfts som exempel är när medarbetare har åtagande inom såväl sjukhuset, Karolinska institutet som inom industrin. I denna situation upplevs även frågan om jäv som svår och otydlig. Att ha återkommande diskussioner och uppföljningar, samt att kontrollera bisysslor är två sätt som lyfts för att medvetandegöra risken för att en anställd ska falla under sjukhusets definition av oegentligheter.

Intervjuerna ger en spridd bild avseende kännedom om vilka styrdokument som berör området oegentligheter och det råder en generell osäkerhet kring hur kända styrdokumenten är för anställda inom sjukhuset. Det landstingsövergripande

[101] COSO, The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. ESV 2017:65, Rapport Tillämpningen av förordningen om intern styrning och kontroll. ”Enligt COSO-modellen är basen för arbetet med intern styrning och kontroll den interna miljön som finns i varje organisation samt att det finns en fungerande process för information och kommunikation i organisationen. Ramverket lyfter utöver detta fram att det behövs en process för riskhantering, från riskidentifiering till att risker åtgärdas och följs upp. Ramverken pekar på att det finns ett behov av att övervaka arbetet med intern styrning och kontroll.”

styrdokumentet ”Tillämpningsanvisningar bisyssla, inklusive kompletterande checklista” nämns som centralt utifrån identifierade risker kopplade till bisyssla. I intervjuerna nämns även två olika avtal om samverkan mellan hälso- och sjukvården och läkemedelsföretag som både innehåller riktlinjer för hur samverkan ska ske.[102]

Revisionen noterar att det finns skillnader avseende beloppsgränser för representationsmåltider mellan landstingets styrande dokument och Karolinskas styrdokument. Karolinskas styrdokument ”Regler för representation, gåvor, kurser och konferenser samt resor och uppdrag i tjänsten inom Karolinska Universitetssjukhuset” är daterat 25 oktober 2011. Enligt uppgift från sjukhuset pågår uppdatering av styrdokumentet men detta arbete är ännu inte klart.

3.8.2 Riskbedömning

I Karolinskas styrdokument för intern kontroll beskrivs hur sjukhusets övergripande internkontrollplan ska upprättas och genomföras. I dokumentet beskrivs även att oegentligheter intar en särskild ställning inom området regelefterlevnad och att risk för oegentligheter alltid skall riskbedömas, oavsett hur styr- och kontrollmiljön beskrivs. Vidare beskrivs att förekomsten av oegentligheter ska riskbedömas i alla typer av riskanalyser. Revisionens granskning av internkontrollplanen finns i avsnitt 3.5.

I intervjuerna har det framkommit att det inte genomförs någon specifik riskanalys för oegentligheter samt att risken för oegentligheter inte har varit föremål för någon särskild riskbedömning vid övriga riskanalyser. I intervjuerna framkommer även att uppfattningen att andra, mer verksamhetsanknutna, riskområden generellt bedöms som mer prioriterade än oegentligheter.

Karolinskas sjukhusövergripande risk- och väsentlighetsanalys genomförs genom att en enkät skickas ut till samtliga ledamöter i Karolinskas ledningsråd och i vissa fall till andra nyckelpersoner. I enkäten ska risker och väsentlighet graderas på en fyrgradig skala. Enkätresultatet sammanställs och ligger till grund för en slutlig riskvärdering. En sista avstämning och bedömning görs av sjukhusets verkställande råd. Den interna kontrollplanen fastställs av sjukhusets styrelse.

Vid intervju beskrivs att riskområdet oegentligheter har förekommit i den enkät över riskområden som besvarats, men att oegentlighet sällan aggregeras i den sammanställda diskussionen av prioriterade risker. Vidare dokumenteras inte framtagandet av de risker som slutligen inkluderas i den övergripande riskbedömningen i ett strukturerat format. Det gör att spårbarhet saknas i huruvida risker avseende oegentligheter har beaktats.

Vid granskning av den enkät som skickats ut i samband med framtagandet av sjukhusets internkontrollplan 2018 noteras att ingen risk med specifik inriktning mot oegentligheter är inkluderad. Vidare sammanställs enkätsvaren till medelvärden vilket

[102] Avtalet om samverkan mellan Läkemedelsföretag och sjukvårdspersonal/forskare, avtal mellan Stockholms läns landsting, Karolinska Institutet, Stockholms läkarförening, Vårdförbundet och Läkemedelsindustriföreningen, 2004 samt Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och den offentliga hälso- och sjukvården och dess medarbetare, avtal mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Läkemedelsindustriföreningen, giltigt fr.o.m. 2014-01-01.

döljer spridningen i bedömningar inom de olika riskområdena. Ur ett oegentlighetsperspektiv är spridningen i svar relevant att synliggöra då det är möjligt att specifika funktioner på sjukhuset ser en stor risk kopplat till en typ av oegentlighet medan andra inte ser en lika tydlig risk.

3.8.3 Kontrollaktiviteter

Som en del av det ordinarie internkontrollarbetet finns processer och kontroller för att motverka, upptäcka och förhindra oegentligheter i verksamheten. Som exempel kan nämnas delegationsordningar, attestrutiner, digitalt inköpssystem, hantering av bisysslor i Heroma, system som registrerar inloggning i journalsystem, visselblåsarsystemet m.m.

Av intervjuer framkommer att kännedom om processer och kontroller för att upptäcka och förhindra avsteg från gällande lagar och regelverk varierar. Återkommande under intervjuerna beskrivs jävsrisken mot industrin samt situationen med delade tjänster mellan Karolinska universitetssjukhuset och Karolinska Institutet som väsentliga riskområden. Det framgår inte om det finns några kontrollaktiviteter som t.ex. kontroll av registrerade bisysslor gentemot sjukhusets leverantörer eller mot bolagsregister som syftar till att följa upp bisysslor systematiskt och kontinuerligt. Delegationsordningen uppfattas som ett viktigt redskap för att reglera oegentligheter vid inköp och utlägg. Däremot går meningarna isär avseende delegationsordningens kvalitet, något som inte har granskats och bedömts.

I sjukhusets intern kontrollplan för 2018 finns två risker med en indirekt koppling till oegentligheter; ”brister i inköpsprocessen av konsulter” och ”brist på utbildning av personal i de nya rollerna”. I den interna kontrollplanen finns inga kontrollmoment med direkt koppling till de upptagna riskerna för oegentligheter.

3.8.4 Information och kommunikation

Dokumentet *Vägvisaren* är en sammanställning av sjukhusets riktlinjer och policys och utgår från värdeorden ansvar, medmänsklighet och helhetssyn. Dokumentet tar på en övergripande nivå bland annat upp sjukhusets värdegrund men även hur bisysslor och patienters personliga information ska hanteras. Vägvisaren riktar sig till alla medarbetare på sjukhuset och ska presenteras för alla medarbetare via närmaste chef.

Ledningen uppges kommunicera kring regler och sjukhusets värdegrund både internt och externt. Detta sker ofta som ett resultat av rapportering i media eller att oegentligheter uppdagats internt. Gällande regler och värderingar adresseras även i ledningsbrev som kommunikationsavdelningen producerar och distribuerar till ledningsfunktioner på sjukhuset. Det är respektive chefs ansvar att förmedla budskapet vidare ut i linjen. De intervjuade bekräftar att kommunikation av gällande regler och värderingar har skett muntligt vid chefsmöten i olika sammanhang.

Enligt landstingets riktlinjer för anti-korruption och representation ska alla förtroendevalda och anställda inom landstinget ta del av policyn och riktlinjerna. Intervjuerna ger en bild av att detta inte alltid sker under strukturerade former.

Karolinskas generella introduktionsutbildning för alla nyanställda behandlar bland annat sjukhusets värdegrund, offentlighetsprincipen och sekretess, utlämnande av journalhandlingar, åtkomst till patientuppgifter, upphandling, jäv, gåvor samt mutor. I intervjuerna anges att den faktiska andelen nyanställda som deltar i introduktionsutbildningen uppgår till ca 50 procent. Vidare kan det ta flera månader innan en nyanställd genomför introduktionsutbildningen.

Inköpsavdelningen genomför utbildningar avseende inköp och upphandling för nyanställda chefer. Baserat på intervjuerna finns det inte någon rutin eller material för återkommande utbildningar avseende oegentligheter för medarbetare och chefer vilket flera intervjupersoner anser skulle vara värdefullt. Enligt uppgift planerar inköps- och ekonomiavdelningen att genomföra utbildningar avseende oegentligheter på bred front för att nå chefer som jobbat länge på sjukhuset.

3.8.5 Uppföljning och utvärdering

I informationen om visselblåsartjänsten som finns på sjukhusets hemsida uppmanas medarbetare vid misstanke om avsteg från regelverk att i första hand vända sig till en chef och/eller stödfunktioner så som HR, ekonomiavdelningen eller den juridiska avdelningen HR. Om en medarbetare vill göra en anonym anmälan om misstankar om oegentligheter så finns det en webbaserad visselblåsartjänst som ligger utanför sjukhuset. Tjänsten ska ses som ett komplement till medarbetarens lagstadgade meddelarfrihet. I ”Riktlinje för visselblåsning” anges hur inkomna ärenden ska utredas och rapporteras. Utöver detta finns sjukhusets avvikelsehanteringssystem Händelsevis där medarbetare kan registrera och hantera avvikelser inom vård, miljö och arbetsmiljö.

I intervjuerna beskrivs Händelsevis vara relativt välkänt bland medarbetarna. Däremot varierar uppfattningen om hur välkänd visselblåsartjänstens existens och funktion är bland medarbetare på olika nivåer i organisationen. Under 2018 inrapporterades totalt 15 ärenden till visselblåsartjänsten.

I huvudsak beskrivs rapportering till sjukhusdirektören ske i samband med att sjukhusets internkontrollplan följs upp. Det förekommer även att frågor som kommer in via visselblåsartjänsten samt status på särskilda satsningar återrapporteras.

Bedömning

Revisionen bedömer att ledningen uppvisar engagemang när det gäller oegentligheter men att det saknas en övergripande plan och dokumenterade strategier för att motverka, upptäcka och förhindra oegentligheter i verksamheten. Vidare bedöms ledningens förhållningssätt avseende oegentligheter vara mer reaktivt än proaktivt. Revisionen bedömer att ledningen har vidtagit vissa åtgärder för att förbättra arbetet att motverka, upptäcka och förhindra oegentligheter i verksamheten men åtgärderna bedöms inte vara fullt implementerade. Revisionen anser att ledningen i det förebyggande arbetet av oegentligheter bör ytterligare medvetandegöra medarbetarna om att rättsliga, ekonomiska och förtroendeskadliga konsekvenser kan uppstå utan att medarbetaren bedöms ha haft ett medvetet ont uppsåt.

Revisionen bedömer att Karolinska på en övergripande nivå har en systematisk process för sitt internkontrollarbete men att det saknas en systematisk process för att säkerställa att risker för oegentligheter analyseras och bedöms. Revisionen bedömer vidare att oegentligheter inte i någon större utsträckning har beaktats i de riskbedömningar som genomförs på sjukhusövergripande nivå.

Revisionen bedömer att det saknas en systematisk process mellan riskbedömning och kontrollaktiviteter specifikt för oegentligheter. Revisionen anser vidare att avsaknad av en överskådlig bild över vilka risker som finns för oegentligheter samt avsaknad av en bedömning av i vilken grad befintliga kontroller och förebyggande åtgärder fungerar medföra risk för att fel eller onödiga kontroller och åtgärder sätts in.

Revisionen konstaterar att Karolinska har olika kommunikationskanaler där gällande regler och sjukhusets värdegrund kommuniceras men bedömer att sjukhusets strukturer och processer endast delvis säkerställer behovet av information och kommunikation, till exempel när det gäller nyanställdas deltagande i introduktionsutbildning.

Revisionen konstaterar att i det fall oegentligheter är ett identifierat område i internkontrollplanen sker rapportering i samband med att internkontrollplanen följs upp. Revisionen bedömer dock att systematik saknas för uppföljning och tillsyn för de aktiviteter som genomförs för att motverka, upptäcka och förhindra oegentligheter i verksamheten.

Rekommendationer:

- Ledningen bör ta fram en plan för det förebyggande arbetet mot oegentligheter.
- Ledningen bör göra en riskbedömning avseende oegentligheter och säkerställa att det finns kontroller inom de områden där de största riskerna för oegentligheter identifierats.
- Ledningen bör säkerställa att alla nyanställda deltar i introduktionsutbildningen.

3.9 Kris- och katastrofmedicinsk beredskap

Revisionen har granskat hur Karolinska, i den utsträckning som landstingets styrande dokument kräver, tar sitt ansvar för landstingets generella krisberedskap och för hälso- och sjukvårdens katastrofmedicinska beredskap.

Stockholms läns landstings arbete med kris- och katastrofmedicinsk beredskap styrs bland annat av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid samt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:22). Med utgångspunkt från krav i dessa regelverk har landstingsfullmäktige i Stockholm beslutat om en plan för krisberedskap (LS 2017–0149) och en plan för kriskommunikation (LS 1412–1457) för samtliga nämnder, styrelser och bolag i landstinget. Hälso- och sjukvårdsnämnden har som beställare beslutat om en regional katastrofmedicinsk beredskapsplan (HSN 2016–1431) som beskriver hur länets hälso- och sjukvård ska ledas vid allvarlig händelse.

3.9.1 Krisberedskap

Enligt fullmäktiges plan för krisberedskap är varje nämnd och styrelse ytterst ansvarig för planering och organisering av krisberedskap inom sitt verksamhetsområde. De ska därför utarbeta och anta lokala planer i enlighet med landstingets krisberedskapsplan samt ansvara för att utbildning och övning genomförs enligt fastställd utbildningsplan. Vid en allvarlig eller extraordinär händelse ska förvaltningschef eller vd på begäran av landstingsdirektören kunna rapportera lägesbild samt förväntad utveckling och vidtagna åtgärder. De lokala planerna ska enligt fullmäktiges plan omhänderta frågor kopplade till sjukhusets robusthet samt funktions- och driftsäkerhet, exempelvis påverkan på el, tele, datakommunikation, vatten, värme och motsvarande anordningar för viktiga tekniska försörjningsfunktioner.

Ett systematiskt säkerhetsarbete är grundläggande för att landstingets verksamheter ska fungera vid olika typer av samhällsstörningar. Landstingsfullmäktige ställer krav på att förvaltningar och landstingsägda bolag samt privata leverantörer ska genomföra risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) i enlighet med Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter. Syftet med en risk- och sårbarhetsanalys är att förebygga, förbereda och hantera kriser. Analysen utgör underlag för att utforma katastrofberedskap. Vidare ska förvaltningar och bolag upprätta kontinuitetsplaner för kritiska verksamheter och processer[103]. En kontinuitetsplanering syftar till att stärka förmågan i organisationen att, efter avbrott, kunna fortsätta tillhandahålla verksamhet till en i förväg beslutad omfattning. Slutligen ska förvaltningar och bolag organisera en tydlig kontaktväg för samverkan med övriga berörda aktörer inom landstinget vid allvarliga händelser.

Karolinska har en styrgrupp för krisberedskap som motsvarar det som i den Regionala katastrofmedicinska beredskapsplanen benämns lokal medicinsk katastrofkommitté. Styrgruppen är ett beslutande organ och har beslutsmandat när det gäller katastrofmedicinska frågor. Styrgruppen har ansvar för att genomföra revision av sjukhusets kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan, att fastställa utbildnings- och övningsplan samt att se till att sjukhusets medarbetare erbjuds utbildning och övning gällande katastrofmedicin och hot mot det robusta sjukhuset. I oktober 2018 fastställde Karolinskas kvalitets- och patientsäkerhetsdirektör en reviderad kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan. Däremot har Karolinska under 2018 saknat såväl utbildnings- som övningsplan avseende krisberedskap. Beredskapssamordnaren arbetar för närvarande med att ta fram en sådan plan för 2019. I intervjuer framkommer att kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen inte har beslutats av styrelsen och inte heller föredragits för styrelse eller sjukhusdirektör.

Vidare framgår det av granskningen att varken en risk- och sårbarhetsanalys (RSA). eller kontinuitetsplanering har genomförts. Säkerhetsledningen[104] genomför en viss dokumentation av planer och riskanalys av enskilda händelser men dessa har inte genomförts med utgångspunkt i RSA och kontinuitetshantering. Avsaknaden av RSA och kontinuitetsplanering menar revisionen är en allvarlig brist då dessa två

[103] enligt ISO 22301:2014
[104] Säkerhetsledningen ansvarar bland annat för fysisk säkerhet, brandskydd, internutredning och säkerhetsskydd.

processer utgör grunden och är dimensionerande för övriga arbetet med krisberedskap. Karolinska har dock under våren 2018 anställt en person som ska påbörja arbetet med kontinuitetsplaner.

Planen för krisberedskap ska omhänderta frågor kopplade till robusthet samt funktions- och driftsäkerhet. I Karolinskas kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan beskrivs vad "hot mot det robusta sjukhuset" innebär. I planen framgår att sjukhuset har en lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL) som kan aktiveras vid hot mot det robusta sjukhuset. Vid en sådan händelse finns angivet att representanter från fastighetsförvaltaren Locum och/eller IT kan adjungeras. Det framgår även i planen att representanter från Locum och driftentreprenören Coor ingår i styrgruppen för krisberedskap. I övrigt innehåller planen ingen planering, analys eller beskrivning kopplad till funktions- och driftsäkerhet utan hänvisning görs till Locum och Coor. Granskningen visar att ansvarsfördelningen och gränsdragningen vid en krissituation inte är tydlig mellan Karolinska, fastighetsförvaltare och driftentreprenör. Exempelvis saknas underlag för hur prioriteringar av stöd till verksamheter ska ske vid störningar i leveranser av t.ex. el, vatten eller andra förnödenheter.

3.9.2 Kriskommunikation

Landstingets plan för kriskommunikation har sin tyngdpunkt på kriskommunikation när flera verksamheter berörs och samordning krävs. Planen är ett kompletterande dokument till krisberedskapsplanen och till regional katastrofmedicinsk beredskapsplan. Den lokala planen ska tydliggöra vilken funktion inom sjukhuset som är ansvarig för uppdatering och övning av kriskommunikationsplanen. Den ska också tydliggöra vilken funktion som utgör kontaktpunkt för den centrala kriskommunikationsfunktionen. Förvaltningar och bolag ska delta i nätverk och aktiviteter för utveckling av kriskommunikation. Dessutom ska man utbilda och öva förmågan till kriskommunikation i enlighet med övergripande utbildnings- och övningsplan. Vidare ska verksamheterna säkerställa kontinuitet för kritiska system och tjänster samt god tillgänglighet till viktiga kanaler, till exempel webbplatser.

Under sommaren 2018 reviderade ledningsgruppen på kommunikation, i dialog med styrgruppen för krisberedskap, Karolinskas lokala kriskommunikationsplan för att anpassa den till landstingets reviderade plan, fastställd 2015. Den lokala planen fastställdes av Karolinskas kommunikationsdirektör i oktober 2018. Planen omfattar flertalet av landstingets krav, t.ex. finns angivet vilken funktion som är kontaktpunkt respektive ansvarig för rapportering till centrala kriskommunikationsfunktionen. Planen bör dock kompletteras med uppgift om vem som är ansvarig för uppdatering av planen. Vikten av övning och utbildning framgår av sjukhusets kriskommunikationsplan men inga övningar, ur ett rent kommunikationsperspektiv, har genomförts på sjukhuset. I granskningen har framkommit att samverkan internt inom sjukhuset och med andra aktörer fungerar men att aktiviteter och nätverk specifikt för kriskommunikation skulle kunna utökas.

3.9.3 Katastrofmedicinsk beredskap

Enligt landstingets regionala katastrofmedicinska beredskapsplan ska samtliga akutsjukhus i länet fastställa motsvarande lokala planer för medicinsk

katastrofberedskap. Katastrofmedicinsk beredskap avser förmågan att omhänderta och minimera somatiska och psykiska följdverkningar för drabbade vid allvarlig händelse. På akutsjukhusen ska det finnas en lokal medicinsk katastrofkommitté som ansvarar för att revidera den lokala planen. Vid en allvarlig händelse med beslutad beredskapshöjning ska en lokal särskild sjukvårdsledning organiseras. Denna ska ledas av sjukhusdirektör/vd, chefläkare eller deras ersättare. Akutsjukhusen ska kunna ta emot patienter vid en händelse som involverar farliga ämnen. I anslutning till akutmottagningen ska det finnas ett saneringsutrymme. Vid en kemisk olycka ska sjukvårdsgrupper från akutsjukhusen kunna ta med sig läkemedel avsedda för kemiska olyckor till skadeplatsen. På alla akutsjukhus ska det också finnas en psykologisk/psykiatrisk katastrofledningsgrupp med ansvar för att leda den psykologiska krisstödsorganisationen på sjukhuset. Slutligen ska akutsjukhusen anpassa sig till den regionala evakueringsplanen. Personalen ska i enlighet med det katastrofmedicinska ansvaret vara utbildade och övade i evakueringsplanen.

I avtalet mellan Karolinska och enheten för katastrofmedicinsk beredskap inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen om katastrofmedicinsk planering och beredskap har det bland annat fastställts att Karolinska ska ha en lokal beredskapssamordnare vilken ska arbeta med uppgifter relaterade till sjukhusets katastrofberedskap. Vidare ska Karolinska Huddinge kunna samla en sjukvårdsgrupp bestående av en läkare och två sjuksköterskor inom tio minuter från ett larm.

Karolinskas nyligen beslutade kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan följer i stort de krav som ställs i landstingets plan men det saknas ett avsnitt om plan för mottagande och fördelning av patienter. Ett arbete har enligt uppgift påbörjats för att ta fram enhetliga riktlinjer för detta arbete för både Karolinska Solna och Huddinge.

Karolinskas styrgrupp för krisberedskap uppfyller samtliga krav som ställs på den lokala medicinska katastrofkommittén i landstingets katastrofmedicinska beredskapsplan. Karolinska har också en lokal särskild sjukvårdsledning både i Solna respektive i Huddinge. Karolinska kan dock i dagsläget, till följd av brist på personal med erforderlig utbildning för att ingå i sjukvårdsgrupp, inte säkerställa att man kan tillgodose behov av läkemedel till olycksplats vid kemiska olyckor.

I sjukhusets kris- och katastrofmedicinska beredskapsplan anges att de verksamheter inom sjukhuset som kan räkna med att ta emot patienter eller på annat sätt bli berörda vid en olycka eller vid hot mot det robusta sjukhuset ska ha en intern kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan. De interna planerna som har granskats har varit av varierande kvalitet och utförande. I Karolinskas styrande dokument finns inga instruktioner eller mallar för hur de interna planerna ska utformas, men enligt intervjuade pågår det ett arbete med att uppdatera dessa styrdokument.

Det finns evakueringsplaner både för Huddinge och Solna men dessa har inte uppdaterats, testats eller övats sedan sjukhuset införde en ny verksamhetsmodell eller efter ombyggnationer och flytt till nya lokaler.

Bedömning

Revisionen konstaterar att varken risk- och sårbarhetsanalys eller kontinuitetsplanering genomförts vilka tillsammans utgör underlag för att utforma katastrofberedskapen. Revisionen bedömer därmed att nämnden inte arbetar med krisberedskap på ett systematiskt sätt. Nämnden har inte fattat beslut om aktuella styrande dokument och inte heller sett till att det finns en för året gällande utbildnings- och övningsplan avseende krisberedskap. Fullmäktiges krav att nämnden för Karolinska ska skapa en lokal katastrofmedicinsk beredskapsplan i enlighet med landstingets plan bedömer revisionen därför som delvis uppfyllt.

Revisionen bedömer att Karolinskas kriskommunikationsplan följer en genomarbetad metodik och i huvudsak täcker de krav som ställs i landstingets plan. Planen behöver dock kompletteras med uppgift om vem som är ansvarig för uppdatering av planen. Revisionen bedömer att nämnden i huvudsak har skapat tillräckliga förutsättningar för kriskommunikation i enlighet med landstingets krav. Nämnden behöver dock se till att övningar, ur ett rent kommunikationsperspektiv, genomförs.

Revisionen bedömer vidare att Karolinskas arbete med katastrofmedicinsk beredskap, inklusive organisering av lokal särskild sjukvårdsledning, styrgrupp för katastrofberedskap och styrande dokumentation, i stort uppfyller ställda krav. Det är dock angeläget att sjukhuset uppdaterar sin evakueringsplan och övar utifrån denna. Ledningen behöver säkerställa att man kan tillgodose behov av läkemedel till olycksplats vid kemiska olyckor. Ledningen bör genom instruktioner eller mallar säkerställa att de interna planerna för kris- och katastrofmedicinsk beredskap är av en enhetlig kvalitet och utförande.

Rekommendationer:

- Nämnden bör fatta beslut om den lokala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen i enlighet med fullmäktiges krav.
- Nämnden bör säkerställa att risk- och sårbarhetsanalys samt kontinuitetsplanering genomförs.
- Nämnden bör säkerställa att en utbildnings- och övningsplan för kris- och katastrofmedicinsk beredskap, inklusive kriskommunikation, utarbetas samt se till att sjukhuset regelbundet genomför utbildningar och övningar i kris- och katastrofmedicinsk beredskap.
- Ledningen bör analysera avtalsförhållanden mellan sjukhus, fastighetsförvaltare och driftentreprenör och säkerställa att ansvar och roller är tydliga mellan parterna vid en allvarlig eller extraordinär händelse.
- Ledningen behöver säkerställa att man kan tillgodose behov av läkemedel till olycksplats vid kemiska olyckor.
- Ledningen bör säkerställa att sjukhusövergripande instruktioner och mall utarbetas för de interna katastrofmedicinska planerna och tillse att interna planer upprättas.

3.10 Skydd mot otillåten påverkan

Revisionen har granskat om Karolinska säkerställer att det finns ett systematiskt arbete för att skydda högre tjänstemän[105] och förtroendevalda mot otillåten påverkan. Granskningen har förutom Karolinska omfattat landstingsstyrelsen, Södersjukhuset och Internfinans och avrapporteras i respektive årsrapport.

Med otillåten påverkan menas här trakasserier, hot och våld som syftar till att påverka myndighetsutövningen och den demokratiska beslutsprocessen. Enligt Brottsförebyggande rådet ökar den upplevda utsattheten för brottslig påverkan både hos tjänstemän och hos förtroendevalda.[106] Detta kan leda till personskada, gynnande av brottsliga företag eller organisationer, ökade kostnader, förtroendeskada, trakasserier samt hot och våld i syfte att till exempel bidra till att felaktiga beslut fattas eller att kontroller inte genomförs.

3.10.1 Roll- och ansvarsfördelning

Fullmäktiges policy för säkerhet[107] tydliggör att säkerhet är ett prioriterat område och att säkerhetsaspekter därför alltid ska finnas med i alla beslut och aktiviteter. Säkerhetspolicyn konkretiseras i riktlinjer[108] för säkerhet med tillämpningsanvisningar[109]. I riktlinjerna anges att landstingsdirektören ansvarar för att skydd mot hot och våld upprätthålls gentemot förtroendevalda och att respektive förvaltningschef eller VD ansvarar för skyddet av sina arbetstagare samt övriga som kommer i kontakt med respektive verksamhet.

I riktlinjerna slås bland annat fast att arbetet mot hot och våld ska bedrivas så att anställda ska känna att de befinner sig i en trygg och säker omgivning och att förtroendevalda och anställda utan hot om repressalier ska kunna uttrycka sig fritt inom demokratins och yttrandefrihetens gränser. I tillämpningsanvisningarna förtydligas att säkerhetsansvaret är en del av linjeansvaret för samtliga chefer inom landstingskoncernen och att det i detta ligger att svara för att säkerhets- och arbetsmiljöarbetet initieras, samordnas och följs upp. Vidare ligger det i ansvaret att säkerställa att verksamhetens risker inventeras, dokumenteras och åtgärdas. I ansvaret ingår även att se till att medarbetare får information och utbildning utifrån de behov som finns i verksamheten. I tillämpningsanvisningarna lyfts det också fram att verksamheterna ska ha ett internt rapporteringssystem för denna typ av händelser. Avdelningen SLL Säkerhet och beredskap vid landstingsstyrelsens förvaltning har tagit fram särskilda riktlinjer för förtroendevaldas säkerhet, men dessa är inte beslutade.

Karolinskas säkerhetsledning har fastställt egna riktlinjer för skydd mot hot och våld[110] mot anställda. Riktlinjerna berör bland annat ansvar, avgränsningar, förebyggande arbete, rapportering och utbildning samt stöd- och informationsinsatser.

---

[105] Med högre tjänstemän avses chefer i ledande befattningar, exempelvis förvaltningschef/VD, ekonomidirektör eller chefsläkare.
[106] BRÅ, Politikernas trygghetsundersökning 2017
[107] Policy för säkerhet, LS-S-665820, fastställd av landstingsfullmäktige 2016-03-15
[108] Riktlinjer för säkerhet, LS-S-666071, fastställd av landstingsstyrelsen 2016-02-23
[109] Tillämpningsanvisning Skydd mot hot och våld, LS 2017–0417, fastställd av landstingsdirektören mars 2017
[110] Fastställda av chef för säkerhetsledningen och är giltiga från och med 2018-09-01.

Riktlinjerna finns tillgängliga på intranätet och sprids även genom de fackliga parterna och huvudskyddsombuden.

Tillämpningsanvisningar, lokala instruktioner och säkerhetsrutiner ska upprättas av respektive verksamhetschef. Granskningen visar att dessa styrdokument skiljer sig åt dels beroende på lokala förutsättningar, dels beroende på att det finns olika kunskap om chefernas ansvar när det kommer till säkerhetsfrågor. Vid intervju framkommer att det, trots styrdokumenten, upplevs som att det saknas en tydlig styrning och ledning kring frågor rörande skydd mot otillåten påverkan. En anledning till detta är att styrdokument inte är beslutade på högsta ledningsnivå och att säkerhetschefen inte heller är representerad i sjukhusets ledningsgrupp

Karolinskas säkerhetsledning består av ca fem specialister. De leder det strategiska säkerhetsarbetet och ger service och stöd till verksamheten som har det direkta ansvaret för att säkerställa att patienter, personal och besökare är trygga under vistelsen på sjukhusen. Säkerhetsledningen ansvarar bland annat för arbetsledning av säkerhetspersonal, personskydd, fysisk säkerhet, brandskydd, internutredningar, säkerhetsskydd, preventivt arbete mot hot och våld samt riskanalyser.

SLL säkerhet och beredskap hanterar det operativa skyddet för de förtroendevalda inom hela landstinget. Säkerhetsledningen på Karolinska ska bli inkopplade om det uppkommer en hotbild mot nämnden, men uppger att det ändå är oklart vilken instans som ansvarar för nämndens säkerhet.

3.10.2 Riskanalyser och utbildning

I tillämpningsanvisningarna anges att frågor om våld, hot eller ofredande på arbetsplatserna ska integreras i det förebyggande säkerhetsarbetet genom att verksamheten bland annat genomför risk- och konsekvensanalyser samt ser till att dessa riskanalyser samordnas med övrig riskhantering.

Karolinskas säkerhetsledning genomför riskanalyser löpande inför speciella evenemang, till exempel invigning av nya byggnader. I intervjuer framkommer också att säkerhetsledningen har ett väl fungerande samarbete med polismyndigheten. Säkerhetsledningen genomför ingen övergripande årlig riskanalys utan riskanalysarbetet uppges vara en del av det dagliga säkerhetsarbetet. Risker gällande otillåten påverkan finns inte med i sjukhusets riskanalys och därmed inte heller i internkontrollplanen.

Det finns ingen landstingsövergripande utbildning gällande hot och våld. Vid behov har viss utbildning genomförts internt på Karolinska. Säkerhetsavdelningen ger också löpande råd och stöd till verksamheten.

3.10.3 Uppföljning

Enligt riktlinjer för säkerhet ska varje nämnd och styrelse löpande följa upp säkerheten. I tillämpningsanvisningarna anges att verksamheten årligen ska följa upp förändringen av tillbud och händelser med våld, hot eller ofredande genom att se på utvecklingen av inrapporterade incidenter.

I samband med rapporteringen av årsbokslutet ska varje nämnd och styrelse göra en självskattning av sitt säkerhetsarbete i den så kallade compliance-portalen. Endast en

tredjedel av styrelserna och nämnderna har infört metoder och verktyg ett systematiskt säkerhetsarbete. Karolinska uppger i årsrapport 2018 att de har infört metoder och verktyg för ett systematiskt arbete med säkerhet.

I riktlinjer för säkerhet slås det fast att respektive förvaltningschef eller VD ska utvärdera hur väl säkerhetskrav har införts och efterlevs. Någon sådan utvärdering har inte genomförts på Karolinska. Det finns därför ingen kunskap om sjukhusets verksamheter följer varken landstingets centrala eller sjukhusets lokala styrdokument.

I granskningen har framkommit att uppföljning i huvudsak görs av säkerhetsavdelningen genom att analysera vissa frågor i den årliga medarbetarundersökningen, statistik över ingripande från ordningsvakter samt genomgång av arbetsmiljöavvikelser som rapporteras in genom avvikelserapporteringssystemet (HändelseVis). HändelseVis är anpassat för vårdverksamheten och det är därför oklart om personal vid de centrala staberna rapporterar in eventuella incidenter om hot och våld i systemet. Varken sjukhusledningen eller styrelsen har tagit del av dessa uppföljningar.

Bedömning
Revisionen bedömer att Karolinska i huvudsak bedriver ett systematiskt arbete med att skydda högre tjänstemän mot otillåten påverkan. Säkerhetsledningen har tagit fram egna riktlinjer för hur arbetet ska bedrivas. Revisionen anser att dessa riktlinjer behöver beslutas av sjukhusledningen för att säkerställa följsamhet i hela verksamheten.

Revisionen bedömer vidare att uppföljningen av arbetet behöver stärkas samt delges både ledningen och nämnden i enlighet med policy och riktlinjer för säkerhet. Detta för att säkerställa att nämnden och ledning i enlighet med policyn kan ta ansvar för säkerhetsarbetet och samordna det med befintliga mål och övriga krav. Viss utbildning genomförs, men revisionen anser att utbildning för chefer kan stärkas eftersom granskningen visar chefernas kunskap om sitt ansvar när det gäller säkerhetsfrågor varierar.

Rekommendationer:
- Nämnden bör ta del av uppföljningen av säkerhetsarbetet för att säkerställa att det bedrivs ett tillräckligt arbete för att skydda högre tjänstemän mot otillåten påverkan.
- Ledningen bör besluta om riktlinjer för skydd mot hot och våld mot anställda.

3.11 Strategisk kompetensförsörjning

Revisionen har i ett särskilt projekt[111] granskat om nämnden för Karolinska universitetssjukhuset styr arbetet med kompetensförsörjning i enlighet med fullmäktiges strategi för kompetensförsörjning[112] och landstingsstyrelsens handlingsplan[113].

[111] Projektrapport 7/2018 Strategisk kompetensförsörjning.
[112] Kompetensförsörjningsstrategi för Stockholms läns landsting 2016–2021, dnr LS2015-0998, 2016-11-15.
[113] Handlingsplan utifrån kompetensförsörjningsstrategin juni 2017-mars 2019, dnr LS2016-1483, 2017-06-20.

Revisionen konstaterar att Karolinska har pågående aktiviteter som svarar mot de flesta av åtgärderna i landstingsstyrelsens handlingsplan. Karolinska har bl.a. ett omfattande arbete med att utveckla ett strategiskt arbetsgivarvarumärke. Sjukhuset har tillsammans med landstinget även finansierat lön för sjuksköterskor som vidareutbildar sig till specialistsjuksköterskor. Det är också tydligt att sjukhusledningen strävar efter ett mer enhetligt förhållningssätt när det gäller faktorer som är kritiska för att minska konkurrensen om medarbetarna inom landstinget, som olika typer av ersättningar och arbetstider.

Revisionen menar att det finns en tydlig struktur för hur styrningen av HR-frågorna ska ske inom Karolinska. Många utbildningsinsatser genomförs inom de olika staberna och enheterna, vilket innebär att det finns ett utrymme för en ökad samordning av kompetensutvecklingen inom sjukhuset.

Karolinska har inget styrdokument som tydliggör hur kraven från fullmäktige och landstingsstyrelsen när det gäller kompetensförsörjning ska omsättas i verksamheten och vilka resultat som aktiviteterna förväntas leda till på Karolinska. Nämnden har återkommande efterfrågat information i kompetensförsörjningsfrågor, men har enligt revisionens bedömning i övrigt agerat reaktivt. HR-staben har en strategi men den är inte formellt antagen av nämnden. Revisionen konstaterar vidare att flera av aktiviteterna saknar preciserade tidplaner.

Revisionen noterar också att liknande insatser, som de som nu pågår, har bedrivits på Karolinska under flera år. Det saknas dock en sammanställning av vilka resultat och vilka lärdomar som ledningen har dragit av tidigare genomförda projekt. Delårs- och årsrapporter innehåller heller ingen analys av i vilken utsträckning som genomförda aktiviteter kan antas ha bidragit till resultaten för målen inom kompetensförsörjningsområdet. Revisionen menar bl.a. att nämnden bör ta fram en samlad analys av hur sjukhusets nuvarande och kommande uppdrag påverkar kompetensförsörjningen för att kunna avgöra effekterna av de insatser som Karolinska genomför på HR-området. Analysmöjligheterna begränsas dock av brister i tillgången på data inom HR-området. Revisionen noterar att sjukhuset har ett pågående utvecklingsarbete som dock är beroende av att andra utvecklingsarbeten inom IT slutförs.

Revisionen har lämnat tre rekommendationer. Revisionen menar att nämnden för Karolinska bör ta ett mer proaktivt ansvar för kompetensförsörjningen t.ex. genom att prioritera och följa upp vilka effekter handlingsplanens aktiviteter ger. Därutöver bör Karolinska säkerställa att erfarenheter av tidigare genomförda aktiviteter tas till vara i syfte att dra lärdomar inför nya åtgärder. Karolinska bör även analysera hur nuvarande och kommande uppdrag påverkar sjukhusets behov av kompetensförsörjning.

Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset har getts tillfälle att avge yttrande på rapporten senast den 25 mars 2019.

3.12 Systematiskt arbetsmiljöarbete

I ett särskilt projekt[114] har revisionen granskat om nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete. Karolinska har som arbetsgivare ett långtgående ansvar för att säkerställa en god arbetsmiljö. En bristfällig arbetsmiljö riskerar att leda till ohälsa för personalen och ökad sjukskrivning, men även till svårigheter att rekrytera och behålla personal.

Revisionens samlade bedömning är att Karolinska i huvudsak bedriver ett systematiskt arbetsmiljöarbete i enlighet med lagstiftning, föreskrifter och landstingets regelverk. Planeringen av arbetsmiljöarbetet bygger på ett systematiskt arbetssätt och utgår från de krav som anges i lagstiftning och regelverk.

Granskningen visar att sjukhuset har många nya chefer med varierande erfarenhet och kunskap om arbetsmiljöarbete. Inom sjukhuset finns dock en struktur för att stödja chefer kompetensmässigt i arbetsmiljöfrågor. Medarbetarenkäten används enligt revisionens bedömning på ett relevant sätt. Det regiongemensamma systemet för rapportering av avvikelser, HändelseVis, används däremot inte som underlag vid planeringen av det systematiska arbetsmiljöarbetet. Det framkommer i granskningen att systemet har dålig funktionalitet och systemet används inte fullt ut på alla enheter.

Svårigheter att rekrytera personal, framför allt sjuksköterskor, har lett till att vissa enheter är underbemannande. Även de omfattande organisatoriska och verksamhetsmässiga förändringar som genomförts under de senaste åren har inneburit påfrestningar på arbetsmiljön. Revisionen uppfattar att cheferna trots detta prioriterar arbetsmiljöfrågor i planeringsarbetet. Karolinskas matrisliknande organisation innebär samtidigt att det kan vara svårt för chefer att ta ansvar för den fysiska arbetsmiljön för den personal som tjänstgör vid andra arbetsställen än den egna enheten.

I Karolinskas ordinarie verksamhetsuppföljning finns flera indikatorer som har bäring på arbetsmiljön, t.ex. sjukfrånvaro och personalomsättning. Sammantaget bedömer dock revisionen att den information som nämnden tar del av i arbetsmiljöfrågor är på en alltför övergripande nivå.

Enligt Arbetsmiljölagen[115] måste arbetsgivaren skyndsamt hantera allvarliga problem i arbetsmiljön som anmäls av skyddsombud på arbetsplatsen. Revisionens bedömning är att anmälningar hanteras enligt de föreskrifter och rutiner som beslutats.

Revisionen har rekommenderat nämnden för Karolinska att säkerställa att det finns en överensstämmelse mellan ansvar och befogenheter för första linjens chefer när det gäller arbetsmiljön för arbetstagare som arbetar utanför den egna enheten. Nämnden bör också ta fram indikatorer som gör det möjligt att följa utvecklingen av arbetsmiljön över tid. Ledningen för Karolinska bör vidare dels säkerställa att verksamheterna använder systemet HändelseVis, dels tillsammans med hälso- och

[114] Landstingsrevisorerna, Projektrapport 11/2018 Systematiskt arbetsmiljöarbete på Karolinska universitetssjukhuset. Yttrande över rapporten ska lämnas senast 2019-05-31.
[115] 6 kap 6.a § Arbetsmiljölagen.

sjukvårdsförvaltningen utveckla ett fungerande system för registrering och uppföljning av avvikelser i arbetsmiljöarbetet.

3.13 Vårdhygien och vårdhygieniska krav vid städning

Revisionen har granskat hur Danderyds sjukhus, Karolinska universitetssjukhuset, Södersjukhuset och Södertälje sjukhus arbetar med vårdhygien i enlighet med bl.a. Socialstyrelsens föreskrift om basal hygien i vård och omsorg (SOSFS 2015:10)[116] samt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Granskningen har avgränsats till två vårdhygieniska aspekter; städning och vårdhygienisk kompetens. Granskningens resultat avrapporteras i respektive årsrapport.[117]

En patientsäker vård kännetecknas av att patienterna skyddas från att vårdskador genom olika insatser och åtgärder. Med vårdskada menas en skada hos en patient som orsakats av hälso- och sjukvården, men som inte är en oundviklig konsekvens av en patients tillstånd, vård eller behandling. Säker vård är grundläggande för en vård av hög kvalitet. Vårdhygien är i sin tur en viktig faktor för att upprätthålla en god och säker vård på sjukhusen. I en studie som genomförts av SKL[118] konstateras att städning, hygienriktlinjer och vårdhygienisk expertis är avgörande framgångsfaktorer för låg förekomst av vårdrelaterade infektioner (VRI)[119]. Att utbilda i hygien, smittspridning och klädregler har visat sig vara en väsentlig del i att förhindra smittspridning. Nära samarbete mellan vårdpersonal och vårdhygienisk expertis samt hygienriktlinjer eller motsvarande har också visat sig ha avgörande betydelse på sjukhus med låg förekomst av VRI.

Akutsjukhusen anlitar, genom avtal, tjänster från hygiensjuksköterskor och hygienläkare anställda på Vårdhygien Stockholm vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen (”Vårdhygien”). Det finns centrala rekommendationer gällande omfattningen av och innehållet i den köpta tjänsten, men variationer föreligger mellan de olika avtalen. Vårdhygiens huvudsakliga uppdrag är rådgivning, undervisning och kvalitetssäkring. Den huvudsakliga städningen (t.ex. av golvytor och hygienutrymmen) på respektive sjukhus utförs av städföretag som upphandlas av respektive sjukhus. Så kallade tagytor, patientnära ytor och löpande rengöring och desinfektion utförs vanligen av vårdpersonal i respektive verksamhet.

Karolinska har avtal med Vårdhygien Stockholm och anlitar fyra hygiensjuksköterskor respektive tre hygienläkare. Vårdhygiens uppdrag är bl.a. att vara rådgivande funktion, att vara delaktig i t.ex. hygienronder och genomföra utbildningar. Vårdhygien stödjer sjukhusets alla verksamheter i hygienfrågor och det finns kända och etablerade kontaktvägar för sjukhusets personal att kontakta Vårdhygien för frågor och

[116] Basala hygienrutiner är sedan 1 januari 2016 lag och omfattar all hälso- och sjukvårdspersonal
[117] RK 2018–0024, RK 2018–0032, RK 2018–0028, RK 2018–0029
[118] Vårdrelaterade infektioner Framgångsfaktorer som förebygger, Sveriges Kommuner och Landsting, 2014
[119] Övriga identifierade framgångsfaktorer: VRI ses som oacceptabla, Hygienriktlinjer ses som självklara, Goda lokalmässiga förutsättningar skapas, Konsekvent budskap och regelbunden återkoppling, Fokuserad ledning som agerar via adekvata kanaler

rådgivning. För nya anställda finns regelbundet återkommande introduktionskurser i vårdhygien och basala hygienrutiner. I granskningen har det framkommit behov av ytterligare utbildningar till i huvudsak chefer, i syfte att säkerställa att chefsansvar om vårdhygien och information om vårdhygien når samtliga delar i verksamheten. Granskningen visar att det i dagsläget finns ett reaktivt snarare än proaktivt förhållningssätt till vårdhygien. En anledning till detta kan vara det fokus som under året lagts på uppdraget om högspecialiserad vård[120]. Granskningen visar att det finns risk för att det inte genomförs tillräckligt antal hygienronder och verksamhetsförlagda besök i förebyggande syfte.

Sjukhuset har ett Infektionskontrollråd, tidigare kallat Hygienråd, som träffas regelbundet för att gå igenom sjukhusövergripande frågor om kvalitet, vårdrelaterade infektioner, vårdhygien etc. I rådet ingår bland annat avdelningarna Kvalitet och patientsäkerhet, Facility Management samt representant från Vårdhygien. Inför t.ex. arbete med ny upphandling av städtjänster, finns anledning att träffas oftare för att diskutera vilka delar som ska ingå i förfrågningsunderlaget, eventuella nya vårdhygieniska krav som tillkommit och som behöver beaktas i kravställan osv.

För att säkerställa att städleverantören lever upp till landstingets vårdhygieniska krav ställs det i avtalet krav på vilka kompetens- och utbildningskrav som leverantören ska ha. Det är städleverantörens ansvar att utbilda den egna personalen i hygienfrågor men det har även, enligt intervjuer, förekommit att Vårdhygien utbildat leverantörens personal. Krav om basala hygienrutiner samt bestämmelser om klädregler finns också i avtalet. För att kontrollera utförd städning genomförs regelbundna kontroller av sjukhuset respektive leverantören. Sjukhuset har en avtalscontroller som ansvarar för uppföljning av avtalet och att upphandlade tjänster levereras. Sjukhuset har två Facility management-koordinatorer som dagligen är ute i verksamheten i Solna respektive Huddinge för att kontrollera städningen och ha en dialog med städleverantören och sjukhusets egen personal. Det finns system och rutiner för avvikelsehantering gällande städning. Gränsdragningen för städrutiner, dvs. vilka områden som leverantören respektive vårdpersonal ansvarar för finns bland annat tillgängliga på sjukhusets intranät genom så kallade gränsdragningslistor. Gränsdragningslistorna är framtagna i samarbete mellan bland andra Facility Management och Vårdhygien Stockholm. Enligt intervjuade arbetar sjukhuset med att regelbundet informera verksamheten om vilken ansvarsfördelning och gränsdragning som gäller.

Bedömning

Revisionen bedömer att sjukhuset i huvudsak uppfyller Socialstyrelsens krav om systematiskt kvalitetsarbete när det gäller att upprätthålla god vårdhygien. Det finns ett pågående och nära samarbete med vårdhygienisk expertis och det ges regelbundna utbildningar till vårdpersonal om basala hygienrutiner och smittspridning i syfte att säkerställa att personal har grundläggande kunskaper. Det finns rutiner för att säkerställa att dels sjukhusets egen personal dels städleverantörens personal har kännedom om gränsdragningslistor, ansvarsfördelning och vårdhygienisk konsultation.

[120] Vård som rör sällan förekommande och komplexa medicinska tillstånd och behandlingar

Avtalet om städning innehåller väsentliga krav på vårdhygien och kompetens och följs upp regelbundet.

För att stärka arbetet kan hygienronder och verksamhetsförlagda besök utföras i större utsträckning. Personalomsättning förutsätter att såväl nyanställda inom vårdverksamheten men också hos städleverantören får introduktion och information om vårdhygien och basala hygienrutiner. Granskningen visar dock att brist på tid och resurser riskerar att innebära ett reaktivt istället för ett proaktivt förhållningssätt i frågor om vårdhygien. Detta skulle i längden kunna innebära att kunskapen om vårdhygien, och därmed förebyggande åtgärder för att förhindra smittspridning, minskar.

3.14 Avrapporterade granskningar i delrapport

Delar av årets granskning har tidigare avrapporterats i delrapport för nämnden. Nedan sammanfattas väsentliga iakttagelser från denna rapport.

3.14.1 Förberedelser inför dataskyddsförordningens ikraftträdande

Revisionen har granskat Karolinskas förberedelser inför dataskyddsförordningens[121] ikraftträdande den 25 maj 2018, för att bedöma om nämnden säkerställer att förordningen kan efterlevas.

Revisionen bedömer att Karolinska i huvudsak har säkerställt att förberedelserna inför dataskyddsförordningens ikraftträdande är tillräckliga. Revisionen menar att sjukhusets registerförteckningen inte fullt ut uppfyller de krav som ställs i förordningen eftersom registerförteckningen saknar flera uppgifter om sjukhusets personuppgiftsbehandlingar. Mot bakgrund av att förordningen trädde i kraft i maj, och att en stor del av verksamheterna har ett omfattande arbete kvar att göra vad gäller egenkontroll och riskanalys, bedömer revisionen att sjukhuset behöver vidta åtgärder så att genomförandet av egenkontroller och riskanalyser blir prioriterat. För att få kontroll och för att säkerställa att de befintliga personuppgiftsbiträdena behandlar personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen behöver sjukhuset se till att befintliga personuppgiftsbiträdesavtal efterlevs. Sjukhuset behöver även ingå avtal med de personuppgiftsbiträden som idag saknar avtal och se till att alla avtal kompletteras med instruktion.

I delrapporteringen lämnade revisionen tre rekommendationer: Nämligen att ledningen bör säkerställa en registerförteckning som uppfyller kraven i dataskyddsförordningen, vidta åtgärder så att genomförande av egenkontroller och riskanalyser prioriteras av verksamheterna och säkerställa att befintliga personuppgiftsbiträdesavtal efterlevs och att avtal och instruktioner finns med alla personuppgiftsbiträden.

3.14.2 Granskning av utlandsresor

Revisionen har granskat Karolinskas interna kontroll och styrning av utlandsresor och revisionen bedömer att Karolinskas interna kontroll och styrning inom detta område inte är tillräcklig. Stickproven visar att underlag saknas i flera fall och att det förekommer felaktiga attester. Att underlag saknas innebär också att det inte går att

[121] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679

bedöma om landstingets riktlinjer i övrigt följs, exempelvis om att resor ska genomföras miljöanpassat, tidsoptimalt och kostnadseffektivt. Resor som har betalats via utlägg följer inte gällande riktlinjer då alla rese- och hotellbokningar ska gå via landstingets upphandlade resebyrå.

I delrapporteringen lämnade revisionen tre rekommendationer: Den första handlade om att ledningen bör se till att alla rese- och hotellbokningar sker genom landstingets upphandlade resebyrå. I den andra rekommendationen förde revisionen fram att ledningen bör se till att underlag finns tillgängliga och godkända av behörig chef innan beställning och betalning av rese- och hotellbokningar verkställs. Den tredje och sista rekommendationen i denna granskning handlade om att ledningen bör se till att attestlistor uppdateras regelbundet för att undvika felaktiga attester.

3.15 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Revisionen har genomfört granskning av introduktion av nya läkemedel samt av förutsättningar för klinisk forskning utan väsentliga iakttagelser.

3.16 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende den interna styrningen och kontrollen. I bilaga 1 framgår hur rekommendationerna har hanterats.

3.17 Samlad bedömning av intern styrning och kontroll

Revisionen bedömer att nämnden under 2018 inte har säkerställt en tillräcklig ekonomistyrning. De effektiviseringsåtgärder som har vidtagits har inte varit tillräckliga och ger inte heller en anpassad kostnadsökningstakt. Detta innebär även negativa effekter för de kommande åren. Beslutet från fullmäktige att tillfälligt sänka resultatktavet för 2019 är exempelvis förenat med ett krav på återbetalning 2020-2022. Revisionen bedömer även att otydligheterna i Karolinskas rapportering och i beslutsunderlag till nämnden försvårat styrning och uppföljning av den ekonomiska utvecklingen. Vidare bedömer revisionen att nämndens informella och reaktiva hantering av ett ekonomiskt tillskott från ägaren respektive beställaren har lett till att nämnden för Karolinska avvaktat med nödvändiga beslut om åtgärder som därmed blivit försenade. Revisionen konstaterar även att nämnden trots det allvarliga läget under 2018 inte tagit ställning till den möjlighet som finns i omställningsavtalet att begära att en avvikelseprocess inleds för att få tydliga besked. Revisionens bedömer därför att nämndens hantering av det ekonomiska underskottet varit otillräcklig.

Revisionens granskning av upphandlingar visar att hanteringen på flera punkter, liksom 2017, inte följer gällande lagstiftning och regelverk. Upphandlingar till betydande värden över direktupphandlingsgränsen har genomförts under en längre tid avseende bl.a. bemanningstjänster vilket innebär en risk att avtal ogiltigförklaras och att upphandlingsskadeavgift kan komma att utdömas. Revisionen bedömer att nämnden inte åtgärdat detta trots revisionens rekommendationer 2017 och bedömer därför att styrningen och kontrollen av upphandlingar är otillräcklig.

Den interna kontrollen av kostnader för konsulttjänster bedömde revisonen 2017 som otillräcklig. En uppföljande granskning visar att sjukhuset har infört förstärkta rutiner, men att avvikelser fortfarande förekommer. Revisionen bedömer att sjukhusets interna styrning och kontroll av kostnader för konsulttjänster inte är helt tillräcklig.

Vidare bedömer revisionen att nämnden inte arbetar med kris- och katastrofberedskap på ett systematiskt sätt och att den interna styrningen och kontrollen på området inte är helt tillräcklig.

Den interna styrningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget vara otillräcklig. Bedömningen är oförändrad jämfört med 2017.

4 Räkenskaper

I detta avsnitt görs en bedömning av om nämndens redovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 2.

4.1 Årsbokslutet inklusive årsrapport (förvaltningsberättelse)

Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättad enligt lagen om kommunal redovisning, god redovisningssed, enligt landstingets anvisningar och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning.

4.2 Redovisning av omställningskostnader

Under 2015 till 2018 uppstår betydande kostnader för vårdens omstrukturering som en följd av genomförandet av Framtidsplanen för hälso- och sjukvården. Omställningskostnaderna beräknas för hela SLL uppgå till totalt 3 500 mnkr och ska enligt fullmäktiges beslut täckas genom ianspråktagande av reserverade medel och kommer därmed på central nivå inte att belasta årets resultat. De redovisade omställningskostnaderna uppgår till 491 mnkr. Revisionens granskning visar att de kostnader som bokförts av Karolinska som omställningskostnader följer centrala riktlinjer.

4.3 Konsultkostnader

Granskningen redovisas under avsnitt 3.4 Konsultkostnader.

4.4 Aktivering av anläggningstillgångar NKS

Inom ramen för NKS-projektet, som landstingsstyrelsen ansvarade för fram till årsskiftet 2018/2019, har det anskaffats medicinteknisk utrustning (MT) samt informations- och kommunikationsteknisk utrustning (IKT). Det totala projektet uppgår till 2 890 mnkr för MT-utrustning och 779 mnkr för IKT-utrustning.[122] Utrustningen förs sedan 2016 successivt över till Karolinska. Hittills har utrustning motsvarande 1 960 mnkr förts över. I det bokförda värdet för tillgångarna har ett påslag gjorts för konsultkostnader och internt upparbetad tid, en s.k. aktivering. Detta påslag baseras på en schablon. Schablonfördelning sker på landstingsstyrelsens förvaltning och granskningen där har visat att det inte fullt ut går att stämma av hanteringen och kontrollerna kopplade till tillämpade schabloner för resurser förrän hela utrustningsprojektet är färdigt.[123] Detta innebär att revisionen inte har kunnat verifiera att det schabloniserade värdet stämmer mot faktiska kostnader för de tillgångar som har förts över till Karolinska. Revisionen avser att återkomma till detta i samband med årsbokslutet för 2019.

4.5 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende räkenskaper. I bilaga 1 framgår hur rekommendationerna har hanterats.

4.6 Samlad bedömning av räkenskaper

Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättad enligt lagen om kommunal redovisning, god redovisningssed, delvis i enlighet med landstingets anvisningar och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning.

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

5 Nämndens yttrande över delrapport 2018

Nämnden har 2019-02-11 lämnat yttrande över delrapporten för 2018. Nämnden har i yttrandet besvarat samtliga frågor från revisionen. Nämnden har i huvudsak kommenterat revisionens synpunkter utan avvikande mening. Yttrandet från nämnden finns i bilaga 3.

[122] Fördjupad granskning av MT-utrustning och IKT-utrustning vid NKS – Stockholms läns landsting, revisionsrapport, PwC, mars 2018, s. 3.
[123] Fördjupad granskning av MT-utrustning och IKT-utrustning vid NKS – Stockholms läns landsting, revisionsrapport, PwC, mars 2018, s. 14-16.

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år och innevarande år: Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2012 (Projekt 5/2012) ID: 255	TILLÄMPNINGEN AV INFORMATIONSSÄKERHETEN INOM VÅRDEN Nämnden bör kontinuerligt följa upp att samtliga anställda genomgått utbildning gällande informationssäkerhet.		X		I december 2018 hade 3 661 medarbetare genomgått den nya DISA- utbildningen, dvs ca 22% av alla medarbetare på Karolinska Universitetssjukhuset. Det resultatet ligger i nivå med antal medarbetare som i november 2017 hade genomgått den tidigare DISA-utbildningen. Rekommendationen tas bort och ersätts med ny rek. nr. 1363
2013 (Projekt 5/2013) ID: 261	TILLGÅNGEN PÅ VÅRDPLATSER Nämnden bör på såväl sjukhus- som kliniknivå säkerställa att rutiner vid utlokalisering fungerar på ett sätt som minimerar patientsäkerhets- och arbetsmiljöriskerna.	X			Dokument och riktlinjer som förtydligar processen vid utlokaliseringar och överbeläggningar har tagits fram och har förankrats i verksamheten (uppdaterad 2018-06-18). Direktiven finns tillgängliga på sjukhusets intranät och tydliggör turordning för val av vårdplats när behov av utlokalisering föreligger. I första hand sker detta till samarbetskliniker inom respektive kluster. Varje dag sker klustersamverkansmöten där den rådande platssituationen analyseras och vid sjukhusets dagliga ”12-möte” skapas en plan för det kommande dygnets vårdplatsallokering. Patientflödesvyer har införts som ett stöd för sjukhusets verksamheter att följa patienter genom hela patientflödet. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
2013 (Projekt 15/2013) ID: 262	KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSETS OMSTÄLLNINGSARBETE Nämnden bör ta ett tydligare grepp om produktionsplaneringen så att bemanningen kan anpassas dels till omställningsarbetet i en genomförandefas, dels till nya arbetssätt i den framtida verksamheten.	X			Inflyttning i NKS, samtidigt med en genomgripande organisationsförändring, har krävt omfattande resurser från sjukhusets medarbetare. Produktionen har dragits ner inför och även efter inflyttning i NKS och genom kompetensväxling har sjukhuset strävat efter att optimera de olika yrkesgruppernas kompetens. Revisionen bedömer att sjukhusets arbete med att förbättra produktionsstyrningen har utvecklats, bl.a. genom en mer aktiv operativ styrning med regelbundna möten kring tillgänglighetssituationen inom olika verksamheter och genom en förbättrad samverkan mellan bl.a. opererande verksamheter och stödfunktioner. Genom sjukhusets verktyg Tableau kan salsnyttjande, vårdköer och andra flöden visualiseras och följas upp. Minskningen under 2018 av antalet väntande till operation bedöms till viss del kunna hänföras till det intensifierade arbetet med koordinering av operationskapacitet och vårdplatser. I och med att inflyttningarna i NKS i huvudsak är genomförda bedömer revisionen genomförandefasen som avslutad. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år och innevarande år: Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2018

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
2014 (Projekt 11/2014) ID: 553	INTERN KONTROLL AVSEENDE OEGENTLIGHETER Nämnden bör säkerställa att styrdokument om löpande uppföljning och kontroll av anställdas bisysslor samt köp från anställdas och anhörigas bolag följs.		X		Karolinska har implementerat en bisysloinventeringsmodul i personalsystemet Heroma som riktar sig till alla medarbetare. Karolinska har informerat medarbetarna i mejl om skyldighet att rapportera bisysslor. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2015 (Projekt 8/2015) ID: 741	PRODUKTIONSSTYRNING Nämnden bör säkerställa att sjukhusen har tillgång till ett enhetligt och effektivt verktyg för schemaläggning av personal.		X		Omvårdnadspersonal bemannas och schemaläggs huvudsakligen via Heroma. Tidigare har GAT varit ett verktyg som skulle implementerats för alla läkare inom SLL. I dagsläget används programmet för schemaläggning av läkare hos ett antal verksamheter på Karolinska men då leverantören nu lagt ner sin verksamhet i Sverige kommer programmet att avvecklas. Detta innebär att Karolinska, tillsammans med regionen, behöver komma överens om fortsatt process. Flera tillfälliga lösningar används idag, alltifrån excelblad till andra kommersiella produkter (Curatime, MediNet). Utöver detta drivs projekt kring schemaläggning i form av innovationsprojekt under Tema Barn och kvinnor, Tema Cancer samt TRM. Multiresursverktyget, som är under utveckling, är tänkt att underlätta koppling mellan bemanningsbehov och schemaläggning. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2016 (Projekt 11/2016) ID: 993	DEN FÖRSTA FLYTTEN TILL NKS. Nämnden behöver förlänga tidplanen för driftsättning och aktiveringsperioden inför nästa flytt för att bland annat kunna säkerställa att IT/IKT-systemen finns på plats så att tester av helheten kan genomföras.		X		Ett antal åtgärder vidtogs och testades innan flyttarna genomfördes 2018. Den viktigaste åtgärden inom IT/IKT var utbytet av Core-switchar som medförde ett stabilt nätverk, vilket utgör grunden för fungerande övervakning, larm och telefoni. Samtidigt har traditionella larm-, kallelse- och patientsignalfunktioner installerats som reservlösningar. Lösningar som inte uppfyllde kravspecifikationen, t.ex. notifieringslösningen och Myco-telefoner, har inte införts. Inom MT handlade det om att skapa en robust patientövervakning (PAMS) där en viktig del utgjordes av åtgärder inom nätverket (utbytet av Core-switchar). Därutöver genomfördes en uppdelning av systemet i olika sektioner för att öka kapaciteten och därmed minimera risk för störningar orsakade av överbelastningar. Funktionen mobil larm distribution uppfyllde inte kravspecifikationen och har därför inte tagits bruk. Flera extra säkerhetsnivåer är införda på NKS, t.ex. takpaneler med ljud för larm och fasta telefoner vid larmpaneler. Trots omfattande åtgärder finns kvarstående tekniska problem i NKS, t.ex. avseende PAMS. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år och innevarande år: Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2017 (Projekt 8/2017) ID: 1108	ÄRENDEPROCESSEN Nämnden bör se till att styrelseprotokoll utformas så att det tydligt framgår vad som beslutats och vilka uppdrag som nämnden lämnat. I protokollen bör nämnden också redovisa hur den har kommit fram till sitt beslut (förslag och yrkanden som lagts fram).			X	Granskningen visar att protokollen i flera avseenden som t.ex. redovisning av både yrkanden och beslut inte följer kommunallagen. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2017 Årsrapp ID: 1221	ÅRSRAPPORT Nämnden bör säkerställa att del- och årsrapport upprättas och rapporteras i enlighet med landstingsstyrelsens tidsplan och mallar.		X		Karolinska lämnade årsrapport i tid. En nämndbehandlad årsrapport inkl. protokollsutdrag har inkommit. Alla bilagor var med. Avvikelser i förhållande till budget har delvis analyserats och kommenterats i nämndens årsrapport. Oftast saknas dock belopp för avvikelserna, vilket innebär att avvikelsernas storleksordning inte går att bedöma. Revisionen anser vidare att spårbarheten mellan belopp och förklaringar i analysen kan förbättras. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2017 Årsrapp ID: 1231	UPPHANDLING Nämnden bör säkerställa att rutiner och arbetssätt för dokumentation av direktupphandlingar uppfyller krav i lagstiftning.		X		I styrdokumentet ”21 Rutiner för inköpare” finns beskrivet hur inköpare ska hantera direktupphandlingar under direktupphandlingsgränsen samt att beloppsgränsen ska kontrolleras mot andra köp av samma slag som genomförts under året. Under 2018 har för alla inköp över 100 000 kr införts att en vaktpostblankett ska fyllas i med motivering till inköpet. Blanketten ska undertecknas av inköpschefen. Samma förfarande används av Karolinskas universitetslaboratorium (KUL). Frivillig förhandsinsyn görs i princip alltid för de direktupphandlingar som överskrider direktupphandlingsgränsen. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2017 Delår ID: 1014	UPPFÖLJNING AV EFFEKT STRATEGISKA PROJEKT Nämnden bör följa upp effekterna av strategiska verksamhetsutvecklingsprojekt, såsom exempelvis utskrivningsprocessen eller hemvist för multisjuka patienter, även när ansvaret för genomförandet av dessa delegeras till respektive vårdverksamhet.		X		Nämndens vårdutskott får löpande uppdateringar kring sjukhusets mest prioriterade projekt och fokusområden. Beslut har tagits om införande av en gemensam sjukhusövergripande portföljhantering av utvecklings- och innovationsprojekt. En förstudie har genomförts, och slutligt beslut väntas under tertial 1. Denna väntas ytterligare underlätta nämndens uppföljning av effekterna av strategiska verksamhetsutvecklingsprojekt. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år och innevarande år: Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2017 Årsrapp ID: 1218	UPPHANDLING Nämnden bör säkerställa att undantag från konkurrensutnyttjande i upphandlingslagstiftningen tolkas restriktivt.		X		En vaktpostfunktion har införts under 2018 och samtliga direktupphandlingar över 100 000 kr registreras med ärendenummer i upphandlingssystemet. Genom att inköparna följer rutinen för inköpare säkerställs att det görs på rätt sätt. Däremot är det av praktiska skäl inte genomförbart att inköpsansvarig ska godkänna samtliga i förväg. Detta görs endast för direktupphandlingar över direktupphandlingsgränsen. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2017 Årsrapp ID: 1219	UPPHANDLING Nämnden bör säkerställa att det vid upphandlingar av betydande värden utformas en upphandlingsstrategi i enlighet med upphandlingspolicyn.		X		Inköpsavdelningen ställer idag inget krav på att det ska finnas en upphandlingsstrategi vid upphandlingar. Anledningen är att beställaren redan har genomfört förberedande åtgärder innan de kontaktar oss, ex marknadsanalys. Däremot anser inköpsavdelningen att det kan vara befogat vid större upphandlingar som beslutas av nämnden (>100 MSEK), t.ex. stora sjukhusövergripande upphandlingarna såsom städ, patientmåltider. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2017 Årsrapp ID: 1127	INTERN STYRNING OCH KONTROLL AV INKÖP OCH BESTÄLLNINGAR Nämnden bör skyndsamt säkerställa att regelverk och rutiner för kontroll och uppföljning av inköp och beställningar förstärks och efterlevs i alla led inte minst med oberoende kontroller av fakturerade kostnader, dvs kontroll av faktura mot avtal/ramavtal. (Kostnader för konsulter och inhyrd personal hanteras i rek 1222).		X		Revisionen bedömer att regelverk och rutiner, inklusive inbyggda kontroller, inom området antingen inte är tillräckliga eller att system och stöd saknas, för att säkerställa en tillräcklig intern styrning och kontroll. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2017 Årsrapp ID: 1222	INTERN STYRNING OCH KONTROLL AV KONSULTTJÄNSTER Nämnden bör skyndsamt säkerställa att regelverk och rutiner för kontroll och uppföljning av konsultkostnader och inhyrd personal förstärks och efterlevs i alla led inte minst med oberoende kontroller av fakturerade konsultkostnader.		X		Den granskning som revisionen har genomfört under 2018 visar att avvikelser fortfarande förekommer i den interna kontrollen av kostnader för konsulttjänster trots förstärkta rutiner. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2017 Årsrapp ID: 1224	INTERN STYRNING OCH KONTROLL AV KONSULTTJÄNSTER Nämnden bör i riskanalysen uppmärksamma risken för oegentligheter och förtroendeskada, särskilt kopplat till konsultanvändning.		X		I Karolinskas dokument "System och modell (med riktlinjer och anvisningar) för att upprätthålla en god intern kontroll" anges att - Inom området regelefterlevnad intar området oegentligheter en särskild ställning. Risk för oegentligheter skall alltid riskbedömas, oavsett hur styr- och kontrollmiljön beskrivs. Revisionen kommer att följa upp i vilken mån detta har beaktats. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år och innevarande år: Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2017 Årsrapp ID: 1223	INTERN STYRNING OCH KONTROLL AV KONSULTTJÄNSTER Nämnden bör ta fram regler och rutiner för hanteringen av jävs- och karantänfrågor vid tillsättande av högre tjänstemän.		X		Karolinska har inga egna regler eller styrdokument särskilt avseende jävsutredning i samband med anställningsprocessen. Det finns inte heller några uppgifter om ifall jävs- och karantänfrågor hanterats i någon rekrytering under året. När det gäller bisysslor så finns tydliga riktlinjer i de regiongemensamma riktlinjerna, vilket kan angränsa till frågan om jäv såtillvida att man kan försättas i en jävsituation på grund av en bisyssla. Den nya rekryteringsprocessen har tagits fram tillsammans med kompletterande kravprofiler. Genom att följa processen och tillämpa kravprofilerna minskas risken för jäv. Ytterligare exempel på riskminimerande åtgärder är de tester och analyser av testerna som görs i samband med rekrytering av chefer och andra ledningsfunktioner. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2017 Delår ID: 1045	ANSVAR OCH BEFOGENHETER Nämnden bör säkerställa att - beslutsrätten förs över enligt delegeringsreglerna i kommunallagen och att det inte används begrepp för en kommunal nämnd som exempelvis ”löpande förvaltning”. - delegering inte sker till tjänsteman och förtroendevald tillsammans - att ett övre beloppstak för vilka belopp som sjukhusdirektören kan besluta om fastställs.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2017 Delår ID: 1040	ANSVAR OCH BEFOGENHETER Nämnden bör i samverkan med landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige att revidera reglementet för Karolinska så att verksamhet och arbetsformer regleras i enlighet med kommunallagen.		X		Granskningen visar att ansvarig tjänsteman på förvaltningen haft en kontinuerlig dialog med landstingsstyrelsens förvaltning för att säkerställa att reglementet för Karolinska revideras. Rekommendationen bedömdes därför som delvis åtgärdad. Ett nytt reglemente har fastställts av landstings-fullmäktige. En närmare granskning av reglementets följsamhet till kommunallagen kommer att göras under 2019. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2017 Delår ID: 1042	ANSVAR OCH BEFOGENHETER Nämndens styrdokument bör formuleras så att det framgår att styrelsen beslutar i ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet och inte i ärenden av principiell art eftersom sådana beslut enligt kommunallagen är förbehållet fullmäktige		X		Granskning av sjukhusledningens tillämpningsanvisning för ärendeprocessen visar att styrelsen (nämnden) beslutar alltid i ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet. Rekommendationen med avseende på tillämpningsanvisningen är åtgärdad Rekommendationen med avseende på delegationsordningen kommer att granskas under 2019. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år och innevarande år: Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2017 Delår ID: 1043	ANSVAR OCH BEFOGENHETER Nämnden bör reglera representationsbefogenheten, dvs. rätt att representera nämnden genom att underteckna handlingar.			X	I yttrandet från styrelsen över revisionens delrapport 2017 framgår att detta ska åtgärdas, vilket dock ännu inte skett. Rekommendationen är inte åtgärdad. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1449	ÄRENDEPROCESSEN Nämnden bör ta ställning till väsentliga delar i ärendeprocessen för att definiera vilken kvalitet ärenden och beslutsunderlag behöver ha för att nämnden ska kunna besluta.				Rekommendationen ersätter två tidigare rekommendationer: ID 1107 & 1109 Bakgrund till rekommendationen: Sjukhusledningen har i november 2018 tagit fram tillämpningsanvisningar och ärendemall i syfte att såväl dokumentera som precisera ärendeprocessen samt styra hur handläggaren ska bereda ärenden och beslutsunderlag. Revisonen menar att nämnden bör ta ställning till väsentliga delar i ärendeprocessen för att definiera vilken kvalitet ärenden och beslutsunderlag behöver ha för att nämnden ska kunna besluta. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Delår ID: 1313	VERKSAMHETSSTYRNINGSROLLER OCH ANSVAR FÖR INTERN KONTROLL Nämnden bör ta fram en samlad beskrivning av hur roller och ansvar för intern kontroll är fördelade i sjukhusets organisation och hur funktionerna ska samspela för att nå målen om en tillräcklig intern kontroll.				Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2018 (Projekt 11/2018) ID: 1446	SYSTEMATISKT ARBETSMILJÖARBETE Nämnden bör ta fram indikatorer som gör det möjligt att följa utvecklingen av arbetsmiljön över tid.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1440	SKYDD MOT OTILLÅTEN PÅVERKAN Nämnden bör ta del av uppföljningen av säkerhetsarbetet för att säkerställa att det bedrivs ett tillräckligt arbete för att skydda högre tjänstemän mot otillåten påverkan.				Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2018 (Projekt 11/2018) ID: 1444	SYSTEMATISKT ARBETSMILJÖARBETE Nämnden bör säkerställa att det finns en överensstämmelse mellan ansvar och befogenheter för första linjens chefer när det gäller arbetsmiljön för arbetstagare som arbetar utanför den egna enheten.				Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2018 (Projekt 7/2018) ID: 1351	KOMPETENSFÖRSÖRJNING Nämnden bör analysera hur nuvarande och kommande uppdrag påverkar sjukhusets behov av kompetensförsörjning.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1434	KRIS- OCH KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAP Nämnden bör fatta beslut om den lokala kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen i enlighet med fullmäktiges krav.				Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.

Sammanställning och uppföljning av lämnade rekommendationer avseende tidigare år och innevarande år: Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2018

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
2018 (Projekt 7/2018) ID: 1348	KOMPETENSFÖRSÖRJNING Nämnden bör ta ett mer proaktivt ansvar för kompetensförsörjningen t.ex. genom att prioritera och följa upp vilka effekter handlingsplanens aktiviteter ger.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 (Projekt 7/2018) ID: 1350	KOMPETENSFÖRSÖRJNING Nämnden bör säkerställa att erfarenheter av tidigare genomförda aktiviteter tas till vara i syfte att dra lärdomar inför nya åtgärder.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1435	KRIS- OCH KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAP Nämnden bör säkerställa att risk- och sårbarhetsanalys samt kontinuitetsplanering genomförs.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1436	KRIS- OCH KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAP Nämnden bör säkerställa att en utbildnings- och övningsplan för kris- och katastrofmedicinsk beredskap, inklusive kriskommunikation, utarbetas samt se till att sjukhuset regelbundet genomför utbildningar och övningar i kris- och katastrofmedicinsk beredskap.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 (Projekt 8/2018) ID: 1362	INFORMATIONSSÄKERHET Nämnden bör säkerställa att det grundläggande systematiska informationssäkerhetsarbetet omfattar samtliga verksamheter på alla nivåer.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 (Projekt 8/2018) ID: 1363	INFORMATIONSSÄKERHET Nämnden bör säkerställa att samtliga anställda genomgår regionens utbildning för informationssäkerhet.				Rekommendationen ersätter en tidigare rek, nr 255. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Delår ID: 1312	EKONOMISTYRNING Nämnden bör säkerställa att det finns tydliga och dokumenterade processer för ekonomistyrning som är anpassade till sjukhusets nya verksamhetsmodell och organisation.				Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1447	ANSVAR OCH BEFOGENHETER Nämnden bör se till att det i protokollet/ och eller anslagsbevis innehåller ett justeringsdatum, som sedan anslagsdatum och datum för nedtagande av anslagsbeviset utgår ifrån.				Rekommendationen är ny. Grundas på granskning/uppföljning av övriga rekommendationer som lämnades i granskning av ansvar och befogenheter till delår 2017. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 ID: 1448	ANSVAR OCH BEFOGENHETER Nämnden bör säkerställa att personalföreträdare endast närvarar i enlighet med kommunallagen.				Rekommendationen är ny. Grundas på granskning/uppföljning av övriga rekommendationer som lämnades i granskning av ansvar och befogenheter till delår 2017. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Delår ID: 1317	ANSVAR OCH BEFOGENHETER - UPPDATERAD ARBETSORDNING Nämnden bör revidera arbetsordningen så att den följer kommunallagen.				Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGSKRITERIER FÖR 2018

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges mål samt följt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten. Verksamhetens resultat och resurser står i ett rimligt förhållande till varandra.

Bedömningsmål:

1. Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges resultatkrav och övriga ekonomiska mål.

2. Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges mål för verksamheten och genomfört tilldelade uppdrag.

3. Nämndens/styrelsens verksamhet har bedrivits i enlighet med för verksamheten gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.

Bedömningskriterier:

Tillfredsställande
Bedömningsmålen bedöms i allt väsentligt vara uppfyllda. Avvikelser kan förekomma.

Inte helt tillfredsställande
Bedömningsmålen bedöms delvis vara uppfyllda. Det finns större och/eller flera avvikelser.

Otillfredsställande
Bedömningsmålen bedöms inte vara uppfyllda. Det finns allvarliga avvikelser som måste åtgärdas snarast.
Kommentar: Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Intern styrning och kontroll

Nämnden/styrelsen ansvarar för att det finns en intern styrning och kontroll som med rimlig grad av säkerhet leder till måluppfyllelse, effektiv verksamhet och regelefterlevnad.

Bedömningsmål:

1. Nämnden/styrelsen har fastställt en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter.

2. Nämnden/styrelsen har i budget/verksamhetsplan fastställt ekonomiska och verksamhetsmässiga mål i linje med fullmäktiges mål och övriga uppdrag. Målen är mätbara/uppföljningsbara.

3. Nämnden/styrelsen har riktlinjer och rutiner för väsentliga områden för att säkerställa att verksamhetens uppdrag och mål uppnås samt att lagar, föreskrifter m.m. följs.

4. Nämnden/styrelsen har genomfört en riskanalys som identifierar, värderar och prioriterar väsentliga risker. Nämnden/ styrelsen har i en internkontrollplan fastställt vilka åtgärder/ kontroller som ska hantera prioriterade risker.

5. Nämnden/styrelsen följer kontinuerligt och systematiskt upp ekonomi och verksamhet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.

6. Nämnden/styrelsen har ett informations- och kommunikationssystem som stödjer styrning, kontroll och uppföljning av verksamheten.

7. Nämndens/styrelsens rapportering ger en rättvisande och tillförlitlig information om ekonomi och verksamhet.

Bedömningskriterier

Tillräcklig
Bedömningsmålen bedöms i allt väsentligt vara uppfyllda. Avvikelser kan förekomma.

Inte helt tillräcklig
Bedömningsmålen bedöms delvis vara uppfyllda. Det finns större och/eller flera avvikelser.

Otillräcklig
Bedömningsmålen bedöms inte vara uppfyllda. Det finns allvarliga avvikelser som måste åtgärdas snarast.
Kommentar: Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Räkenskaper

Nämndens/styrelsens redovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning och kan ligga till grund för styrning, ledning, uppföljning och kontroll av den verksamhet som bedrivs.

Bedömningsmål:

1. Nämndens/styrelsens räkenskaper är upprättade i enlighet med den kommunala redovisningslagen, god redovisningssed samt landstingets regler och anvisningar.

2. Nämndens/styrelsens delårsrapport och årsbokslut/årsredovisning ger en rättvisande bild av resultat och ställning.

Bedömningskriterier:

Rättvisande
Räkenskaperna uppfyller i allt väsentligt bedömningsmålen. Avvikelser kan förekomma. Eventuella värderings-, klassificerings- och/eller upplysningsfel är inte av sådan karaktär att de väsentligen påverkar bilden av nämndens/styrelsens resultat och ställning.

Inte rättvisande
Räkenskaperna innehåller allvarliga avvikelser i förhållande till bedömningsmålen.
Kommentar: Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Ärende/D-nr: K2018-7127
2019-02-11

Yttrande över landstingsrevisorernas delrapport 2018

Styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset har för yttrande senast den 2 februari 2019 mottagit landstingsrevisorerna delrapport 2018. Styrelsen har fått anstånd med att lämna in yttrandet till strax efter styrelsemötet den 11 februari 2019.

Bakgrund

Landstingsrevisorerna är den gemensamma benämningen på de förtroendevalda revisorerna även kallade lekmannarevisorer och revisionskontoret. Olika regler gäller för bolag och förvaltningar. Styrande dokument för förvaltningar är:

- God revisionssed i Kommunal verksamhet
- Kommunallagen
- Reglemente för Stockholms läns landstings (SLL:s) revision
- Revisionsplan

Revisionsuppdraget är uppdelat i tre revisionsområden. Karolinska ingår i revisionsgrupp II.
De förtroendevalda revisorerna i revisionsgrupp II är fr.o.m. 2015:

Ordförande: Hans-Erik Salomonsson (S)
Vice Ordförande: Berit Assarsson (M)
Leni Björklund (S)
Carl-Anders Ifvarsson (L)
Fredrik Bojerud (C)
Ewa Törngren (V)
Lena Samuelsson (KD)

Revisionskontoret biträder revisorerna i deras arbete.

Revisionskontoret använder både egen personal och externa konsulter i sin granskning. Avtal tecknas med någon av de stora konsultfirmorna för den löpande granskningen. Ibland anlitas konsulter från andra konsultfirmor för särskilda granskningsuppdrag. Under året genomför revisionskontoret granskningar i enlighet med revisionsplanen. Revisionsplanen underhandkommuniceras med Karolinska.

Förutom löpande granskning genomförs granskningar som resulterar i projektrapporter. Samtliga rapporter skickas ut till den granskade verksamheten för faktagranskning. Den löpande granskningen resulterar i en delrapport som är klar sent under hösten (den i föreliggande yttrande aktuella rapporten). En samlad bedömning sker sedan i en årsrapport. I årsrapporten återkommer mycket av det som behandlats i projektrapporter och i delrapporten avseende löpande granskningen. I årsrapporten samlas de rekommendationer som framkommit genom projektrapporter och löpande granskning. Rekommendationerna är uppdelade på en A- och en B-lista. B-listan delges inte styrelsen.

Flera av rapporterna avseende Karolinska skickas ut till sjukhusets styrelse för yttrande, möjlighet till yttrande eller kännedom. Rapporter som inte direkt berör Karolinska men som ändå är av intresse för sjukhuset skickas till styrelsen för kännedom.

Om rapporten

Rapporten indelas i avsnitten

- Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat
- Intern styrning och kontroll
- Räkenskaper

I bilagor till rapporten sammanställs och beskrivs uppföljning av årets och tidigare års lämnade rekommendationer både till styrelsen (A-lista) och ledningen (B-lista) samt styrelsens yttrande över årsrapport 2017. I en egen bilaga beskrivs mer detaljerat revisionens granskning av styrelsens uppdaterade arbetsordning för 2018.

Rapporten är en del i landstingsrevisorernas löpande granskning.

Om ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat skriver sammanfattningsvis landstingsrevisorerna:

Sjukhusets styrelse prognostiserar årets resultat till -540 mnkr. Avvikelser i förhållande till budget har till viss del analyserats och kommenterats i styrelsens delårsrapport. Revisionen bedömer att den ekonomiska analysen i delårsrapporten behöver förbättras för att styrelsen, fullmäktige och revisionen ska kunna bedöma sjukhusets ekonomiska läge.

Sjukhusets styrelse bedömer att fullmäktiges mål för verksamheten i huvudsak inte kommer att uppnås. Måluppfyllelsen har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i styrelsens delårsrapport. Styrelsen bedömer att fullmäktiges uppdrag för verksamheten delvis kommer att genomföras under året.

Revisionen bedömer att styrelsens prognos för det ekonomiska resultatet är behäftad med osäkerheter dels för att brister i analysen försvårar bedömningen, dels p.g.a. de relativt stora verksamhetsmässiga risker som Karolinska anger. Revisionen bedömer det verksamhetsmässiga resultatet i allt väsentligt som rimlig.

Om intern styrning och kontroll skriver sammanfattningsvis landstingsrevisorerna:

Sjukhusets styrelse pekade inför 2018 på att de ekonomiska förutsättningarna är utmanande för sjukhuset och att förseningar i utflytt av vård bör kompenseras ekonomiskt. Sjukhuset anser att av det ekonomiska underskottet på -540 mnkr t.o.m. augusti 2018, beror 300 mnkr på förseningar i utflytt av vård.

Revisionen bedömer sammantaget att styrelsen, givet det allvarliga ekonomiska läget, hittills inte under 2018 har vidtagit tillräckliga åtgärder för att begränsa underskottet eller tydliggjort sina ställningstaganden i detta avseende. Revisionen bedömer att den ekonomiska analysen i rapporteringen behöver förbättras för att styrelsen ska kunna följa vilken effekt som sjukhusets effektiviseringsarbete ger. Styrelsen och ledningen behöver även försäkra sig om att beslutade prioriteringar får genomslag i verksamheten och att verksamhetskritisk information fångas upp i tid för att nödvändiga omprioriteringar ska kunna göras. Vidtagna åtgärder för att öka måluppfyllelsen, t.ex. avseende tillgänglighet och bemanningssituationen bedömer revisionen inte är helt tillräckliga. Andelen som har väntat längre än vad som ges av vårdgarantin har ökat eller är oförändrade. Effekten av de olika åtgärder/aktiviteter som genomförts för att förbättra tillgången på framför allt sjuksköterskor är svåra att bedöma, men bristen på sjuksköterskor kvarstår.

Revisionen bedömer att ansvaret för arbetet med den interna kontrollen på övergripande nivå med två nya funktioner, compliance officer och risk manager, inte är tydliggjort. En beskrivning av ansvar och roller behöver tas fram.

Revisionen framförde i årsrapporten 2017 att styrelsen i lagens mening är en nämnd som regleras av kommunallagen. Revisionens granskning även under 2018 har visat att aktiebolagslagens regler för hur bolag ska styras fortsatt används i styrningen av Karolinska. Även om landstingets centrala styrning utgår från att Karolinska ska bedrivas under bolagsliknande former har styrelsen ett eget ansvar att styra sin verksamhet i enlighet med gällande lagstiftning. Revisionen bedömer att den under 2018 uppdaterade arbetsordningen i flera avseenden behöver revideras i enlighet med kommunallagen.

Revisionen är medveten om att Karolinska är inne i en intensiv förändringsprocess. När det gäller den interna styrningen och kontrollen bedömer revisionen, liksom i årsrapporten för 2017, att åtgärder omgående behöver införas i verksamheten och tydliga förbättringar påvisas.

Och om räkenskaper skriver sammanfattningsvis landstingsrevisorerna:

I granskningen har det inte, utöver vad som framgår i avsnitt 3.1, kommit fram några omständigheter som ger anledning att anse att styrelsens delårsrapport inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med lagen om kommunal redovisning och god redovisningssed.

Landstingsrevisorerna önskar styrelsens synpunkter särskilt vad gäller:

- Vidtagna åtgärder för att begränsa det ekonomiska underskottet,
- vidtagna åtgärder för att förbättra bemanningssituationen,
- hur den interna kontrollen ska vara organiserad på sjukhuset,
- hur arbetet bedrivs med översyn av styrdokument med utgångspunkt från att styrelsen i lagens mening är en nämnd som regleras av kommunallagen samt
- åtgärder när det gäller att tydliggöra och säkerställa ekonomistyrningsprocessen.

Styrelsens yttrande

Ärendet har handlagts av administrativ direktör Gunnar Gustafsson Wiss och ekonomidirektör Margareta Fast. Rapporten har inom Karolinska varit på remiss för synpunkter och kommentarer till tf sjukhusdirektör Annika Tibell, direktör för Kvalitet och Patientsäkerhet Nina Nelson Follin, ekonomidirektör Margareta Fast, IT-direktör Anders Jönebratt, tf HR-direktör Kajsa Södergran, administrativ direktör Gunnar Gustafsson Wiss och internrevisor Ole Alvin

Styrelsens yttrande över rapporten:

Vidtagna åtgärder för att begränsa det ekonomiska underskottet

För att bedöma den ekonomiska utvecklingen 2018 och vidtagna åtgärder, behöver en kort bakgrund beskrivas.

Rapporten visar på de utmaningar och problem som sjukhuset haft att hantera, där många delar beror av de förändringar som genomförts under senaste årens omställningsperiod med driftsättning av nya lokaler, nytt uppdrag, förändrad verksamhetsmodell samt de stora problemen med kompetensförsörjning.

Under perioden 2015–2017 har sjukhuset ekonomiska resultat förbättrats med drygt 500 mnkr. En av de större orsakerna till den negativa ekonomiska utvecklingen 2018 är genomförande av nytt uppdrag med utflytt av

vård. Området identifierades redan 2015 som ett riskområde eftersom beställarens operativa planer ej var tillräckligt konkreta. Detta har sjukhuset kommunicerat med LSF och HSF sedan 2015. Karolinska har även från start varit drivande i arbetet med framtagande av en konkret genomförandeplan. Den risk som sjukhuset främst framhöll var att tillräcklig mottagarkapacitet saknades vilket har haft en direkt påverkan på sjukhusets ekonomi. Avseende driftsättning av NKS/NKH har risken främst legat i ökad omfattning av uppdraget tillsammans med hög komplexitet samt problemen med att lämna det äldre lokalerna i Solna vilket påverkat de förutsättningar som sjukhusets budget baserats på.

Det nya vårdavtalet som då färdigställdes inkluderade möjlighet till revidering av avtalet för större förändringar. Redan 2016 var det känt att tidplanen var försenad. HSF beslutade då att konsekvenserna skulle beaktas och justeras 2017 och 2018 om behov kvarstod.

Problemet med avsaknad av mottagarkapacitet accentuerades 2017 samtidigt som sjukhuset hade svårt att reducera kostnad för vård som fortsatt utfördes av sjukhuset och totalt negativ ekonomisk effekt avseendenytt uppdrag med -180 mnkr för 2017. Inför 2018 reducerades sjukhuset intäkter (-425 mnkr) vilket var väsentlig högre än planerad utflyttsvolym. Den viktigast orsaken till detta var att öppnandet av sjukhusets intensivakutmottagning flyttats från den första oktober 2017 till första maj 2018. Detta förhållande kommunicerades tydligt av sjukhusets styrelse och sjukhusledning. Överenskommelsen med HSF var att effekterna skulle utvärderas under 2018. Under perioden 2016–2018 uppgår sjukhuset reducerade intäkter till 725 mnkr. Sjukhuset reducerar sina kostnader med 270 mnkr vilket innebär en negativ effekt på - 455 mnkr. Av dessa 455 mnkr avser ca 380 mnkr orsaker av systemkaraktär, t.ex. framflyttning av öppnandet av intensivakutmottagningen.

Utvärderingen som genomfördes av HSF innebar att stora delar av de negativa ekonomiska konsekvenserna har uppstått p.g.a. framflyttad tidplan. Detta har inte lett till någon förstärkning av sjukhusets intäkter. Metoden som HSF använt för att beräkna reduktion av ersättning i vårdavtalet har varit "grov", med begränsad hänsyn till vilka kostnader som är rörliga. Sjukhusets budget tillsamman med givet uppdrag kan därför sägas vara orealistiskt när tidplanen för genomförandet förändrats.

De åtgärder som planerades för 2018 var omfattande. Nivån på åtgärder för att stärka resultatet sattes betydligt högre än 2016 och 2017 och uppgick till 300 mnkr och 225 mnkr avseende åtgärder för utflytt av vård, sammanlagt 525 mnkr. Dessutom planerades ytterligare åtgärder utöver de beslutade 525 Mkr. Styrelsen beslutade att ej genomföra dessa åtgärder p.g.a. hög påverkan på vårdkapacitet avseende operation och vårdplatser samt den tillkommande satsningen på tillgänglighet som beslutades av SLL i början av 2018.

Nedan summeras de förändrade förutsättningarna som markant påverkat ekonomin 2018.

SLL interna förändringar:

- nytt uppdrag – reduktion av finansiering med 425 Mkr 2018 för vård som flyttas ut med negativ resultateffekt på över 300 Mkr p.g.a. förändrad tidplan.
- ökat fokus på tillgänglighet med tillkommande medel, men har påverkat uppdraget att både balansera åtgärder för kostnadsreduktion och att öka vårdkapacitet för ökad tillgänglighet.
- ökade pensionskostnader enligt förändring från SLL uppgående till ca 235 Mkr i priseffekt för 2018 där effekt 2017 var 90 Mkr, vilket ger en priseffekt på 325 Mkr på två år. Detta ska jämföras med ordinarie lönekostnadsökning per år på ca 200 Mkr enligt avtal, vilket innebär att hantera sammantaget över 400 Mkr i bemanningseffekter på ett år.
- Driftsättning nya lokaler – under omställningsperioden har en separat budget funnits med omställningsmedel för att finansiera dessa aktiviteter. Det har dock ökat i omfattning och komplexitet i.o.m. fler fastigheter samt mer komplex driftsättning avseende IT och MT än vad som varit planerat för perioden. Utöver detta har tillkommit kostnader för kvalitetsbrister och fel i fastigheter, IT och MT

utrustning, samt reducerade hyresintäkter vid försenad inflyttning till Bioclinicum. Detta har lett till förlängd genomförandeperiod som orsakat ökade kostnader. Finansieringen har kunnat balanseras till 2017, men från 2018 och främst från 2019 uppstår större gap jämfört med budget för omställningsarbetet.

Externa faktorer med väsentligt förändringar 2018 jämfört 2017;

- Fortsatt svårt att bemanna för planerade vårdvolymer och tillgänglighet, primärt inom slutenvården, vilket ökat kostnadsutvecklingen avseende egen personal och inhyrd bemanning
- Läkemedel – special och särläkemedel har en prisutveckling (ca 10–15%) långt över vårdavtalets indexering

Sammantaget uppgår de förändrade förutsättningarna som är svårast att balansera med åtgärder på ett års sikt avseende nytt uppdrag och priseffekt pensioner till över 500 mnkr, vilket ska ställas mot den nivå åtgärder om 525 mnkr som ingick i plan 2018.

Under 2018 har arbete med att anpassa bemanning till det nya uppdraget genomförts för att säkerställa effekt under 2019 och framåt. Det kommer ske stegvis och reducera personalkostnaderna, där en balansering mot vårduppdrag och tillgänglighet också inkluderas. Mer om detta framgår i verksamhetsplan 2019.

Åtgärder när det gäller att tydliggöra ekonomistyrningsprocessen

Styrelsen har ett mer omfattande arbete med sjukhuset avseende både styrelsemöten och utskott för vård och ekonomi. Åtgärder har vidtagits för att stärka den ekonomiska rapporteringen till både omfattning och periodicitet.

Under omställningsperioden med driftsättning och flytt till nya lokaler, nytt uppdrag och ny verksamhetsmodell har påverkan från IT-förändringar orsakat effekter för ekonomistyrningen och informationsförsörjningen för operativ styrinformation ekonomi och vård. Ledning har förberett och genomfört anpassning av arbetssätt och verktyg och ansvar under övergångsfas till implementerad flytt och organisation slutförd.

Tydliga spelregler om ansvar under interimsfas för vård och ekonomi har gällt och hanteras med vissa tillägg inom respektive enhet. Sjukhuset har nu fokus på att förbättra informationsförsörjningen. Utbildning och träning för en generell ökad kompetens avseende ekonomi finns etablerad inom sjukhuset som riktar sig till chefer och har även genomförts under förändringsperioden. Första linjen chefer kommer att vara i speciellt fokus.

Utveckling och förbättring av sjukhusets nya verksamhetsmodell

Styrelsens vårdutskott har utrett sjukhusets nya verksamhetsmodell. Styrelsen beslutade den 8 januari 2019 att

- Ge sjukhusdirektören i uppgift att vidta åtgärder för att förtydliga ansvar och delegation på olika beslutsnivåer. Den roll som verksamhetschefen har i statlig reglering ska särskilt belysas. Sjukhusdirektören ska också bedöma hur sjukhuset följer Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011 :6) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Uppdraget ska delredovisas vid styrelsesammanträdet den 11 februari 2019.
- Ge sjukhusdirektören i uppdrag att, av såväl verksamhetsmässiga som ekonomiska skäl, göra en fortsatt översyn av organisationen kring patientflöden och medicinska specialiteter. Dessutom ska en översyn av jourlinjerna göras. Vid översynen ska särskilt beaktas möjligheterna att minska uppdelningen av medicinska specialiteter på olika teman/patientområden. Utifrån dessa översyner bör förslag till

organisatoriska modifieringar presenteras. Hur uppdraget fortskrider ska rapporteras återkommande vid styrelsens sammanträden under första halvåret 2019.

- Styrelsen ser bättre informationsförsörjning för förstalinjechefer som en avgörande fråga för att förbättra vårdverksamheternas möjligheter att styra ekonomi, vårdproduktion och vårdkvalitet. Styrelsen önskar rapportering om hur arbetet med att förbättra informationsförsörjningen för förstalinjechefer fortskrider vid varje kommande sammanträde under första halvåret 2019.

Vidtagna åtgärder för att förbättra bemanningssituationen

Kompetensförsörjningen och utvecklingen av den goda arbetsmiljön är A och O för Karolinska som sjukhus och arbetsplats. Den utmanande bemanningssituationen kvarstår och förväntas kvarstå under 2019. Den behöver mötas med såväl regions- och sjukhusövergripande aktiviteter som enhetsspecifika åtgärder på ett flertal områden. Nedan beskrivs några av de under 2018 vidtagna åtgärderna som gjorts för att säkerställa rätt och effektiv bemanning, samt för att attrahera, rekrytera och utveckla medarbetare.

1. **Säkerställa rätt bemanning:** Den sedan i höstas pågående detaljerade personalplanering ger sjukhuset möjlighet att säkerställa rätt bemanning och förbättra bemanningsplaneringen. Åtgärder har också startat för en framtida integrerad planering av personal, produktion och ekonomi. Inom schemaläggning pågår åtgärder som bidrar till både bättre resursplanering och bättre arbetsmiljö. Exempel på detta är den delvis införda GAT-planeringen för läkare (SLL-gemensam planering av alternativa metoder pågår) samt hälsosammare schemaläggning i samband med det pågående införandet av nya arbetstidsavtalet för sjuksköterskor. Exempel på genomförda åtgärder för att minska trycket på högt efterfrågad personal är den inom Tema Åldrande inrättade akutavdelningen för sköra äldre. Genom denna förändrade arbetsorganisation har väntetiderna på akuten kortats betydligt.
2. **Attrahera:** Under 2018 har en strategi, process och organisation utvecklats inom området arbetsgivarvarumärke – i syfte att stärka och utveckla Karolinska som arbetsgivarvarumärke. Framtagande och implementering av Karolinska Universitetssjukhusets medarbetarlöfte, nytt rekryteringsmaterial, rekryteringsevents samt uppföljning av kandidatupplevelser via ny enkät till ett urval av 11 000 kandidater är exempel på genomförda åtgärder under 2018.
   Rekryteringsorganisationen har centraliserats och stärkts. Varje Tema har rekryteringsansvariga, vilket effektiviserat och förbättrat rekryteringsarbetet i linjen. Fram till november hade ca 2300 annonser och 31 500 ansökningar hanterats. Även ett arbete med förstärkt introduktionsprocess och snabbare introduktion har påbörjats. Karolinskas egna bemanningscentrum har vidareutvecklats och förstärkts med en tydlig målbild att minska behovet av externa bemanningsresurser. Bemanningscentrum fokuserar på bemanning av sjuksköterskor och undersköterskor, intern Chefsuthyrning, avropskanal för Extern Bemanning enligt avtal samt Traineeprogram. Årligen bemannas nu ungefär 10 000 arbetspass via bemanningscentrum. (det är en ökning, men den externa inhyrningen ökar i snabbare takt. Ytterligare och förstärkta insatser krävs framöver)
3. **Utveckla:** Arbetet med att införa den SLL gemensamma kompetensplaneringsprocessen (KOLL) har fortsatt. Andelen medarbetar med individuell utvecklingsplan stiger och är enligt senaste medarbetarundersökningen nu uppe i 64%. Kompetensstegar för sjuksköterskor införs i hela verksamheten, och planering för yrkesgruppen undersköterskor är inledd. Satsningen på finansiering (med kvarstannandelöfte) av specialistsjuksköterskeutbildning har fortsatt - i egen regi i det fall ej regionfinansiering ej kunnat erhållas. 222 studenter antogs under 2018.

Hur den interna kontrollen ska vara organiserad på sjukhuset

Karolinska tillämpar en modell för intern kontroll som beskrivs i policydokumentet "Karolinskas system och modell (med regler och anvisningar) för att upprätthålla en god intern kontroll". Policydokumentet är i enlighet med regionens policy för intern kontroll. Både på regionnivå och sjukhusnivå är policydokumenten under uppdatering. På sjukhuset har t.ex. en funktion som "compliance officer" inrättats och bemannats. Dokumentet är under uppdatering. Interrevisorns roll innebär rapportering till styrelsen. Den nyinrättade funktionen som "compliance officer" rapporterar till sjukhusdirektören. Innehållet i funktion handlar främst om att säkerställa regelefterlevnad.

Hur arbetet bedrivs med översyn av styrdokument med utgångspunkt från att styrelsen i lagens mening är en nämnd som regleras av kommunallagen

De rekommendationer som landstingsrevisorerna har lämnat har huvudsakligen åtgärdats. En utredning avseende frågan har genomförts, på uppdrag av Karolinska, av förbundsjurist vid Sveriges Kommuner och Landsting. Regionen har arbetat fram ett nytt reglemente. Karolinska har anpassat tillämpliga styrdokument i enlighet med detta.

Håkan Sörman
Styrelsens ordförande

Dokument för ärendeprocessen och styrelsens (nämndens) protokoll

1.1 Tillämpningsanvisningar

Med anledning av de två rekommendationerna har sjukhusledningen i november 2018 tagit fram dels *Tillämpningsanvisning för ärendeprocess* med tillhörande processbeskrivning[1], dels *Tillämpningsanvisning för beslutsunderlag* till styrelsen[2] och ärendemall. Sjukhusledningen har bedömt att dokumenten inte behöver fastställas av styrelsen (nämnden).

Tillämpningsanvisning för ärendeprocessen syftar till att precisera sjukhusets process för hantering av ärenden som ska avgöras av styrelsen (nämnden) alternativt återrapporteras till styrelsen (delegationsbeslut). I tillämpningsanvisningen beskrivs ansvar, roller och befogenheter i ärendeprocessens åtta steg, som t.ex. ärendefördelning, handläggning, utskick av beslutsunderlag, styrelsemöte och beslut fattas samt beslutet expedieras och verkställs.

När ett ärende initieras eller inkommer ska en bedömning göras för att säkerställa att ärendet beslutas på rätt nivå. Styrelsen (nämnden) beskrivs alltid besluta i ärenden som verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. I ärendefördelning ansvarar staben administration och service för hanteringen av ärenden som ska behandlas av styrelsen (nämnden). En fördelningsgrupp[3] har till uppgift att se till att ärendet hamnar på rätt beslutsnivå i organisationen och att bedöma om ärendet ska avgöras av styrelsen alternativt av annan befattningshavare med stöd av delegation. Oavsett om ärendet ska avgöras av styrelsen (nämnden) eller av delegat kontaktar registrator föredragande för beredning av ärendet.

Tillämpningsanvisning för beslutsunderlag till styrelsen anger hur beslutsunderlaget till styrelsen ska ut och vad det ska innehålla. Beslutsunderlaget ska bestå av två delar; dokumentet (t.ex. yttrande eller utredning) som ska beslutas om och ärendemall. Enligt revisionen motsvarar ärendemallen en tjänsteskrivelse/ett tjänsteutlåtande. Ärendemallen består av följande rubriker under vilket ärendet ska beskrivas: ärende-/diarienummer, datum, ärenderubrik, bakgrund, förslag/information[4], ekonomiska konsekvenser, miljö-/arbetsmiljökonsekvenser samt övriga konsekvenser[5], facklig samverkan och förslag till beslut.

Enligt *Tillämpningsanvisning för ärendeprocessen* kvalitetssäkras ärendet först av närmaste chef över handläggaren och därefter berörd tema- eller stabschef. Vidare gör administrativ direktör, tillika styrelsens sekreterare, en

---

[1] Daterad 2018-11-13, dokument nr: STAB5761
[2] Daterad 2018-11-13, dokument nr: STAB5762
[3] I fördelningsgruppen ingår administrativ direktör, kanslichef tillika jurist samt sjukhusarkivarie. Fördelningsgruppen samråder, vid behov, med andra funktioner som t.ex. chefläkare.
[4] Enligt mallen ska olika infallsvinklar belysas, och handlingsalternativ ska analyseras och redovisas.
[5] Enligt mallen ska konsekvensanalysen tas fram i samarbete med Ekonomistaben, miljöchefen och HR-staben. Det ska redovisas en säkerställd finansiering när ärendet innehåller investeringsutgifter eller driftskostnader.

formaliagranskning av ärendet. Vid behov gör kanslichef, tillika jurist, juridisk granskning av ärendet. Slutligen godkänner sjukhusdirektören alla ärenden som ska behandlas av styrelsen (nämnden). Styrelsens (nämndens) sekreterare ansvarar för att sammanställa kallelse och dagordning samt skicka ut dagordning och ärenden samt beslutsunderlag före styrelsesammanträde (nämndsammanträde). Det finns ingen hänvisning i tillämpningsanvisningen till det tidigare reglementet (som gällde under 2018)[6] som fastslog att ordförande ansvarar för att kallelse utfärdas till sammanträden. I nuvarande reglemente har ordförandes ansvar utökats. Förutom ansvaret att utfärda kallelse till sammanträden bestämmer ordförande i vilken utsträckning handlingar tillhörande ett ärende på föredragningslistan ska bifogas kallelsen. Ordföranden ska i kallelsen ange om utelämnande av handlingar har skett. Bland annat åligger det ordföranden att inför sammanträden se till att ärenden som ska behandlas i nämnden vid behov är beredda. Revisionen noterar att ordförandes ansvar enligt nuvarande reglemente definieras i förslag till ny arbetsordning för styrelsen (nämnden)[7].

Revisionen noterar att flera ärenden och beslutsunderlag till sammanträdet 2019-02-11 har upprättats i enlighet med *Tillämpningsanvisning för beslutsunderlag till styrelsen* och ärendemallen.

1.2 Jämförelse mellan ärendemall och protokoll

Nedan redogörs iakttagelser i jämförelse mellan ärendemall och granskade protokoll (som redovisas i kommande kapitel).

Ärendebeskrivning

Som tidigare beskrivet innehåller ärendemallen två rubriker, under vilka ärendet bl.a. ska beskrivas. Motsvarande rubriker återfinns inte protokollen och heller ingen annan bestämd rubrik såsom ärendebeskrivning eller sammanfattning av ärendet.

Beskrivning av respektive ärende i protokollen varierar, i vissa fall beskrivs själva ärendet och dess innehåll[8] och i andra fall ”vad som sagts i behandling av ärendet på sammanträdet”[9].

Handling/beslutsunderlag

För ett flertal ärenden[10] i protokollen redovisas under rubriken ”handling” vilka beslutsunderlag som ligger till grund för beslutet. Ärendemallen innehåller ingen motsvarande rubrik.

Diarienummer

I protokollen anges ett diarienummer för respektive protokoll. Däremot redovisas inget diarienummer för respektive ärende, vilket anges i ärendemallen.

---

[6] Dnr: LS 2017–1197
[7] Dnr: K2019-1636
[8] Se t.ex. 2018-03-08 ärende 5, 2018-06-19 ärende 13.
[9] Se t.ex. 2018-03-08 ärende 6, 2018-04-06 ärende 7
[10] Se t.ex. 2018-02-06 ärende 4, 2018-03-08 ärende 6 och 2018-09-28 ärende 12.

Revisionens kommentar

Ärendemallen och protokollsmallen bör ha samma rubriker för en effektivitet och enhetlighet i ärendeprocessen. Likaså bör varje ärende i protokollen ha ett diarienummer för en bättre sökbarhet.

Iakttagelser protokollsgranskning

I nedanstående tabell redovisas 2018 års protokolls (tolv stycken) följsamhet till kommunallagen[11]. Därefter följer en redogörelse av revisionens iakttagelser i samtliga protokoll.

Tabellen är färgkodad där:

Grön innebär att resultatet enligt revisionen är tillräckligt.

Gul innebär att resultatet enligt revisionen inte är helt tillräckligt.

Röd innebär att resultatet enligt revisionen inte är tillräckligt.

Figur 1 – Resultat av protokollsgranskningen

Kontrollområde	Hänvisning till bedömnings-grund	6/2	8/3	6/4	11/4	20/4	21/5	19/6	27/8	28/9	10/8	1/11	13/12
Protokollen redovisar vilka ledamöter som tjänstgjort.	5 kap. 66 § (KL)												
Protokollen redovisar vilka förslag och yrkanden som lagts fram och inte tagits tillbaka.	5 kap. 67 § (KL)												
Protokollet redovisar vilka beslut som fattats.	5 kap. 67 § (KL)												
Av fattade beslut är följande beslut tydliga	5 kap. 67 § (KL)	Ärende nr 6											
Protokollet redovisar vilka ledamöter som deltagit i besluten.	5 kap. 67 § (KL)												
Protokollet är justerat inom 14 dagar och har tillkännagetts senast andra dagen efter justeringen. Av tillkännagivandet framgår vart protokollet finns tillgängligt och vilken dag det har tillkännagetts.	5 kap. 5:69–70 §§ (KL), 8:12 (KL)												

Avgränsning i protokollsgranskningen

Under 2018 har styrelsen (nämnden) behandlat 181 ärenden. Ärendenas karaktär varierar, en del är ”beslutsärenden” medan andra ärenden är ”formaliaärenden”. ”Formaliaärenden” är stående på varje sammanträde. Exempel på ”formaliaärenden” är: ”mötets öppnande”, ”fastställande av agenda”, ”eventuella jävsförhållanden”, ”val av justerare”, ”övriga frågor”, ”kommande sammanträde” och ”avslutning”. Dessa ärenden omfattas inte i bedömningen om protokollen redovisar vilka beslut som har fattats.

[11] SFS 2017:725

I granskningen har redovisning av omröstningar[12], redovisning av jävssituationer och redovisning av reservationer granskats. Protokollsgranskningen visar att dessa kontrollområden inte har förekommit i protokollen under 2018, och ingår inte i tabellen ovan.

Ledamöters närvaro

I protokoll 2018-04-11 framgår att av de fyra närvarande ledamöter vid sammanträdet deltog en ledamot via telefon. Även adjungerad (landstingsdirektören) deltog via telefon.

Styrelsen (nämnden) beslutade 2018-02-06 att årsrapport för 2017 ska godkännes genom ett beslut per capsulam senast 21 februari 2018. Av ett protokoll (2018-02-21)[13], som inte ingår i protokollsgranskningen, framgår att genom ledamöternas underskrifter fastställs årsrapporten för 2017.

Rättslig förutsättning

Av 5 kap. 66 § (KL) framgår att protokollet ska redovisa bl.a. vilka ledamöter och ersättare som har tjänstgjort.

En nämnd får enligt 6 kap. 27 handlägga ärenden endast om fler än hälften av ledamöterna är närvarande. Av 6 kap. 24 § (KL) framgår att fullmäktige ska besluta i vilken utsträckning ledamöter får delta i en nämnds sammanträden på distans.[14] Det tidigare reglementet innehöll ingen bestämmelse som möjliggjorde för ledamöter att delta i ett sammanträde på distans. Gällande reglemente anger att nämnden inte får sammanträde med ledamöter närvarande på distans.

Revisionens kommentar

Givet att fullmäktige inte hade beslutat om ledamöters deltagande vid distans fanns ingen rätt för ledamoten att delta via telefon. Detta påverkar dock inte styrelsens beslutsförhet eftersom tre ledamöter var närvarande.

Det konstateras att ledamöterna enligt det så kallade protokollet 2018-02-21 deltog vid distans. Att ledamöterna inte fick delta på distans innebär att styrelsens (nämndens) beslut var ogiltigt.

Yrkanden och beslut

Under 2018 har styrelsen (nämnden) behandlat 181 ärenden. Som tidigare beskrivet varierar ärendenas karaktär, en del av ”beslutsärenden” medan andra så kallade ”formaliaärenden”. Granskning av ”beslutsärenden” och dess beslutsunderlag visar att ett fåtal ärenden innehåller ett tjänstemannaförslag till beslut.[15]

[12] Redovisning av resultatet av dem och hur ledamöterna röstat.
[13] Dnr: K2018-0540, K2018-0412.
[14] Enligt bestämmelsen ska en ledamot som deltar på distans anses närvarande vid nämndens sammanträde.
[15] Dessa ärenden är: nr 6 – revidering av styrande dokument (2018-03-08), nr 14-anskaffningsbeslut (2018-04-06), nr 11 – anskaffningsbeslut (2018-05-21), nr 9 –

Nedan redovisas i vilka protokoll och ”beslutsunderärenden” som beslut inte har fattats i:

Protokoll 2018-02-06[16]	Protokoll 2018-08-27[17]
Protokoll 2018-03-08[18]	Protokoll 2018-09-28[19]
Protokoll 2018-04-06[20]	Protokoll 2018-10-08[21]
Protokoll 2018-05-21[22]	Protokoll 2018-11-01[23]
Protokoll 2018-06-19[24]	Protokoll 2018-12-13[25]

Rättslig förutsättning

Av 5 kap. 66 § (KL) framgår att i protokollet ska för varje ärende redovisas vilka förslag och yrkanden som har lagts fram och inte tagits tillbaka, samt vilka beslut som har fattats.

Revisionens kommentar

Som tabellen visar redovisar protokollen inte vilka förslag och yrkanden som har lagts fram. Följden blir att det inte går att utläsa av protokollen hur styrelsen (nämnden) kommit fram till sina beslut. Särskilt i ärenden med beslutsunderlag som inte innehåller ett tjänstemannaförslag till beslut.

I tio protokoll redovisas inte styrelsens (nämndens) beslut i ett antal ärenden. I dessa ärenden menar revisionen att styrelsen (nämnden) inte kan sägas ha fattat beslut.

Justering och anslag

Granskade protokoll har justerats av styrelsens (nämndens) sekreterare, ordförande och vald justerare. I endast protokoll 2018-12-13 redovisas justeringsdatum; ett justeringsdatum (2019-01-07) när ordförande justerat och ett justeringsdatum (2019-01-09) när utsedd justerare justerat. I övriga protokoll redovisas inte justeringsdatum. För samtliga protokoll har ett så kallat anslagsbevis upprättats. Det anger att ”protokoll fört vid sammanträde i styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset 2018-xx-xx har tillkännagivits genom anslag”. I tabellen nedan redovisas hur många dagar som fortlöpt mellan sammanträdesdatum och datum när anslagsbeviset tillkännagavs.

rapportering från vårdutskottet (2018-12-13) och nr 14 – familjeboende på Karolinska i Solna (2018-12-13).

[16] Nr 5, nr 8 och nr 11.
[17] Nr 5, nr 7, nr 9, nr 10 och nr 12.
[18] Nr 5, nr 11 och nr 13
[19] Nr 5, nr 6, nr 7, nr 8, nr 9, nr 10 och nr 14,
[20] Nr 5 och nr 9.
[21] Nr 6.
[22] Nr 8, nr 9, nr 10 och nr 14.
[23] Nr 5, nr 8 och nr 10.
[24] Nr 5, nr 8, nr 9, nr 10, nr 12 och nr 14.
[25] Nr 5 och nr 13.

Tabell 2 – Översikt över anslagsbevis

Sammanträdes-datum	Anslaget till-kännagavs	Diffe-rens (da-gar)	Överklagande-tiden utgår	Differens (dagar)
2018-02-06	2018-03-15	37	2018-04-06	22
2018-03-08	2018-04-10	33	2018-05-02	22
2018-04-06	2018-05-08	32	2018-05-30	22
2018-04-11	2018-04-27	16	2018-05-21	24
2018-04-20	2018-05-08	18	2018-05-30	22
2018-05-21	2018-06-04	14	2018-06-26	22
2018-06-19	2018-08-10	52	2018-09-03	24
2018-08-27	2018-09-14	18	2018-10-08	24
2018-09-28	2018-10-30	31	2018-11-21	22
2018-10-08	2018-10-12	4	2018-11-05	24
2018-11-01	Anges inte[26]	13	2018-12-06	22
2018-12-13	2019-01-14	32	2019-02-05	22

Tabellen visar att tre anslagsbevis har tillkännagetts inom 14 dagar från sammanträdet, medan övriga anslagsbevis har tillkännagetts efter mellan 16–52 dagar. Samtliga anslagsbevis innehåller uppgift om att de ska vara tillkännagivna mer än 21 dagar och att protokollet finns tillgängligt hos sjukhusets registratorsfunktion.

Protokollsgranskningen visar att ärende nr 13 ”Ekonomi och risk” (protokoll 2018-06-19) ärende nr 12 ”Ekonomi” (protokoll 2018-11-01) och ärende 9 ”Rapportering från ekonomiutskottet” (protokoll 2018-12-13) skulle justeras omedelbart.

Rättslig förutsättning

En förutsättning för att beslut som tas upp i ett protokoll ska få verkställas är att protokollet justeras.[27] Enligt 5 kap. 69 § (KL) ska protokollet justeras senast 14 dagar efter sammanträdet. Lagligheten hos de beslut som tas upp i protokollet påverkas dock inte av att justeringen sker för sent. Tidsregeln är således en kvalificerad ordningsföreskrift.[28] Av 8 kap. 12 § (KL)[29] framgår att senast andra dagen efter det att protokollet har justerats ska justeringen tillkännages på anslagstavlan. Av tillkännagivandet ska det framgå var protokollet finns tillgängligt och vilken dag det har tillkännagetts. Anslaget bildar utgångspunkt för klagotiden. I det fall justeringen skjuts fram, skjuts även verkställigheten och lagakraftvinnandet fram.[30]

[26] Enligt uppgift skickades anslaget till landstingsstyrelsens förvaltning 2018-11-14 för publicering.
[27] Madell Tom, Lundin Olle (2018). Kommunallagen en kommentar, Författarna och Norstedts juridik AB, s.165.
[28] Ibid., s. 165
[29] 5 kap. 70 § (KL) hänvisar till 8 kap. 12 (KL).
[30] Madell Tom, Lundin Olle (2018). Kommunallagen en kommentar, Författarna och Norstedts juridik AB, s.165.

Vid överklagande av ett beslut ska överklagandet enligt 13 kap. 5 § (KL) ha kommit in till förvaltningsrätten inom tre veckor från den dag då det justerade protokollet tillkännagavs på regionens anslagstavla.

Av reglementet framgår att nämnden får besluta att en paragraf ska justeras omedelbart. Paragrafen bör redovisas skriftligt innan nämnden justerar den.

Revisionens kommentarer

Granskningen visar att elva av tolv protokoll inte anger justeringsdatum i vare sig protokollet eller anslagsbeviset. Anslagsbevisen redovisar bara att ”protokoll fört vid sammanträde i styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset 2018-xx-xx har tillkännagivits genom anslag”. I anslagsbevisen anges vilket datum som anslaget tillkännagetts dvs anslagsdatum. Det innebär att det är otydligt huruvida justeringsdatum och anslagsdatum är samma datum. Avsaknaden av ett tydligt justeringsdatum gör att det inte går att kommentera om anslagsbeviset tillkännagetts senast andra dagen efter att protokollet justerats.

Om justeringsdatum motsvarar anslagsdatum visar granskningen att åtta av elva protokoll justerades efter mer än 14 dagar efter sammanträdet. Protokollet 2018-12-13 anger två justeringsdatum som medför att det är otydligt vilket datum protokollet formellt är justerat. Även detta protokoll justerades efter mer än 14 dagar efter sammanträdet.

Granskning visar att tre ärenden beslutades att justeras omedelbart. Om justeringsdatum motsvarar anslagsdatum så tog det mellan 13–52 dagar att justera dessa protokoll tillika ärenden.[31] Detta är inte att betrakta som omedelbar justering.

Samtliga anslagsbevis innehåller uppgift om att de ska vara tillkännagivna mer än 21 dagar och att protokollet finns tillgängligt hos sjukhusets registratorsfunktion.

Övriga iakttagelser och kommentarer i protokollsgranskningen

Personalföreträdare

Av samtliga protokoll framgår att mellan en till tre personalföreträdare har närvarat vid styrelsens (nämndens) samtliga sammanträden. Av protokollen går inte att utläsa huruvida personalföreträdare närvarat vid både behandling och beslut. Vid två sammanträden har styrelsen (nämnden) fattat följande beslut:

- 2018-04-06 Ärende nr 13 ”Anskaffningsbeslut”: fatta anskaffningsbeslut och därmed uppdra till förvaltningen att genomföra en upphandlingsprocess och teckna ramavtal (1+1+1 år) avseende perkutana aortaklaffar till ett totalt värde av ca 168 mnkr.
- 2018-05-21 ärende nr 11 ”Anskaffningsbeslut”: fatta anskaffningsbeslut och därmed uppdra till förvaltningen att genomföra upphandlingsprocess

[31] Vid omedelbar justering bildar det aktuella ärendet ett eget protokoll som justeras separat.

och teckna ramavtal på totalt 4 år (2+1+1) avseende specialiserad respiratorisk slutenvård till ett totalt värde av ca 200 mnkr.

Rättslig förutsättning

Enligt 7 kap. 10 § (KL) får personalföreträdare utses bland de anställda för varje nämnd. Det får högst utses tre personalföreträdare och tre ersättare. Utgångspunkten enligt 6 kap. 25 (KL) är att en nämnds sammanträden ska hållas inom stängda dörrar, dvs. är slutna för utomstående. Ett undantag från bestämmelsen är 7 kap. 13 § (KL) som anger att personalföreträdare har rätt att närvara vid en nämnds behandling av ärenden som rör förhållandet mellan sjukhuset som arbetsgivare och dess anställda. Nämnden får i enskilda fall besluta att personalföreträdarna får närvara även vid behandlingen av andra ärenden. Någon generell utvidgning till särskilda grupper av ärenden är inte avsedd.[32] Personalföreträdare har, enligt 15 §, rätt att delta i nämndens behandlingar men inte i besluten. I 14 § anges att personalföreträdare inte har rätt att närvara vid behandlingen och beslutsfattandet av t.ex. ärenden som avser beställning eller upphandling av varor och tjänster. Undantaget motiveras av intresset att stärka trovärdigheten i den kommunala upphandlingen och främja konkurrensen.[33]

Revisionens kommentar

Revisionen konstaterar att tre personalföreträdare har utsetts vilket är i enlighet med kommunallagens bestämmelse.

Revisionen har inte granskat alla ärenden och beslutsunderlag som styrelsen (nämnden) behandlat och beslutat i under 2018. Det protokollsgranskningen visar är att mellan en till tre personalföreträdare har närvarat vid styrelsens (nämndens) sammanträden. Inget av protokollen redovisar något beslut av styrelsen (nämnden) att personalföreträdare får närvara i behandlingen av ett visst ärende. Protokollen redovisar heller inte om personalföreträdare inte deltagit vid styrelsens (nämndens) beslut, dvs. lämnat sammanträdeslokalen. Revisionen noterar att personalföreträdare närvarade vid både styrelsens (nämndens) behandling och beslut i två upphandlingsärenden[34], vilka är ärenden som personalföreträdare enligt kommunallagen inte får närvara vid.

Löpande paragrafserie

I varje protokoll numreras ärendena i en kronologisk ordning (t.ex. 1–17). Det förs ingen löpande paragrafnummerserie.

[32] Madell Tom, Lundin Olle (2018). Kommunallagen en kommentar, Författarna och Norstedts juridik AB, s.215.
[33] Madell Tom, Lundin Olle (2018). Kommunallagen en kommentar, Författarna och Norstedts juridik AB, s.217.
[34] Ärendena är: nr 13 ”Anskaffningsbeslut” (2018-04-06) och nr 11 ”Anskaffningsbeslut” (2018-05-21).

Granskning visar att paragrafnummerserie tillämpades i protokoll förda under perioden 2010–2012.

Revisionens kommentar

Det finns inget kommunalrättsligt krav på att ha en löpande paragrafnummerserie, som börjar med årets första ärende. En löpande paragrafnummerserie ger dock en tydligare överskådlighet och förenklar sökbarheten bland protokollen och ärendena. En löpande paragrafnummerserie förtydligar också i anslagsbeviset vilka paragrafer som har justerats.

Vad gör Landstingsrevisorerna?

Landstingsrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av landstingets nämnder och bolagsstyrelser. Revisionsuppdraget är det största inom kommunal verksamhet.

Att vara revisor är ett förtroendeuppdrag vars syfte är att med oberoende, saklighet och integritet främja, granska och bedöma verksamheten. Den övergripande uppgiften för revisorerna är att granska hur nämnder och styrelser tar sitt ansvar. De förtroendevalda revisorerna är fullmäktiges och ytterst medborgarnas instrument för den demokratiska kontrollen. De har därmed en viktig funktion i den lokala självstyrelsen.

Ledamöter i nämnder och styrelser ansvarar inför fullmäktige för hur de själva, anställda och uppdragstagare genomför verksamheten. I ansvaret ingår att genomföra en ändamålsenlig verksamhet utifrån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten, på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt och med en tillräcklig intern kontroll samt att upprätta rättvisande räkenskaper.

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhetsrevisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på Landstingsrevisorernas hemsida www.sll.se/rev. De kan också beställas från revisionskontoret. Det går även att prenumerera på Landstingsrevisorernas nyhetsbrev Nytt från landstingsrevisionen genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till landstingsrevisorerna.rev@sll.se.

Landstingsrevisorerna
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se
Hemsida: www.sll.se/rev
Org.nr: 232100-0016

Sammanställning över lämnade rekommendationer för Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2018

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
2009 (Projekt 1/2009) ID: 267	MEDICINTEKNISK UTRUSTNING – utrangering och reinvestering Ledningen behöver förstärka sin uppföljning av att regelverket kring årlig inventering efterlevs.		X		Karolinska har fortfarande en del äldre inventarier i anläggningsregistret. Sjukhusets inventeringar har fokus på de inventarier med stora värden och därav finns det en del inventarier som förblir "oinventerade". Vid en kontroll mot anläggningsregistret återfinns det en del äldre inventarier som kan behöva utrangeras. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2012 Årsrapp ID: 273	STYRNING OCH KONTROLL AV LÖNEHANTERINGEN Ledningen bör säkerställa att samtliga utanordningslistor signeras elektroniskt.		X		Karolinskas HR-avdelning har bekräftat att det fortfarande finns brister i signeringen. Vidtagna åtgärder är uppföljning med mejlutskick och påstötningar genom chefer i organisationen. Dock har detta inte givit resultatet man hoppats på och HR-avdelningen skall följa upp detta hårdare under 2019. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2015 Årsrapp ID: 990	INTERN KONTROLLPLAN Ledningen bör säkerställa att internkontrollplanens risker, åtgärder och gransknings-/kontrollåtgärder återrapporteras på ett tydligt sätt så att organisationens vidtagna åtgärder och effekter för att hantera risken framgår.		X		Revisionen menar att några av de risker som hanteras i den interna kontrollplanen är överlappande och inte entydigt definierade och beskrivna. Det gäller för olika risker som rör kompetensförsörjning och förändringsarbetet. I vissa fall är även kontrollmomenten allmänt hållna och inte preciserade. Revisionen kan vidare konstatera att det i uppföljningen av internkontrollplanen i vissa fall är svårt att urskilja beskrivningar av genomförda åtgärder från värderingen av hur åtgärderna faktiskt påverkat risken. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2016 Årsrapp ID: 988	UTRANGERING AV MEDICINTEKNISK UTRUSTNING (OBS! Rekommendationen omformulerad efter årsrapport 2017). Ledningen bör fastställa en instruktion för utrangering av medicinteknisk utrustning.	X			Karolinskas projekt har fortfarande inte slutförts. Sjukhusets personal arbetar dock proaktivt och begär löpande in listor för utrangeringar/flytt till invenariebank/ nyanskaffningar för att på ett manuellt sätt följa upp utrangeringar och för att kunna dokumentera med Medusa-märkningen även i Raindance registret. Samtliga större investeringar som är kopplade till NKS är spårbara och därmed är den stora massan spårbar. De övriga ej spårbara anläggningstillgångarna kommer med tiden utrangeras och detta ses som en övergångsfas. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.

Sammanställning över lämnade rekommendationer för Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2016 (Projekt 11/2016) ID: 994	DEN FÖRSTA FLYTTEN TILL NKS Ledningen bör inför kommande flyttar utvärdera: - om bemanningen av projektorganisationen behöver ändras när det gäller behov av såväl verksamhetskunskap som administrativa stödfunktioner - om deltagandet och möjligheterna för deltagande i utbildningar och övningar varit tillräckliga med praktisk träning exempelvis på egen vald tid.	X			Brand- och säkerhetsgenomgångar, introduktionsutbildningar avseende ny informations- och kommunikationsteknik samt specifika riktade lärarledda utbildning om olika MT-utrustningar har erbjudits alla verksamheter och professioner. På grund av organisationsförändringen var det omöjligt att ta fram säkra uppgifter om hur många som totalt skulle delta respektive hur många som genomfört introduktion och utbildning. Ansvariga på sjukhuset uppskattar dock att cirka 90 procent av medarbetarna har fått grundläggande introduktion och utbildning. De verksamhetsförberedande övningarna och simuleringarna har reviderats inför inflyttningarna 2018. Syftet var att säkerställa att verksamheterna tidigt blev involverade så att en patientsäker vård skulle kunna bedrivas vid driftsättningen. Verksamhetsrepresentanter har deltagit i olika övningar och simuleringar. Instruktörer från den egna verksamheten utbildades och slutligen genomfördes sjukhusövergripande simuleringsövningar. Jämfört med inför inflyttningen 2016 har inför inflyttningen 2018 betydligt mer tid avsatts för verksamheten att vistas i sina nya lokaler. Ansvariga på sjukhuset bedömer att medarbetarna i huvudsak har känt sig väl förberedda inför inflyttningarna 2018. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
2017 Delår ID: 1019	TILLGÄNGLIGGÖRANDE AV RAPPORTER/UPPFÖLJNINGAR Ledningen bör säkerställa att sjukhusets rapporter/uppföljningar av utvecklingsprojekt tillgängliggörs för sjukhusets samtliga medarbetare, exempelvis via intranätet.	X			Karolinska redovisar regelbundet på Inuti de rapporter och uppföljningar som görs inom sjukhuset av mer strategisk /större karaktär. Redovisningen blir ofta när rapporten kommer och för vissa större uppföljningar kan uppföljning ske flera gånger genom att fortsätta följa olika aktiviteter/planer. Vanligen sker det i artikelform men kan numera ibland följas av film för att ytterligare förklara. På Inuti men även i personaltidning Karolina presenteras även olika utvecklingsprojekt/ piloter/nya arbetssätt. Dessutom presenteras numera också en del av dessa projekt i Karolinskas Ledningsbrev, som distribueras via chefer till medarbetarna. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
2017 Delår ID: 1046	ANSVAR OCH BEFOGENHETER Ledningen bör revidera sjukhusdirektörens arbets- och delegationsordning (vidaredelegation) för att säkerställa - att övre beloppstak för de beslut som vidaredelegeras - att det finns samstämmighet i de dokument som reglerar beslutsfattandet - att endast förvaltningschefen kan vidaredelegera beslut enligt kommunallagens mening.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.

Sammanställning över lämnade rekommendationer för Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2017 Delår ID: 1047	KONTROLL AV LEGITIMATIONER Ledningen bör regelbundet följa upp att rutinen för kontroll av anställdas legitimation fungerar.	X			Personalansvarig chef kontrollerar. Att detta har gjorts måste sedan markeras i det personaladministrativa systemet. HR-staben gör uppföljande kontroller. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
2017 Delår ID: 1048	KONTROLL AV LEGITIMATIONER Ledningen bör se till att det finns en rutin för kontroll av legitimation hos inhyrd personal samt regelbundet följa upp denna.		X		En rutin för kontroll tas fram av HR-staben. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2017 Årsrapp ID: 1216	SÄKRA PROCESSER Ledningen bör stärka säkerhetsarbetet för att bl.a. minska risken för stölder och se till så att rekommendationer från säkerhetsavdelningen följs.		X		Karolinska har genomfört kompetensväxling inom Säkerhetsledningen och bl.a. infört handläggare för sjukhusets kontinuitetsplanering och för sjukhusets säkerhetsskydd. Detta för att bl.a. möta kraven i Regionens säkerhetspolicy. Kompetensväxlingen för kontinuitet och säkerhetsskydd kommer så småningom att stärka sjukhusets säkerhet, även för stölder, men det tar tid. Säkerhetsledningen är en stödorganisation som kan rekommendera hur chefer bör hantera en situation men de har inte mandat att bestämma hur olika säkerhetslösningar ska vara. För att uppnå en bättre följsamhet till säkerhetsfrågorna behöver sjukhusets olika ledningssystem integreras. Den administrativa staben har inlett ett arbete för att på ett bättre sätt integrera de olika ledningssystemen men det kommer att ta tid att planera och implementera. Följs upp i samband med
2017 Årsrapp ID: 1217	ENSAMUTFÖRARE Ledningen bör se till att sjukhuset i samverkan med hälso- och sjukvårdsförvaltningen definierar vilka vårdflöden, diagnoser och åtgärder (operationer, behandlingar) som Karolinska är ensamma utförare av.		X		Tydliga ensamutförandeuppdrag finns på regional och nationell nivå inom exempelvis Neurokirurgi, inom stora delar av onkologin och barnsjukvården, sjukhusbunden plastikkirurgi och Transplantation. Vidare finns ensamutföraruppdrag i flera verksamheter inom specifika vårdkedjor. Ett exempel är Sarkom inom Ortopedi. I samband med processen kopplat till avtal 2020 pågår kartläggning av ensamutföraruppdragen. Under september 2018 fick Karolinskas samtliga verksamheter i uppdrag att definiera sina ensamutföraruppdrag. Arbetet har lyft skillnader mellan Karolinskas uppdrag och övriga akutsjukhus i länet, och överlämnats till HSF för granskning och återkoppling. Slutprodukten av processen kring avtal 2020 väntas skapa en gemensam bild kring avgränsningar sjukhusen emellan även om det finns utrymme för att ytterligare förtydliga ensamutförandeuppdragen. I dagsläget finns ett utkast men ingen formellt beslutad förteckning. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.

Sammanställning över lämnade rekommendationer för Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2018

Gransk-ningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Del-vis	Nej	
2017 Årsrapp ID: 1220	KONTROLL AV EXTERNT KÖPT VÅRD Ledningen bör se över system och rutiner så att sjukhuset centralt kan följa upp upphandlade volymer och kostnader från externa vårdutförare.		X		Funktionerna Bild & Funktion, PMI och KUL har ansvar för och beslutar om samtliga externa kostnader för köpta sjukvårdstjänster inom sitt område. Under 2018 tilldelades Karolinska extra medel inom "Tillgänglighetssatsningen" vilket ledde till att mer externa resurser köptes, bl.a. operationssalar och vårdplatser. Ett internt projektkonto öppnades specifikt för tillgänglighetssatsningen och en process togs fram för hanteringen av initiativen inom tillgänglighetssatsningen. För initiativ som analyserats och godkänts gjordes en ekonomisk kalkyl som underlag för beslut av tf sjukvårdsdirektör. Besluten registrerades i en uppföljningslogg. Varje faktura stämdes av mot uppföljningsloggen innan den godkändes och betalades. När fakturan var avstämd och betalad och samtliga underlag inkommit sammanställdes en faktura till HSF. Kostnaderna från externa vårdutförare kan följas. Uppgift om upphandlad volym finns i respektive faktura men ingen sammanställning finns av total volym upphandlad extern vård. Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2017 Årsrapp ID: 1225	ATTESTERING AV BOKFÖRINGSORDRAR Ledningen bör säkerställa att den elektroniska attesteringen följer beslutad attestordning.		X		Karolinska har meddelat att en attest/behörighetsnivå kopplad till bokföringsordrar nu är på plats. Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2018 Delår ID: 1321	UTLANDSRESOR Ledningen bör för utlandsresor se till att alla rese- och hotellbokningar sker genom landstingets upphandlade resebyrå				Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2018 Delår ID: 1318	DATASKYDDSFÖRORDNINGEN (GDPR) Ledningen bör säkerställa en registerförteckning som uppfyller kraven i dataskyddsförordningen.				Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2018 Delår ID: 1322	UTLANDSRESOR Ledningen bör för utlandsresor se till att underlag finns tillgängliga och godkända av behörig chef innan beställning och betalning av rese- och hotellbokningar verkställs				Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2018 Delår ID: 1323	UTLANDSRESOR Ledningen bör för utlandsresor se till att attestlistor uppdateras regelbundet för att undvika felaktiga attester				Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2018 Delår ID: 1320	DATASKYDDSFÖRORDNINGEN (GDPR) Ledningen bör säkerställa att befintliga personuppgiftsbiträdesavtal efterlevs och att avtal och instruktioner finns med alla personuppgiftsbiträden.				Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2018 Delår ID: 1319	DATASKYDDSFÖRORDNINGEN (GDPR) Ledningen bör vidta åtgärder så att genomförande av egenkontroller och riskanalyser prioriteras av verksamheterna.				Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.

Sammanställning över lämnade rekommendationer för Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2018

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
2018 Årsrapp ID: 1431	FÖREBYGGANDE ARBETE MOT OEGENTLIGHETER Ledningen bör ta fram en plan för det förebyggande arbetet mot oegentligheter.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1452	UPPHANDLING ÖVER DIREKTUPPHANDLINGSGRÄNSEN Ledningn bör säkerställa att interna rutiner som pekar ut ansvarig funktion inom sjukhuset (t.ex. inköpsavdelningen eller BMC) för genomförandet av en upphandling följs.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1451	KRIS- OCH KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAP Ledningen bör analysera avtalsförhållanden mellan sjukhus, fastighetsförvaltare och driftentreprenör och säkerställa att ansvar och roller är tydliga mellan parterna vid en allvarlig eller extraordinär händelse.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1441	SKYDD MOT OTILLÅTEN PÅVERKAN Ledningen bör besluta om riktlinjer för skydd mot hot och våld mot anställda.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1439	KRIS- OCH KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAP Ledningen bör säkerställa att sjukhusövergripande instruktioner och mall utarbetas för de interna katastrofmedicinska planerna och tillse att interna planer upprättas.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1438	KRIS- OCH KATASTROFMEDICINSK BEREDSKAP Ledningen behöver säkerställa att man kan tillgodose behov av läkemedel till olycksplats vid kemiska olyckor.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1432	FÖREBYGGANDE ARBETE MOT OEGENTLIGHETER Ledningen bör göra en riskbedömning avseende oegentligheter och säkerställa att det finns kontroller inom de områden där de största riskerna för oegentligheter identifierats.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1430	LÖNETILLÄGG Ledningen bör regelbundet genomföra uppföljande efterkontroller i syfte att säkerställa en tillräcklig intern kontroll.				Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1428	LÖNETILLÄGG Ledningen bör säkerställa möjligheten till kontroll och öka spårbarheten genom att se till att namnförtydligande alltid finns när beslut om lönetillägg undertecknas.				Följs upp i samband med delårsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1427	LÖNETILLÄGG Ledningen bör ta fram kriterier för när lönetillägg kan användas.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.
2018 Årsrapp ID: 1433	FÖREBYGGANDE ARBETE MOT OEGENTLIGHETER Ledningen bör säkerställa att alla nyanställda deltar i introduktionsutbildningen.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.

Sammanställning över lämnade rekommendationer för Karolinska Universitetssjukhuset, Årsrapport 2018

Granskningsår	Rekommendation	Åtgärdat			Kommentar
		Ja	Delvis	Nej	
2018 (Projekt 11/2018) ID: 1454	SYSTEMATISKT ARBETSMILJÖARBETE Ledningen bör dels säkerställa att verksamheterna använder systemet HändelseVis, dels tillsammans med hälso- och sjukvårdsförvaltningen utveckla ett fungerande system för registrering och uppföljning av avvikelser i arbetsmiljöarbetet.				Följs upp i samband med årsgranskningen 2019.