

Ärende/D-nr: K2018-2765  
2017-05-07

## Yttrande över landstingsrevisorernas årsrapport 2017 avseende Karolinska Universitetssjukhuset

Styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset har för yttrande senast den 28 september 2018 mottagit rapporten:

- Årsrapport 2017, Karolinska universitetssjukhuset

### Sammanfattning av styrelsens yttrande

Det går inte att dra generella slutsatser avseende hur den interna styrningen och kontrollen fungerar utifrån några enskilda händelser, särskilt inte i en så omfattande verksamhet som Karolinskas. Detta innebär inte att Karolinska bagatelliserar beskrivna avvikelser/brister utan mera att man behöver se på den interna kontrollen ur ett helhetsperspektiv. Rapporten har olyckligt nog kommit att fungera så att enskilda delar generaliseras på ett negativt sätt vad gäller intern kontroll och administrativ funktionalitet.

Tidigare bedömning av landstingsrevisorerna, senast i årsrapporten 2016, visade att den interna kontrollen och styrningen var tillräcklig. Så sent som i oktober 2017 var det inte klart om förhållandet överhuvudtaget skulle påverka bedömningen och absolut inte från högsta till lägsta nivå på landstingsrevisorernas bedömningskala när det gäller ansvar och befogenheter. Att sjukhuset bedrivs under bolagsliknande former har gällt för Karolinska ända sedan 2004. Det hade varit rimligt att sjukhuset i tid fått möjlighet att diskutera med och göra rättelser enligt landstingsrevisorernas rekommendationer. Karolinska anser sig bedriva verksamheten enligt gällande lagstiftning, men då med en helhetssyn utifrån samtlig lagstiftning. De olika lagarna är nämligen i vissa delar motsägelsefulla. Att i denna komplicerade kontext sammanjämka en effektiv och ändamålsenlig verksamhetsstyrning med efterlevnad av tillämpliga lagar har, trots svårigheterna, sjukhuset lyckats uppfylla.

I en landstingskommunalt driven sjukvårdsverksamhet är lagefterlevnad väsentligt mer komplicerad än som landstingsrevisorerna framställer det i sin rapport. I rapporten skrivs *Karolinska är formellt en nämnd där kommunallagen ska tillämpas och styrelsen har ansvaret för att styra verksamheten i enlighet med gällande lagstiftning. Revisionen bedömer dock att verksamheten i allt för hög grad styrts som ett bolag och att det därför finns brister i ärende- och beslutsprocessen. För 2017 bedömer revisionen att besluten inte har fattats på ett transparent sätt och att insyn i den demokratiska processen därmed inte kunnat garanteras. Några exempel på beslut där sådan insyn saknas redovisas inte.* I sammanhanget bör påpekas att för de sjukhus inom SLL som är helägda aktiebolag får detta som konsekvens att den demokratiska processen därmed inte kan garanteras. Att landstingsrevisorerna inte har granskat detta grundläggande styrningsförhållande för samtliga sjukhus under alla dessa år faller egentligen tillbaka på landstingsrevisorernas egna granskningsplaner och genomförda riskanalyser inför dessa.

Att landstingsrevisorerna antyder felaktigheter men inte visar på faktiskt felaktiga beslut eller händelser, upprepar sig i rapporten, vad gäller direktupphandlingar.

Att sjukhusets fakturahantering skulle påverka bedömningen på motsvarande negativa sätt som ansvar och

befogenheter nämns inte i delårsrapporten i oktober 2017 trots att landstingsrevisorerna skriver att detta påpekats under många år. Det som avses är tre rekommendationer, varav två varit på den lista som inte presenteras för sjukhusets styrelse (den s.k. B-listan).

Bakgrunden till att konsulter använts i den utsträckning som varit fallet är att sjukvården, inkluderande Karolinska, är inne i en mycket omfattande förändringsprocess. **Landstinget har beslutat om en separat omställningsbudget för Karolinskas förändring. Denna budget har inte överskridits.** I samband med det beskrivna förändringsarbetet som sjukhuset genomför anlitas konsulter. Konsulter ska anlitas för specifika uppgifter och under en begränsad tid. Finansieringen av konsultkostnaderna sker via ovan nämnda omställningsbudget.

**Den internutredning inom Karolinska som landstingsrevisorerna hänvisar till är en del av sjukhusets eget system för att upprätthålla en god intern kontroll.** Uppdraget kom från styrelsen. Utredningen var klar den 31 januari i år. Ett åtgärdsprogram upprättades och genomfördes och slutrapporterades den 17 april. **Samtliga rekommendationer i internutredningen är genomförda.** Vad gäller fakturaspecifikationer så kunde inte vid rapporteringen av internutredningen samtliga fakturaspecifikationer från konsultbolaget Boston Consulting Group spåras för perioden 2011–2014 (fr.o.m. 2015 finns fakturaspecifikationer). Orsaken var att dokumentationen före 2015 inte lagrats systematiskt och centralt. Dessa har nu tagits fram – alla fanns. Under 2017 har flera förbättringsåtgärder vidtagits vad gäller fakturaprocessen.

Inget system för riskanalys innebär att samtliga risker upptäcks. Inom sjukvården arbetar man både med riskanalys och händelseanalys. Utifrån inträffade negativa händelser dras slutsatser och förbättringsåtgärder vidtas. Den genomförda internutredningen tillsammans med det genomförda förbättringsprogrammet är ett exempel på detta och är en del av arbetet med att upprätthålla god intern kontroll.

Landstingsrevisorerna skriver att *Styrelsen bör därför i sin egen riskanalys uppmärksamma risken för oegentligheter och förtroendeskada, särskilt kopplat till konsultanvändningen. Sjukhuset har ett förhållandevis väl utvecklat system för riskanalys där hela den s.k. styr- och kontrollmiljön riskbedöms. Risk för oegentligheter riskbedöms alltid.* Vad gäller oegentligheter kan sjukhusets medarbetare numera även anonymt på ett enkelt sätt rapportera misstankar om sådana via en s.k. visselblåsar tjänst.

De siffror på tillgänglighet och kvalitet som publiceras i rapporten är väl kända av sjukhuset. **Sjukhuset genomförde hela vårduppdraget 2017, räknat i volymer enligt omställningsavtalet, parallellt med allt arbete med planering av inflytt, nytt vårdupdrag samt implementering av ny verksamhetsmodell, men har fortfarande för långa väntetider samt brist på personal och vårdplatser.** Sjukhuset arbetar intensivt med åtgärder på både kort och lång sikt men är fortfarande långt ifrån en tillfredsställande situation. Liknande förhållande gäller även andra akutsjukhus inom Stockholms läns landsting. Bristen på sjuksköterskor är ett problem i hela Stockholmsregionen. I SLL's statistik har Karolinska en personalörklighet som är i nivå med övriga akutsjukhus inom SLL. Första kvartalet 2018 har Karolinska den lägsta andelen avgångar, 3,9%, och en hög andel rekryteringar, 6,2%, vilket ger en positiv nettorekrytering om 107 sjuksköterskor. Trots allt pågående förändringsarbete.

**Enligt styrelsens bedömning är inte den interna kontrollen 2017 sämre jämfört tidigare år utan tvärtom har den successivt förbättrats.** Mer intresse för dessa frågor och mer arbete har genomförts 2017 jämfört tidigare. Några jämförelser med andra primär- eller landstingskommunala verksamheter gör inte landstingsrevisorerna, men styrelsens bestämda uppfattning är att sjukhuset står sig mycket väl i en sådan jämförelse.

## Bakgrund

Landstingsrevisorerna är den gemensamma benämningen på de förtroendevalda revisorerna även kallade lekmanrevisorer och revisionskontoret. Olika regler gäller för bolag och förvaltningar. För förvaltningar sker revisionen enligt kommunallagen, landstingets regler och anvisningar samt god revisionssed för kommunal verksamhet.

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 delårsrapporten 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.

## Landstingsrevisorerna sammanfattning av rapporten

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.

### Ekonomiskt- och verksamhetsmässigt resultat

Det ekonomiska resultatet uppgår till -97 mnkr, vilket är -127 mnkr lägre än fastställt resultatkrav. Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans inte helt har uppnåtts. Avvikelsen från resultatkravet motsvarar dock endast ca 0,7 procent av omsättningen. Styrelsens ekonomiska resultat bedöms därför, i likhet med 2016, vara tillfredsställande.

Fullmäktiges övergripande mål om förbättrad tillgänglighet och kvalitet i vården uppnås inte. Målen i omställningsavtalet om vård i rätt tid uppnås inte medan målen om säker vård delvis uppnås. Karolinska uppnår målvolymen i omställningsavtalet, men har producerat färre öppenvårdsbesök och slutenvårdstillfällen jämfört med budget. Revisionen noterar att utflytt av vård inte kunnat ske enligt plan, enligt sjukhuset p.g.a. bristande mottagarkapacitet. Antalet disponibla vårdplatser har minskat och överbeläggningar samt utlokaliseringar har ökat jämfört med 2016. Revisionen bedömer att Karolinska arbetar för att förbättra sjukhusets kompetensförsörjning, men att det inte gett påtagliga effekter under 2017. Det verksamhetsmässiga resultatet bedöms, i likhet med 2016, som inte helt tillfredsställande.

Det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget som inte helt tillfredsställande. Bedömningen är oförändrad jämfört med 2016.

### Intern styrning och kontroll

Styrelsen har vidtagit åtgärder för att få en ekonomi i balans. Årets åtgärdsplan har gett effekter på 203 mnkr. Revisionen konstaterar att Karolinskas årsrapport inte följt gällande tidplan och anvisningar. Revisionen bedömer att det påverkar transparensen och styrelsens möjligheter att ta ställning till informationen. För att öka styrelsens och övriga läsares insyn i verksamheten menar revisionen att rapporteringen framöver behöver följa såväl tidsplan som landstingets gemensamma anvisningar.

Karolinska är formellt en nämnd där kommunallagen ska tillämpas och styrelsen har ansvaret för att styra verksamheten i enlighet med gällande lagstiftning. Revisionen bedömer dock att verksamheten i allt för hög grad styrts som ett bolag och att det därför finns brister i ärende- och beslutsprocessen. Styrelsen behöver bland annat säkerställa att ärenden hanteras på rätt nivå dvs. av styrelsen eller på tjänstemannanivå och att beslutsrätten förs över enligt delegeringsreglerna i kommunallagen. Delegationsbeslut ska alltid anmälas till styrelsen. Revisionen konstaterar att relativt få beslut med hänsyn till verksamhetens storlek har anmälts till styrelsen som beslut i kommunallagens mening. Det tyder på att verksamheten huvudsakligen styrs av verkställighetsbeslut. För 2017 bedömer revisionen att besluten inte har fattats på ett transparent sätt och att insyn i den demokratiska processen därmed inte kunnat garanteras. Revisionen noterar att styrelsen beslutat om ändringar i arbets- och delegationsordning i mars 2018 som snarast behöver implementeras.

Revisionen har sedan flera år pekat på brister i kontrollen av om fakturor överensstämmer med gällande avtal och att beställning/inköp sker utifrån giltigt avtal. Revisionen framförde 2014 i en rekommendation att styrelsen behöver säkerställa att kontroller av fakturor mot befintliga avtal är möjlig såväl vid beställning som efter leverans. En uppföljande granskning av intern kontroll av konsulttjänster under 2017 visar att visst arbete genomförts för att åtgärda rekommendationer på området. Revisionen konstaterar dock 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. Den granskning som genomförts av sjukhusets internrevisor på uppdrag av styrelsen förstärker bilden av att den interna styrningen och kontrollen av redovisning och uppföljning avseende nedlagd tid för konsultkostnader och inhyrd personal mot avtal varit otillräcklig. Revisionen noterar att styrelsen i februari 2018 beslutat om åtgärdsprogram med anledning av internrevisorns rapport och rekommendationer. Revisionen vill ändå understryka att Karolinskas styrelse skyndsamt behöver hantera dessa frågor och säkerställa att regelverk och rutiner för kontroll och uppföljning förstärks och efterlevs i alla led inte minst med oberoende kontroller av fakturerade konsultkostnader.

Revisionen bedömer också, dels utifrån revisionens egen granskning 2016, dels utifrån internrevisorns granskning 2017, att hanteringen av jävs- och karantänsfrågor vid tillsättande av högre tjänstemän kopplat till tidigare anställningar och engagemang i bolag, är ett riskområde som styrelsen behöver hantera. Att risken för oegentligheter i samband med användande av konsulter inte framkommit i sjukhusets riskanalyser ser revisionen som allvarligt mot bakgrund av de höga belopp som konsulter anlitas för. Styrelsen bör därför i sin egen riskanalys uppmärksamma risken för oegentligheter och förtroendeskada, särskilt kopplat till konsultanvändningen.

Revisionen noterar att sjukhuset under året har genomfört ett antal direktupphandlingar över den beloppsgräns som innebär att synnerliga skäl krävs för att inte tillfråga flera tänkbara leverantörer. Enligt Konkurrensverket ska synnerliga skäl åberopas restriktivt och endast i undantagsfall. Revisionen bedömer därför att styrelsen bör säkerställa att upphandlingslagstiftningens bestämmelser följs så att konkurrensen utnyttjas så långt som möjligt genom att i direktupphandlingar tillfråga flera tänkbara leverantörer. Vidare har endast en av de granskade upphandlingarna en dokumenterad upphandlingsstrategi. Styrelsen bör därför säkerställa att det vid upphandlingar av betydande värden utformas en upphandlingsstrategi i enlighet med landstingets upphandlingspolicy.

Revisionen är medveten om att Karolinska är inne i en intensiv förändringsprocess. Även om visst förbättringsarbete pågår när det gäller den interna styrningen och kontrollen behöver åtgärder omgående införas i verksamheten och tydliga förbättringar påvisas. Revisionen bedömer att styrelsens interna styrning, uppföljning och kontroll av dels ärende- och beslutsprocessen, dels av konsultkostnader och inhyrd personal är otillräcklig. Därutöver finns ett antal områden där styrning och intern kontroll inte är helt tillräcklig.

### **Räkenskaper**

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

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

### **Styrelsens yttrande**

Rapporten har inom Karolinska varit på remiss för synpunkter och kommentarer till sjukhusdirektör Melvin Samsom, bitr sjukhusdirektör och operativ direktör Annika Tibell, direktör för Kvalitet och Patientsäkerhet Nina Nelson Follin, HR-direktör Anna-Karin Samuelson, ekonomidirektör Margareta Fast, administrativ direktör Gunnar Gustafsson Wiss samt sjukhusdirektörens rådgivare Mia Ejendal.

Styrelsens yttrande över rapporten:

Landstingsrevisorernas bedömning sker inom de tre områdena: Ekonomiskt- och verksamhetsmässigt resultat; Intern styrning och kontroll; Räkenskaper. Styrelsen ekonomiska resultat bedöms vara tillfredsställande. Det verksamhetsmässiga resultatet bedöms som inte helt tillfredsställande. Räkenskaperna bedöms som rättvisande. Inom området intern styrning och kontroll görs ingen övergripande sammanlagd bedömning men på två områden bedöms den interna styrningen och kontrollen vara otillräcklig. De två områden är ärende- och beslutsprocessen och konsultkostnader och inhyrd personal. I rapportens sammanfattning under området intern styrning och kontroll skrivs också att *Revisionen noterar att sjukhuset under året har genomfört ett antal direktupphandlingar över den beloppsgräns som innebär att synnerliga skäl krävs för att inte tillfråga flera tänkbara leverantörer.* Landstingsrevisorerna skriver *Även om visst förbättringsarbete pågår när det gäller den interna styrningen och kontrollen behöver åtgärder omgäende införas i verksamheten och tydliga förbättringar påvisas.* Sjukhuset antar att landstingsrevisorerna här avser områdena ärendehantering, konsultkostnader och upphandling. Sjukhusets yttrande indelas i rubrikerna: Allmänt om intern styrning och kontroll; Ärende och beslutsprocessen; Konsultkostnader; Rapporten i övrigt.

### Allmänt om intern styrning och kontroll

Det går inte att dra generella slutsatser avseende hur den interna styrningen och kontrollen fungerar utifrån några enskilda händelser, särskilt inte i en så omfattande verksamhet som Karolinskas. Detta innebär inte att Karolinska bagatelliserar beskrivna avvikelser/brister utan mera att se på den interna kontrollen ur ett helhetsperspektiv. Rapporten har olyckligt nog kommit att fungera på ett sådant sätt att enskilda delar används för generaliseringar på ett negativt sätt avseende sjukhusets funktionalitet vad gäller intern kontroll och administrativ funktionalitet.

Som underlag för en sammanlagd bedömning kan landstingsrevisorernas egna bedömningsmål användas. Dessa är för intern styrning och kontroll:

- 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/uppfoljningsbara.*
- 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.*

## Ärende- och beslutsprocessen

Vad gäller ärende- och beslutsprocessen kan denna hänföras till bedömningsmålen 1 och 3 beskrivna ovan. I den tidigare årsrapporten avseende 2016 bedömdes den interna styrningen och kontrollen som tillräcklig (på skalan: Otillräcklig; Inte helt tillräcklig; Tillräcklig). Till revisionsrapporten bifogades också dokumentet *Bedömning av intern styrning och kontroll (ISK) för styrelsen för Karolinska universitetssjukhuset*. Sammanlagt bedömdes 5 områden (Kontrollmiljö, Riskbedömning, Åtgärder och kontrollaktiviteter, Information och kommunikation, Uppföljning/Övervakning). Inom varje område bedömdes ett antal olika underkategorier. Varje underkategori delades in i två perspektiv, dels avseende struktur/formalia d.v.s. hur styrningen och kontrollen är tänkt att fungera, dels avseende implementering/tillämpning d.v.s. att formerna för intern styrning och kontroll är kända i verksamheten. Bedömningen gjordes med färgerna grön, gul och röd. Det sammanlagda antalet underkategorier var 18 st. vilket innebär att 36 bedömningar gjordes. Av dessa färgsattes 28 som gröna, 8 som gula och ingen som röd. I denna bedömning finns en underkategori som berör ärende- och beslutsprocessen nämligen *Organisationsstrukturen inkl. roller och ansvar är tydligt utformad, väl definierad samt känd i verksamheten*. Landstingsrevisorernas bedömning avseende både struktur/formalia samt implementering/tillämpning var grön.

I Landstingsrevisorerna delårsrapport, 20 oktober 2017, skrivs *Vid hittills genomförda granskningar av intern styrning och kontroll har avvikelser konstaterats när det gäller ansvar och befogenheter som kan komma att påverka bedömningen för helåret*. Så sent som i oktober 2017 var det således inte klart om förhållandet överhuvudtaget skulle påverka bedömningen och absolut inte att bedömningen skulle påverkas från högsta till lägsta på landstingsrevisorernas bedömningskala. Det hade varit rimligt att sjukhuset i tid fått möjlighet att göra rättelser enligt landstingsrevisorernas rekommendationer. Det är också så att åtgärder måste vidtas på landstingsövergripande nivå för att anpassa styrningen i enlighet med rekommendationerna. Arbetet med att åtgärda de lämnade rekommendationerna påbörjades omedelbart inom sjukhuset.

I en landstingskommunalt driven sjukvårdsverksamhet är lagefterlevnad väsentligt mer komplicerat än vad som landstingsrevisorerna framställer det i sin rapport. I rapporten skrivs *Karolinska är formellt en nämnd där kommunallagen ska tillämpas och styrelsen har ansvaret för att styra verksamheten i enlighet med gällande lagstiftning. Revisionen bedömer dock att verksamheten i allt för hög grad styrts som ett bolag och att det därför finns brister i ärende- och beslutsprocessen*.

Karolinska anser sig bedriva verksamheten enligt gällande lagstiftning. Vad gäller aktiebolagsliknande former så har detta gällt för Karolinska ända sedan 2004 då Huddinge universitetssjukhus och Karolinska sjukhuset sammanslogs och blev Karolinska universitetssjukhuset. Huddinge universitetssjukhus var innan sammanslagningen ett av landstinget helägt aktiebolag och Karolinska sjukhuset fungerade som en förvaltning (under aktiebolagsliknande former). Det beslutades att det sammanslagna sjukhuset skulle vara en förvaltning men styras under aktiebolagsliknande former. Landstingsrevisorerna skriver *Revisionen konstaterar att relativt få beslut med hänsyn till verksamhetens storlek har anmälts till styrelsen som beslut i kommunallagens mening. Det tyder på att verksamheten huvudsakligen styrs av verkställighetsbeslut. För 2017 bedömer revisionen att besluten inte har fattats på ett transparent sätt och att insyn i den demokratiska processen därmed inte kunnat garanteras*. Några exempel på beslut där sådan insyn saknas redovisas inte. I sammanhanget bör påpekas att för de sjukhus inom SLL som är helägda aktiebolag får detta som konsekvens att den demokratiska processen därmed inte kan garanteras. Att landstingsrevisorerna inte har granskat detta grundläggande styrningsförhållande under alla dessa år faller egentligen tillbaka på landstingsrevisorernas egna granskningsplaner och genomförda riskanalyser inför dessa.

Som aktiebolag har en organisation ett eget organisationsnummer. Som förvaltning har Karolinska gemensamt organisationsnummer med landstinget. Detta att Karolinska inte har ett eget organisationsnummer utan delar landstingets har under åren ställt till stora definitionsproblem avseende vem som är vårdgivare. Vårdgivare är ett fundamentalt viktigt begrepp sjukvårdsjuridiskt, där endast två ansvarsnivåer används, vårdgivare och verksamhetschef. I landstingsrevisorernas årsrapport 2017 skrivs att *Beslutanderätten får dock inte, som framgått ovan, delegeras när det gäller ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet*. Sjukhuset har ju att följa inte bara kommunallagen utan samtliga lagar. I patientsäkerhetslagen skrivs bl.a. att *Vårdgivaren ska upprätta ett ledningssystem för att systematiskt utveckla verksamhetens kvalitet*. Att sjukhuset inte skulle vara en vårdgivare förefaller ju högst egendomligt och med åren så har sjukhuset med styrelsen överst definierats som vårdgivare. Detta leder till att styrelsen måste kunna delegera sitt vårdgivaransvar till temachefer och funktionschefer som är verksamhetschefernas närmaste chefer. Detsamma gäller för att kunna etablera ett kvalitetsledningssystem. De olika lagarna är således motsägelsefulla.

För FoU finns ytterligare en beslutshierarki där medlen huvudsakligen delas ut från landstinget centralt direkt till verksamheterna. Sjukhuset verkar således under tre beslutshierarkier: Den administrativa, den sjukvårdsjuridiska och den avseende FoU.

I landstingets Policy för internkontroll skrivs att *Landstinget tillämpar COSO-modellen* och att *Intern styrning och kontroll definieras enligt COSO som en process där styrelse, ledning och övrig personal samverkar och som med rimlig grad av säkerhet ska se till att verksamhetens mål uppnås avseende:*

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

Att i denna komplicerade kontext sammanjämka en effektiv och ändamålsenlig verksamhetsstyrning med efterlevnad av tillämpliga lagar har, trots svårigheterna, sjukhuset lyckats uppfylla. Uttrycket *med rimlig grad av säkerhet* i landstingets policy speglar detta väl. Sjukhuset anser sig utifrån landstingets policy för intern kontroll samt den egna modellen för intern kontroll ha lyckats med detta.

### **Konsultkostnader**

Landstingsrevisorerna skriver *Revisionen har sedan flera år pekat på brister i kontrollen av om fakturor överensstämmer med gällande avtal och att beställning/inköp sker utifrån giltigt avtal*. Det som avses är tre rekommendationer, varav två varit på den lista som inte presenteras för sjukhusets styrelse. Någon skrivning om att detta skulle kunna påverka bedömningen finns inte i delårsrapporten i oktober 2017.

Bakgrunden till att konsulter använts i den utsträckning som varit fallet är att sjukvården inkl. Karolinska är inne i en mycket omfattande förändringsprocess. Dessa är huvudsakligen:

- En helt ny sjukhusbyggnad är färdigställd i Solna (NKS). De gamla lokalerna skall utrymmas och inflyttning skall ske i den nya byggnaden. Inflyttning i den nya högteknologiska byggnaden har påbörjats. Problem avseende inte bara IT och medicinteknisk utrustning utan också byggnadstekniska problem har haft en negativ inverkan på arbetsmiljön.
- Det nya sjukhuset har fått ett förändrat uppdrag av ägaren som innebär att färre patienter men med behov av mer högspecialiserad vård skall vårdas där. Detta leder till att delar av den sjukvård som utfördes vid Karolinska i Solna skall utföras av andra sjukvårdsproducenter inom Stockholm samtidigt



som även andra akutsjukhus i Stockholm har kapacitetsproblem beroende på brist på sjukvårdspersonal, främst sjuksköterskor.

- I Huddinge är en ny operations- och interventionsbyggnad under uppförande, CHOPIN. Karolinska Huddinge står inför stora och komplicerade omflyttningar inom anläggningen.
- En ny verksamhetsmodell är under införande på sjukhuset (NVM). Verksamhetsmodellen har bl.a. inneburit att den tidigare organisationen med divisioner och kliniker ersatts med teman, funktioner och patientområden (förklaras inte närmare här). Ett av argumenten för att införa NVM har varit att denna modell på ett bättre sätt jämfört med den tidigare är skickad att lösa sjukvårdens problem nu och framgent. En del av förändringen har varit att över 700 chefer rekryterats med extern konkurrens.

Landstinget har beslutat om en separat omställningsbudget för förändringen. Denna budget har inte överskridits. I samband med det beskrivna förändringsarbetet som sjukhuset genomför anlitas konsulter. Konsulter skall anlitas för specifika uppgifter och under en begränsad tid. Finansieringen av konsultkostnaderna sker via ovan nämnda omställningsbudget.

Den internutredning (D-nr: K2017-5710) inom Karolinska som landstingsrevisorerna hänvisar till är en del av sjukhusets eget system för att upprätthålla en god intern kontroll. Uppdraget kom från sjukhusdirektören och styrelsens ordförande. Utredningen var klar den 31 januari. Ett åtgärdsprogram upprättades och genomfördes och slutrapporterades den 17 april (D-nr: K2018-0762). Samtliga rekommendationer i internutredningen är genomförda. Vad gäller fakturaspecifikationer så kunde inte vid rapporteringen av internutredningen samtliga fakturaspecifikationer från konsultbolaget BCG spåras för perioden 2011–2014 (fr.o.m. 2015 fanns fakturaspecifikationer). Orsaken var att dokumentationen före 2015 inte lagrats systematiskt och centralt. Dessa har nu tagits fram. Specifikationer till fakturorna fanns vid tidpunkten då granskning och attest gjordes, d.v.s. 2011–2014, och samtliga underlag har nu åter verifierats mot enskilda fakturor. Detta visar att av den totala kostnaden 84,7 miljoner kronor, föreligger en differens på 31 tusen kronor. Baserat på genomgången avseende de tre delposterna är orsaken till differensen att timpris korrigerats i fakturan men ej i underlagen.

Andra kommentarer avseende fakturahantering/konsulter är:

Det arbete som genomförts för att upphandling/anlitande av konsulter sker inom ramen för befintliga ramavtal har gett resultat. Detta framgår i rapport från konsultbolaget Deloitte (som landstingsrevisorerna anlitar), och har klargjorts tydligare efter avstämning, men framgår ej tydligt i revisionsrapporten.

Kontakten med Deloitte för genomgång av deras arbete och slutsatser har ej fungerat bra p.g.a. låg tillgänglighet från deras sida. T.ex. har genomgång av deras fakta och slutsatser ej skett före det att utkastet till rapport anlät från Landstingsrevisorerna. Detta är ej en tillräcklig metod för att säkra en korrekt bedömning. Efter påtalande har ytterligare avstämning genomförts och viss rättning av text har skett. Nedan följer en summering av de synpunkter som föreligger på deras rapport samt en kort beskrivning av åtgärder som genomförts:

Resultat av genomförda stickprov i revisionen visar:

- Vad gäller avtal mot faktura så hade hela 97% ett giltigt avtal med spårbarhet (1 faktura fallerade), jämfört med tidigare revision där utfallet var 50%. Till dess att automatisering är genomförd är rutinen förstärkt, och har gett en väsentlig förbättring. Systemförbättringar sker på SLL nivå och har ej ännu

genomförts. Detta framgår ej tydligt i rapporten. Det saknade avtalet avser KI där betydande förbättringar skett avseende avtal.

- Avtalsnummer/beställningsnummer - Det är 4 fakturor av 30 som saknade information om avtalsnummer/beställningsnummer och ej 30% som var angivet i rapport.
- Tveksamma klassificeringar – Det finns kontrollrutin i samband med bokslutet som säkerställer rätt klassificering och därmed korrekta konteringar av konsultkostnader. Information och utbildning om korrekt kontering, och klassificering i avtalsdatabas och inköpssystem har leddit för genomförande. Fram till dess att full implementering är genomförd sker kontrollrutinen för att säkra rätt klassificering. Detta avsnitt är ej korrekt beskrivet i rapporten.

För att få en bredare beskrivning och underlag för revisionen, framgår nedan en summering av genomförda åtgärder för ökad styrning och intern kontroll avseende området konsulttjänster;

- Beställningar via inköpssystem har ökat markant, vilket garanterar
  - giltigt avtal med leverantörer och giltiga beställningsnummer som leder till spårbarhet från avtal till faktura och betalning.
  - ökad automatiseringsgrad över tid i processen genom att faktura matchar mot beställningsnummer i inköpssystemet om pris och kvantitet/timmar överensstämmer och skapar automatisk kontering.
- Utbildning och träning vad gäller process avtal, beställning, granskning av fakturor och underlag
- Ökad syning av kvalitet avtal och faktura i början av respektive delprocess
- Översyn kvalitet och åtgärder för kostnadsuppföljning och kontering
- Översyn av delegation och attester
- Specifikationer fakturor – genomgång av kvalitet och åtgärder implementerade
- Rutin införd 2017 att stoppa betalning när uppgifter saknas inom utvalda områden

Landstingsrevisorerna skriver *Styrelsen bör därför i sin egen riskanalys uppmärksamma risken för oegentligheter och förtroendeskada, särskilt kopplat till konsultanvändningen*. Styrelsen själv gör ingen riskanalys utan den kontrollplan som styrelsen fastställer baseras på en sjukhusövergripande riskanalys. Den sjukhusövergripande riskanalysen består av olika moment. Moment ett är att samtliga ledamöter i Karolinskas ledningsråd (KLR), alltså temachefer, funktionschefer (tidigare även divisionschefer) samt stabschefer och sjukhusdirektörer och i vissa fall även till andra nyckelpersoner, utifrån den s.k. styr- och kontrollmiljön identifierar möjliga risker. Förutom risker inom eget direkt ansvarsområde skall därför risker bedömas avseende:

- Patientsäkerhet
- Kvalitet inkl. bemötande
- Verksamhetsresultat
- Intäkter
- Kostnader

- Arbetsmiljö
- Kompetensförsörjning
- Informations säkerhet
- IT
- Katastrofplanering
- Organisation, ansvar
- Följsamhet till författningar
- Följsamhet till olika policydokument
- Information, kommunikation
- **Oegentligheter**

De olika riskerna sammanställs i en enkät som skickas ut till samtliga ledamöter i Karolinskas Ledningsråd och i vissa fall även till andra nyckelpersoner. I enkäten bedöms risk (sannolikhet) och väsentlighet (konsekvens) på en skala mellan 1 och 4 för de olika identifierade möjliga riskerna, alternativet "Ingen uppfattning". Nya risker kan läggas till. Inga individuella svar redovisas.

Enkätresultatet sammanställs och ligger till grund för slutlig riskvärdering där en genomgång genomförs för ytterligare bedömningar. Enkätresultatet presenteras i en tabell där riskerna är sorterade efter kolumnen Medelvärde riskpoäng. Även standardavvikelse kan användas för att se de risker där den största variationen avseende riskbedömning föreligger mellan enkätbesvararna.

I sjukhusets policy för intern kontroll skrivs avseende oegentligheter att *Risk för oegentligheter skall alltid riskbedömas, oavsett hur styr- och kontrollmiljön beskrivs. Karolinskas definition av oegentligheter är: Med oegentligheter avses ett medvetet bedrägligt beteende som strider mot landstingets eller styrelsens regelverk eller lagar och andra författningar. En oegentlighet förekommer när någon utnyttjar sin ställning i verksamheten för att skaffa sig en otillbörlig fördel genom t.ex. tagande och givande av otillbörlig förmån (tagande eller givande av muta), falsk finansiell rapportering, förskingring, bedrägeri, trolöshet mot huvudman eller otillåttna bisysslor.*

Vad gäller oegentligheter kan sjukhusets medarbetare numera även rapportera misstankar om sådana via en s.k. visseblåsartjänst. Rapporterna görs anonymt via en webbaserad tjänst som ligger utanför sjukhuset. Tjänsten återfinns på sjukhusets intranät.

Sjukhuset har således ett förhållandevis väl utvecklat system för riskanalys. Inget system för riskanalys innebär emellertid att samtliga risker upptäcks. Inom sjukvården arbetar man därför med metoden händelseanalys. Utifrån inträffade händelser dras slutsatser och förbättringsåtgärder vidtas. Den genomförda internutredningen tillsammans med genomfört förbättringsprogram är ett exempel på detta och är en del av arbetet med att upprätthålla god intern kontroll.

#### **Direktupphandlingar**

Med anledning av årsrapporten för Karolinska Universitetssjukhuset har landstinget centralt fått frågor kring delen som avser upphandling och kommenterar detta på sin web-sida som visar på att landstingsrevisorernas kritik behöv klagöras. Kommentaren från landstinget centralt, som sjukhuset instämmer i, lyder:

*Frågeställningarna består främst av hur de upphandlingar som omnämns i årsrapporten ska tolkas.*

*Landstingsrevisorerna rapporterar 34 upphandlingar som är över gränsen för direktupphandling till ett värde av 975 miljoner kronor som har annonserats och konkurrensetsatts. Revisorerna har inte rapporterat att dessa upphandlingar skulle vara felaktiga.*

*Karolinska Universitetssjukhuset har också gjort avrop från två centralt upphandlade avtal för 15 miljoner. Inte heller dessa har rapporterats vara felaktiga.*

*Därutöver tar landstingsrevisorerna upp 259 direktupphandlingar under direktupphandlingsgränsen till ett värde av 73,1 miljoner kronor. Samt 31 upphandlingar som är över gränsen för direktupphandlingar för totalt 48,6 miljoner kronor, med det som kallas "synnerliga skäl" enligt LOU. Landstingsrevisionen har inte bedömt motiven för om direktupphandlingarna uppfyller kraven i upphandlingslagstiftningen. En sådan prövning görs av domstol vid ett eventuellt överklagande.*

*Landstingsrevisorerna rekommenderar också att styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset sammantaget bör säkerställa att undantag från konkurrensutnyttjande i upphandlingsstiftningen tolkas restriktivt.*

### **Rapporten i övrigt**

De siffror på tillgänglighet och kvalitet som publiceras i rapporten är väl kända av sjukhuset. Sjukhuset genomförde hela vårduppdraget i volymer 2017 enligt omställningsavtalet, parallellt med arbete med planering av inflytt, nytt vårduppdrag samt implementering av ny verksamhetsmodell, men har fortfarande för långa väntetider samt vårdplats och personalbrist. Sjukhuset arbetar intensivt med åtgärder på både kort och lång sikt men är fortfarande långt ifrån en tillfredsställande situation. Liknande förhållande gäller även andra akutsjukhus inom Stockholms läns landsting. Bristen på sjuksköterskor är ett problem i hela Stockholmsregionen. I SLLs statistik har Karolinska en personalrörlighet som är i nivå med övriga akutsjukhus inom SLL. Första kvartalet 2018 har Karolinska den lägsta andelen avgångar, 3,9%, och en hög andel rekryteringar, 6,2%, vilket ger en positiv nettorekrytering om 107 sjuksköterskor.

Exklusive de rekommendationer som lämnats tidigare avseende i delrapport 2017 samt i projektrapporten avseende ärendeprocessen (där förbättringsåtgärder pågår sedan tidigare) lämnar landstingsrevisorerna 10 rekommendationer.

- Ledningen bör stärka säkerhetsarbetet för att bl.a. minska risken för stölder och se till så att rekommendationer från säkerhetsavdelningen följs.
- Ledningen bör se till att sjukhuset i samverkan med hälso- och sjukvårdsförvaltningen definierar vilka vårdflöden, diagnoser och åtgärder (operationer, behandlingar) som Karolinska är ensam utförare av.
- Styrelsen bör säkerställa att undantag från konkurrensutnyttjande i upphandlingsstiftningen tolkas restriktivt.
- Styrelsen bör säkerställa att rutiner och arbetssätt för dokumentation av direktupphandlingar uppfyller krav i lagstiftning.
- Styrelsen bör säkerställa att det vid upphandlingar av betydande värden utformas en upphandlingsstrategi i enlighet med upphandlingspolicyn.
- Ledningen bör se över system och rutiner så att sjukhuset centralt kan följa upp upphandlade volymer och kostnader från externa vårdutförare.
- Styrelsen 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.

- Styrelsen bör ta fram regler och rutiner för hanteringen av jävs- och karantänsfrågor vid tillsättande av högre tjänstemän.
- Styrelsen bör i riskanalysen uppmärksamma risken för oegentligheter och förtroendeskada, särskilt kopplat till konsultanvändningen.
- Ledningen bör säkerställa att den elektroniska attesteringen följer beslutad attestordning.

De av dessa rekommendationer som inte redan är åtgärdade läggs in i 2018 års kontrollplan.

Enligt styrelsens bedömning är inte den interna kontrollen 2017 sämre jämfört tidigare år utan tvärtom har den successivt förbättrats. Mer arbete och intresse för dessa frågor har genomförts 2017 jämfört tidigare. Några jämförelser med andra primär- eller landstingskommunala verksamheter gör inte landstingsrevisorerna, men styrelsens bestämda uppfattning är att sjukhuset står sig mycket väl i en sådan jämförelse.

Beslut i detta ärende har fattats av styrelsen för Karolinska universitetssjukhuset vid sitt sammanträde den 7 maj 2018.



Anders Ekblom  
Styrelsens ordförande

Kopia:  
Registrator Lsf

