



**ÅRSRAPPORT 2016**

## Innehållsförteckning

1.	Inledning .....	5
1.1	Sammanfattning .....	5
1.2	Förväntad utveckling 2017.....	8
2.	Styrning.....	9
2.1	Styrning av verksamheten.....	9
2.2	Uppdrag .....	9
2.2.1	Uppdrag i budget .....	9
2.2.2	Uppdrag under löpande år.....	10
2.3	Efterlevnad av styrande dokument.....	10
2.3.1	Styrningsrapport .....	10
2.3.2	Specifika ägardirektiv .....	11
2.3.3	Strategier.....	11
2.3.4	Landstingets finanspolicy .....	11
2.3.5	Styrstrategi akutsjukhus – sanktionsregel.....	12
2.4	Intern styrning och kontroll.....	12
3.	Mål .....	13
3.1	Ekonomi i balans.....	14
3.2	Förbättrad tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården .....	14
3.3	Hållbar tillväxt och utveckling .....	14
3.4	Attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare .....	15
3.5	Tillgänglighet och kvalitet samt övriga lokala mål .....	15
3.5.1	Hälso- och sjukvård .....	15
4.	Verksamhet .....	16
4.1	Genomförd verksamhet .....	16
4.2	Verksamhetsförändringar .....	16
4.3	Omställningar inom ramen för framtidens hälso- och sjukvård .....	18
4.4	Verksamhet inom forskning och utbildning.....	18
4.5	Utveckling helårsarbeten samt verksamhetsförändringars effekt.....	19
4.5.1	Tillgänglighet - Antal väntande.....	19
4.5.2	Produktion – sjukvård .....	20
4.5.3	Produktion – akutsjukhus .....	21
4.5.4	Vårdplatser.....	23
4.6	Produktion ur ett jämställdhetsperspektiv .....	24
4.7	Produktivitet .....	24

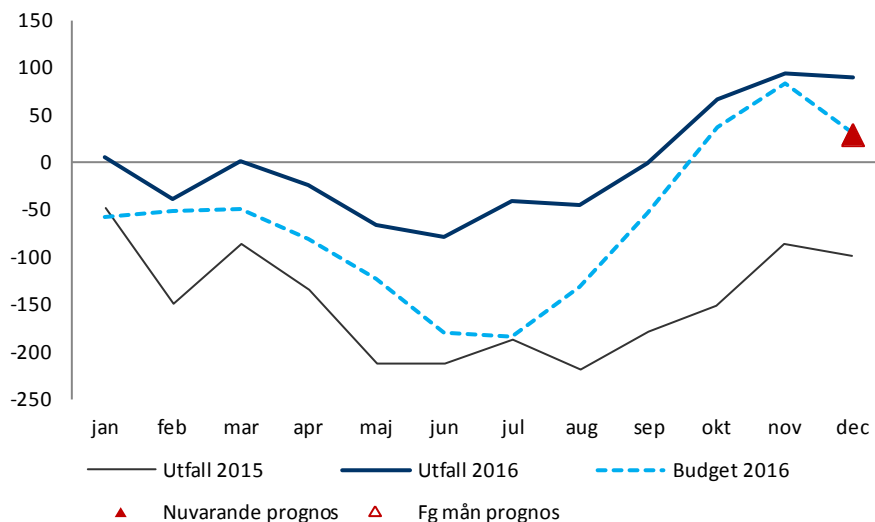
5.	Ekonomi.....	25
5.1	Resultatutveckling .....	25
5.1.1	Redovisning över samtliga specialdestinerade statsbidrag .....	26
5.1.2	Intäktsutveckling .....	26
5.1.3	Kostnadsutveckling.....	27
5.1.4	Bemanningskostnader .....	28
5.1.5	Avvikelse – årets resultat mot årsbudget .....	28
5.1.6	Förändring – årets resultat mot föregående år .....	29
5.1.7	Externa intäkter och kostnader .....	29
5.1.8	Övriga kostnader.....	29
5.1.9	Avskrivningar och finansnetto.....	30
5.2	Resultatdisposition .....	30
5.3	Investeringar .....	30
5.4	Balansräkning .....	31
5.5	Kassaflödesanalys .....	32
6.	Verksamhetsstöd.....	32
6.1	Arbetsgivare för framtiden.....	32
6.1.1	Verksamhetsförändringar och verksamhetsutveckling .....	33
6.1.2	Kompetensförsörjning .....	33
6.1.3	Chef- och ledarskap.....	34
6.1.4	Hälsofrämjande arbetsmiljö .....	34
6.1.5	Jämställdhet och mångfald.....	34
6.1.6	Sjukfrånvaro.....	35
6.2	Miljö .....	35
6.2.1	Miljöutmaning 2016.....	35
6.2.2	Klimatneutrala tjänsteresor .....	36
6.2.3	Ekologiska livsmedel.....	36
6.2.4	Ledningssystem.....	36
6.2.5	Övrig redovisning.....	37
6.3	Socialt ansvarstagande.....	37
6.3.1	Likvärdig behandling av alla invånare .....	37
6.3.2	Delaktighet för personer med funktionsnedsättning .....	38
6.4	Säkra processer .....	38
6.4.1	Informationssäkerhet .....	38
6.4.2	Säkerhet .....	38
6.4.3	IT och digitalisering .....	38
6.5	Folkhälsoarbetet .....	39

6.6	Upphandling och inköp.....	40
7.	Ledningens åtgärder .....	40
8.	Pågående rättsprocesser (tvister) .....	41
9.	Övrigt .....	41
10.	Nämnd-/styrelsebehandling.....	41
11.	Bilagor .....	42

## 1. Inledning

### 1.1 Sammanfattning

#### Resultatutveckling



Under 2016 fortsatte den positiva utvecklingen från 2015 med en betydande resultatförbättring. Totalt uppgick resultatet till 89 Mkr vilket var en förbättring med 187 Mkr jämfört med 2015, där den främsta orsaken är en fortsatt låg kostnadsutveckling (1,4 %), vilket ska jämföras med 2014 på 7 % och 2015 1,2 %.

I enlighet med strategi och planer har Karolinskas verksamhet under året präglats av tre stora förändringar: Förändrat uppdrag, driftsättning av ny infrastruktur, samt implementering av ny verksamhetsmodell.

Under året påbörjades implementeringen av det **förändrade uppdraget** som innebär att Karolinska i enlighet med Framtidens Hälso och sjukvårdsplan (FHS-planen) har flyttat ut verksamhet under 2016 till andra vårdgivare. Den största förändringen avsåg flytten av Onkologiverksamheten som har bedrivits av Karolinska på Södersjukhuset i Södersjukhusets regi. Resterande utflytt av vård har främst avsett omstyrning av ambulanser inom Botkyrka samt vårdval. Effekten av omstyrning av ambulanser inom Botkyrka till Södertälje har ej nått upp till planerad volym.

Implementeringen av den **nya infrastrukturen** vid Karolinska Solna och Karolinska Huddinge (NKS/NKH) genomförs successivt fram till 2018. Under slutet av november 2016 flyttade de första verksamheterna in i den nya sjukhusbyggnaden i Solna. Berörda verksamheter är hjärt-lung- och thoraxverksamheterna, barnakutmottagningen, samt slutenvård och delar av öppenvården på Astrid Lindgrens Barnsjukhus (ALB). Ett antal olika tekniska problem har uppstått under etableringsfasen efter inflytt bland annat avseende telefoni, larm och nätverk. Det pågår ett fokuserat arbete för att åtgärda de aktuella problemen tillsammans med leverantörer. Den nya infrastrukturen ger förutsättningar för

ökad vårdkvalitet, nya arbetssätt, personalnöjdhet, större attraktivitet som arbetsgivare samt förbättrad effektivitet i verksamheten.

Implementeringen av **ny verksamhetsmodell** innebär införandet av en tematisk organisationsstruktur med utgångspunkt i multiprofessionella team fokuserade till patientgrupper. Under året har delar av organisationen implementerat den nya verksamhetsmodellen. Genomförandet innebär en successiv förändring av organisation och arbetssätt, där målet är att uppnå Karolinskas vision; ”Patienten först”. Den nya verksamhetsmodellen ska leda till mer sammanhängande vårdkedjor, som skapar bättre transparens vad gäller vårdkvalitet och förbättrar resursutnyttjandet tvärs funktionsgränser.

Tillgängligheten utvecklades under 2016 olika för nybesök och väntande på behandling, samt cancerområdet. För många områden har tillgängligheten förbättrats under andra halvåret inklusive de områden där Karolinska är ensamutövare. För en av de mest centrala patientgrupperna, de cancersjuka, är tillgängligheten fortsatt god med korta väntetider till operation. Även när det gäller behandling är tillgängligheten hög (98 %), medan andelen som får sin operation eller sitt nybesök inom gränsen för Vårdgarantin har sjunkit från föregående år. Under slutet av året påverkades tillgängligheten av inflyttningen till NKS. Sammantaget har året fortsatt påverkats av en utmanande situation avseende kompetensförsörjning av kritiska kompetenser, vilket påverkat kapacitet och tillgänglighet negativt. Resultatet i sin helhet för 2016 presenteras nedan:

- 67 % av patienterna fick ett nybesök inom 30 dagar (72 % 2015).
- 85 % av patienterna opererades inom 90 dagar (87 % 2015).
- 98 % av patienterna fick behandling inom 90 dagar (98 % 2015).

Under året har ett antal åtgärder genomförts för att förbättra vårdkapacitet och tillgänglighet, både på lokal och på sjukhusövergripande nivå som bla omfattar nya arbetssätt, poliklinisering och samverkan med andra aktörer. För tillgänglighet på akut-mottagningarna, har åtgärder löpande vidtagits som bl.a. gett utökad kapacitet. Inflödet är dock fortsatt högt och i kombination med vårdplatsbrist är tillgängligheten inte på en tillfredställande nivå ännu. Sammantaget är åtgärder för att säkerställa stabil tillgänglighet fortsatt av högsta prioritet. Jämfört med andra universitetssjukhus förbättrades tillgängligheten, vilket jämte medicinsk kvalitet bidrog till en högre placering i extern årlig ranking.

Totala kvalitetsindex ligger fortsatt på 97 % och uppnår därmed målet för 2016.

**Vårdproduktionen** avseende målvolym kopplad till den målrelaterade ersättningen, uppgår uppfyllandegraden för 2016 till 96,2 % och därmed uppfylls gränsvärdet för målvolymen, mätt i DRG-poäng, i enlighet med omställningsavtalet (gränsvärdet 95 %).

Vårdtyngden, mätt som Case mix Index, CMI, har ökat för den ackumulerade perioden. Förändringen ligger i linje med strategin, med en utveckling mot mer högspecialiserad vård, utflytt av enklare vård till andra vårdaktörer och poliklinisering. Öppenvården har under året

i stort sett varit i linje med plan, medan produktionen inom slutenvård varit på en lägre nivå än plan, främst på grund av ett lägre antal disponibla vårdplatser som delvis kompenseras av ett ökat fokus på poliklinisering. Den underliggande volymavvikelsen mot mål för slutenvård inom omställningsavtalet är ca 6 % (inkl bl.a. effekt poliklinisering, utflytt).

Inom forskning och utbildning visar flera kvalitetsindikatorer att forskningen vid sjukhuset förstärkts ytterligare. Ett av de bibliometriska måtten, Cf (fältnormerad citeringsgrad<sup>1</sup>), har under 2016 nått en ny högsta nivå, 1,95. Världsgenomsnittet är 1,00 och värdet visar att forskningen har ett högt internationellt värde och ett stort genomslag. Även forskningens sammanlagda Journal Impact Factor (JIF), vilket visar kvaliteten på de tidskrifter där forskningsresultaten publiceras, visar en stigande trend.

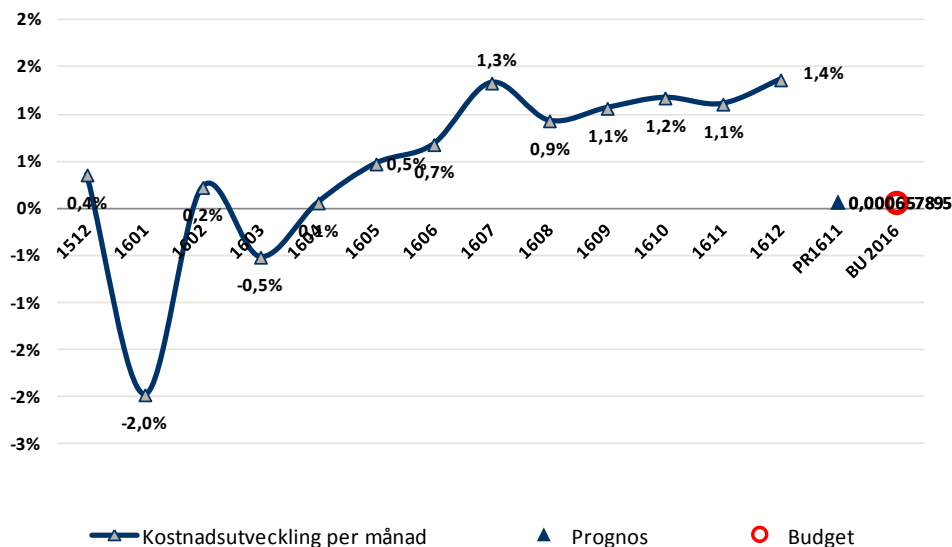
Ett omfattande förbättringsarbete har drivits under året med anledning av Kjell Asplunds utredning av fallet Macchiarini.”33-punktsprogrammet” har omsatts till tydliga uppdrag från sjukhusdirektören till respektive linjechefer. Det har resulterat i förtydligade riktlinjer, rutiner och utbildningar.

Totalt ett **markant förbättrat resultat** som stärks främst av en fortsatt kostnadsutveckling på en låg nivå. Intäktsutveckling var 2,4 % exklusive jämförelsestörande poster vilket var över målnivå. Kostnadsutvecklingen var 1,4 %, och exklusive resultatneutrala kostnader på motsvarande nivå som 2015 (0 %). Nivån påverkades dock fortsatt tydligt negativt av kostnader för inhyrda vårdresurser och externa sjukvårdstjänster (priseffekt jämfört med egen regi), som drivs av att hålla upp vårdkapaciteten vid svårigheter att rekrytera resurser med rätt kompetens. Även läkemedelskostnader har en fortsatt icke gynnsam kostnadsutveckling, främst drivet av särläkemedel och högspecialiserade läkemedel som är mycket svåra att kompensera för med andra åtgärder under innevarande år. Totala priseffekter avseende köpta sjukvårdstjänster och läkemedel bedöms uppgå till ca 140 Mkr för helåret.

---

<sup>1</sup> Mäter genomsnittlig citeringsgrad normerad mot publikationer inom samma publiceringsår, fält och artikeltyp

## Kostnadsutveckling



## 1.2 Förväntad utveckling 2017

Karolinskas verksamhet kommer även under kommande år att präglas av de centrala förändringsområdena; förändrat uppdrag, driftsättning av ny infrastruktur, samt implementering av ny verksamhetsmodell.

Det förändrade uppdraget innebär att Karolinska fortsatt ska anpassa verksamhetsinnehållet i enlighet med FHS-planen. En omfattande utflytt av vård kommer att genomföras under 2017. Fortsatta förberedelser kommer att göras för att implementera den nya infrastrukturen inom Karolinska Solna och Karolinska Huddinge. Inflyttning i nya faciliteter kommer att möjliggöra modern vård, inklusive forskning och utbildning, i ett integrerat sjukhus. Under 2017 kommer hela organisationen att ha implementerat den nya verksamhetsmodellen.

Ett antal aktiviteter är centrala för att Karolinska ska kunna fullgöra sitt nya uppdrag, utveckla verksamheten kvalitativt samt förbättra effektivitet och produktivitet. Viktiga förutsättningar för att kunna genomföra det nya uppdraget är att mottagarkapacitet är säkerställd så att vård kan överflyttas i rätt tid och till rätt volym, samt att det är en starkare prehospital styrning för att säkerställa att patienter styrs till rätt vårdgivare direkt, samt att överlämningar av vård mellan givare sker på ett effektivt och patientsäkert sätt.

De ekonomiska förutsättningarna för 2017 påverkas av ett antal viktiga förändringar: Anpassning av vårduppdraget, förändringar av ersättning inom ramen för omställningsavtalet, inflytt i NKS samt införande av ny verksamhetsmodell. I syfte att förbättra verksamheten och uppnå en ekonomi i balans planeras effektiviseringsåtgärder under



perioden. Effektiviseringar planeras primärt genom förändrade arbetssätt t.ex. poliklinisering, ökad produktivitet och mer optimerad bemanningsmix.

Karolinska genomgår omfattande förändringar. Det är därför viktigt med flexibilitet vad gäller ersättningsnivåer, så att Karolinska kompenseras vid förändrade planer och förutsättningar för bl.a. det nya uppdraget.

## 2. Styrning

### 2.1 Styrning av verksamheten

Karolinskas verksamhet är under stor förändring vad gäller organisationsstrukturen, i enlighet med implementeringen av ny verksamhetsmodell. Verksamheten går från att vara organiserad i sju vårddivisioner och ett antal stödjande stabsfunktioner till att övergå successivt till en tematisk organisationsstruktur med totalt sju teman och fem funktioner och ett antal stödjande stabsfunktioner. Under 2016 har ny verksamhetsmodell implementerats för två teman, fyra funktioner och staber.

Karolinskas styrelse har ett övergripande ansvar för styrning och intern kontroll av verksamheten. Styrelsen utses av landstingsfullmäktige och består av ordföranden samt övriga ledamöter. I förekommande fall kan även en vice ordförande utses bland de övriga ledamöterna. Arbets- och delegationsordningen utgör ett väsentligt inslag i den interna kontrollen. Styrelsen avgör vilka beslut som ska delegeras till sjukhusdirektören och vilka av dessa frågor som ska vara möjliga för sjukhusdirektören att delegera vidare. Vidare fastställer sjukhusdirektören i särskild arbets- och delegationsordning vilka beslut som ska vidaredelegeras och hur verkställighetsbeslut inom ramen för den löpande förvaltningen ska fördelas inom verksamheten.

Karolinskas verksamhet styrs inom ramen för ett antal grundläggande styrande dokument, där författningar inom sjukvårdområdet bildar den övergripande nivån. Karolinska grundläggande styrande dokument är indelade i fyra kategorier:

- Författningar inom sjukvårdsområdet
- SLL's styrdokument
- Karolinskas styrdokument
- Karolinskas ledningssystem

### 2.2 Uppdrag

#### 2.2.1 Uppdrag i budget

Karolinska har sedan 2012 i uppdrag att anpassa verksamheten till FHS -planen och planera för driftsättningen av NKS. Arbetet med planering av driftsättning av resterande sjukhusbyggnader i Solna är omfattande och inbegriper ett tiotal projekt, från att fastställa verksamhetsinnehåll, placera in verksamheter i NKS, säkerställa tillstånd från bl.a.

Strålsäkerhetsmyndigheten, anpassa övrig infrastruktur i Solna, till att utrusta det nya sjukhuset med medicinsk teknik och inredning. Arbetet fortgår enligt plan. De första kliniska delarna av NKS har driftsatts i slutet av november 2016.

Karolinska har även ett uppdrag att beakta den totala kostnaden för nya Karolinska i Solna. Detta arbete pågår i samarbete med parter inom LSF, HSF samt Locum.

Fullmäktige uppdrog i budget 2014 (att-sats 47) till styrelsen för Karolinska Universitets-sjukhuset att självständigt hantera kommande beslut om kostförsörjningen för NKS. Arbetet pågår och kommer att hanteras för beslut och genomförande i enlighet med fullmäktiges beslut.

I bilaga A1 återrapporteras uppdragen:

- Att-sats nr 18: att fortsätta arbetet med utveckling av Framtidsplan för hälso- och sjukvården, som redovisas i Framtidsplanen tredje steget i genomförandet i enlighet med LS 1409-1068
- Att-sats nr 47: att hantera kostförsörjningen vid NKS
- Att-sats nr 48: att i budget beakta totalkostnaden för NKS under planperioden 2015-2017
- Att-sats nr 51: att i samråd med Karolinska Institutet fortsätta processen kring verksamhetsinnehåll och profilering, samt driftsättning av NKS.

*Bilaga A1 – Återrapportering uppdrag i budget*

### **2.2.2 Uppdrag under löpande år**

I bilaga A2 återrapporteras uppdragen:

- LS nummer 1308-1033 och 1407-0854: att utarbeta lokala rutiner och arbetssätt för att implementera investeringsstrategin.

*Bilaga A2 – Återrapportering uppdrag under löpande år*

## **2.3 Efterlevnad av styrande dokument**

Karolinska följer samtliga tillämpliga styrande dokument.

### **2.3.1 Styrningsrapport**

Styrningsrapport 2015 avseende Karolinska är upprättad och biläggs årsbokslutet. *Redovisas i bilaga F2*

### **2.3.2 Specifika ägardirektiv**

Styrningen av Karolinska Universitetssjukhuset utgår ifrån landstingsstyrelsens beslutade specifika ägardirektiv. Sjukhusets styr- och kontrollmiljö är väl beskriven i sjukhuset policy för intern kontroll. Övergripande uppföljning sker i sjukhusets styrkort.

### **2.3.3 Strategier**

Karolinskas strategi utgår ifrån landstingets målbild 2025 samt Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) som båda är beslutade i landstingsfullmäktige.

Vården skall ha hög tillgänglighet, vara av god kvalitet, ha en hög grad av delaktighet samt ha hög effektivitet.

Viktiga delar i FHS är:

- Hälso- och sjukvården ska fungera som en patientfokuserad helhet.
- Vägen dit är tydligare roller och samverkan i nätverk.
- Skifte från en enskild vårdgivares interaktion med en patient till fokus på patientens resa och aktiva deltagande genom sjukvårdssystemet.

Karolinskas strategi genomförs med en ny verksamhetsmodell som är en funktion av ett stort antal förändringar som bl.a. berör:

- Införande av tematisk organisation
- Förändrat vårduppdrag
- Integrerad vård och Forskning och utbildning
- Nya arbetssätt
- Ledarskap
- Informationsmiljö
- Styrning

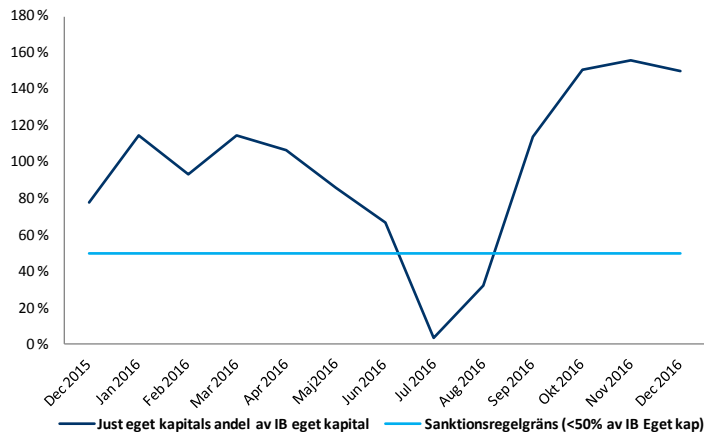
Den nya verksamhetsmodellen införs i två förändringssteg:

- Fas 1 genomförd 2016; utveckla och införa i linjen via teman, funktioner och staber.
- Fas 2 planeras för 2017, lärdomar tas från fas 1.
- Framväxande förändring där lösningar detaljeras utifrån specifika behov i verksamheten.

### **2.3.4 Landstingets finanspolicy**

Inga avsteg görs från landstingets finanspolicy.

### 2.3.5 Styrstrategi akutsjukhus – sanktionsregel



Det justerade egna kapitalet (enligt beräkningsmodellen) uppgick till 150 % i december. Andelen har successivt ökat i takt med att semesterlöneskulden ökade samt att resultatet uppvisade en positiv utveckling. Karolinska befinner sig över sanktionsregelsgränsen som är 50 %.

## 2.4 Intern styrning och kontroll

Karolinskas system och modell för att hantera intern kontroll är i enlighet med landstingets policy och anpassas löpande för att säkerställa en god intern kontroll. Sjukhusets arbete följer modellen vilket innebär att Sjukhusdirektörens försäkran kring intern kontroll har kunnat lämnas. Se bilaga.

Lägesrapportering av den interna kontrollplanen har skett genom rapportering i styrelsen i september 2016 och genom avrapportering i januari 2017. Kontrollplanen baseras på en sjukhusövergripande riskanalys. Utgångspunkten för riskanalysen var 2016 ett antal fokusområden.

Antalet problem/risker i kontrollplanen har under 2016 varit 13 stycken (exkl. landstingsrevisorernas rekommendationer). Sjukhusets riskfokus har till stor del varit inriktade mot de pågående förändringsprogrammen.

De tre stora förändringsprogram som pågår inkluderar:

- 1) Inflyttning i den nya sjukhusbyggnaden i Solna (NKS)
- 2) Ny verksamhetsmodell
- 3) Nytt uppdrag (tidigare kallat *utflytt av vård*).

Trots de stora förändringsprogrammen, samt den extraordinära händelsen som Macchiarini affären utgjorde, har en acceptabel intern kontroll kunnat upprätthållas, mycket tack vare sedan tidigare etablerade och väl fungerande administrativa rutiner och flöden.

Som en följd av de rekommendationer som ges i Kjell Asplunds externa utredning, "Fallet Macchiarini", har ett omfattande förbättringsprogram etablerats inom sjukhuset och ett antal uppdrag har delats ut av sjukhusdirektören till ansvariga chefer. En del av detta förbättringsprogram är att säkerställa att sjukhusets ledningssystem utgör en informationsstruktur som underlättar för sjukhusets verksamheter att ha god följsamhet till tillämpliga lagar, förordningar och interna regler.

Den nu genomförda inflyttningen till den nya sjukhusbyggnaden i Solna har genomförts enligt plan. En del mycket allvarliga problem har inträffat vad gäller larm, telefoni och nätverk. Detta har varit påfrestande för de medarbetare som arbetar i den nya sjukhusbyggnaden, och haft till följd att antalet vårdplatser för hjärtverksamhet och hjärtövervakning var reducerad under längre tid än i ursprungsplanen. En rapport med analys av händelserna är under framtagande. Det inträffade visar på vikten av att genomföra riskanalyser samt betydelsen av att genomföra samtliga delar av sjukhusets modell för intern kontroll.

Den sjukhusövergripande mötesstrukturen har under året förändrats och består nu av exekutiva råd och kommittéer som har möjlighet att lyfta frågor till de exekutiva råden.

Den samlade bedömningen är att sjukhusets interna kontroll är tillräcklig. Se även:

- *Bilaga F4a - Avrapportering av intern kontrollplan*
- *bilaga F4b – Karolinska Universitetssjukhusets Internkontrollplan 2016*
- *Bilaga F2 - Styrningsrapport 2016*

### 3. Mål

Karolinska har ett tredelat uppdrag som inkluderar vård, forskning och utbildning. Till uppdraget hör att planera för verksamhetsinnehåll och driftsätta nya Karolinska samt att hålla ekonomin i balans genom transformationen 2016-2019.

Karolinskas inriktning är att bygga sjukvården kring patienten och dennes väg genom vården. Det underlättar för verklig helhetssyn och gör att det vi investerar i vården kan omsättas i ökat värde för patienterna.

Genomförandet av FHS-planen och utflytt av vård under 2016 har i stort gått enligt plan. Avvikelser avser främst omstyrning av ambulanser från Botkyrka, samt remissflöde avseende aktuella vårdvalsområden.

Planering och förberedelser för implementering av ny verksamhetsmodell och inflyttning i NKS fortgår enligt plan.

### 3.1 Ekonomi i balans

Mål och indikator	Utfall 2016	Mål 2016	Utfall 2015
<b>EKONOMI I BALANS (MKR)</b>			
<b>Finansiell stabilitet</b>			
Resultat:			
Ett positivt resultat enligt balanskravet <sup>1)</sup>	89	30	-98

<sup>1)</sup> För förvaltningar/bolag avses att det av fullmäktige beslutade resultatkravet uppnås.

Genomförda åtgärdsprogram har gett stor effekt på resultatet, som var 189 Mkr bättre jämfört med motsvarande period 2015. Se i övrigt ekonomiavsnitt.

### 3.2 Förbättrad tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården

Mål och indikator	Utfall 2016	Mål 2016	Utfall 2015
<b>FÖRBÄTTRAD TILLGÄNGLIGHET OCH KVALITET I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN</b>			
<b>Säker vård</b>			
Förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner	12%	≤9,0 %	11,0 %

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är fortsatt den vanligast förekommande vårdskadan. Karolinska har en förhållandevis hög andel riskpatienter, vilket gör det till en utmaning att nå uppsatta mål. Resultatet för Karolinska visar att andelen patienter som hade en vårdrelaterad infektion under våren 2016 uppgick till 12,0 % medan motsvarande andel under hösten 2016 uppgick till 12,5. Resultatet är på en statistiskt jämförbar nivå som vid motsvarande mätning för helåret 2015 visade ett resultat av 11 %. Nationella resultat visar att andelen patienter med VRI har minskat vid jämförelse med 2015 från 9,6 % till 9,1 %. Vid samma jämförelse inom SLL visade resultaten att andelen patienter med VRI istället hade ökat från 10,0 % till 10,4 %.

### 3.3 Hållbar tillväxt och utveckling

Mål och indikator	Utfall 2016	Mål 2016	Utfall 2015
<b>HÅLLBAR TILLVÄXT</b>			
<b>Effektivt miljöarbete</b>			
Energianvändningen i verksamhetslokaler: energianvändning per kvadratmeter (kWh/m <sup>2</sup> ) <sup>2)</sup>	238	≤ 195	251
Andel ekologiska livsmedel	36%	≥ 30 %	35%
Klimatpåverkan från medicinska gaser: kg CO <sub>2</sub> -ekvivalenter per invånare	*	≤ 2,2	Ej angivet

\* Siffran går inte att räkna ut på förvaltningsnivå, då antalet invånare i landstinget saknas.

Ett flertal områden, som beskrivs närmare under avsnitt Miljö har förbättrats under 2016. Ovan framgår mål för 2016 där förbättring skett genom medvetet genomförande av åtgärder som även kommer att ge ytterligare positiva effekter framåt.

### 3.4 Attraktiv och konkurrenskraftig arbetsgivare

Mål och indikator	Utfall 2016	Mål 2016	Utfall 2015
<b>ATTRAKTIV OCH KONKURRENSKRAFTIG ARBETSGIVARE</b>			
<b>Stolta merbetare</b>			
AKA-index:			
Uppföljning av landstingets personalpolicy i medarbetarenkäten som består av aktivt ansvarstagande, kund- och resultatfokus, förändring och utveckling, jämlikhetsindex, hälso- och stressindex samt motivationsindex. Skala 1–100.	69	≥77	77

Karolinska Universitetssjukhusets medarbetarenkät 2016 har genomförts under perioden 15 december 2016 till 18 januari 2017. AKA-index visar på ett lägre värde än utfallet 2015 och det mål sjukhuset haft för 2016. Den första rapporteringen sker den 7 februari, därefter kommer arbetet med att analysera resultatet och arbeta med orsakerna till utfallet att ta vid.

### 3.5 Tillgänglighet och kvalitet samt övriga lokala mål

#### 3.5.1 Hälso- och sjukvård

Som en del i den nya styrmodellen definieras styrområdet Vård där kvalitet, produktion och tillgänglighet samordnas.

I den sjukhusinterna uppföljningsprocessen tydliggörs nu betydelsen av vårdkvalitet och införandet av nya arbetssätt inom ramen för ny verksamhetsmodell.

Mål	Dimension/ Parameter	Utfall 1612	Budget 2016	Bokslut 2015
Kvalitet	Totalt Kvalitetsindex	97%	97%	97%
Tillgänglighet	Väntetid på akutmottagning	54%	78%	57%
Kvalitet	Andel MRSA-odlingar (gäller Q3)	79%	90%	79%

Totala kvalitetsindex ligger fortsatt på 97 % och uppnår därmed målet för 2016. För målet Väntetid på akutmottagning var utfallet för 2016 54 %, vilket är lägre än 2015. Målet har inte utvecklats tillfredsställande. Resultatet påverkas fortsatt av brist på disponibla vårdplatser och att beläggningen av de disponibla vårdplatserna är hög. Det främsta skälet är brist på sjuksköterskor. Åtgärder har successivt vidtagits under året med en förstärkt kapacitet i Huddinge .

Kvalitet. För målet Andel riskpatienter för MRSA, där MRSA-odling tagits enligt vårdprogram var utfallet för året 79 %, vilket kan jämföras med 2015 då resultatet också var 79 %.

## 4. Verksamhet

### 4.1 Genomförd verksamhet

Karolinskas verksamhet drivs med syfte att utföra samtliga tre uppdrag som Karolinska har: Vård, forskning och utbildning. Verksamheten har under året påverkats av de förändringar som genomförts baserat på FHS planen, som berör samtliga uppdrag.

Karolinskas verksamhet har framför allt påverkats av följande stora förändringsområden:

- Förändrat uppdrag
- Driftsättning av ny infrastruktur (NKS och NKH)
- Implementering av ny verksamhetsmodell

Större genomförda förändringar inom dessa områden beskrivs nedan under rubriken 4.2 Verksamhetsförändringar.

### 4.2 Verksamhetsförändringar

Inom ramen för **förändrat uppdrag** har Karolinska fortsatt anpassa verksamhetsinnehållet i enlighet med FHS-planen. Anpassningarna till planen innebär att framtidens universitetssjukhus kommer att vara mindre än dagens, men kommer att ha en större andel högspecialiserad vård.

I planen för 2016 definierades utflyttspaket från Karolinska om ca 2,700 vårdtillfällen och 50,000 öppenvårdsbesök. Utflyttspaketet har varit av olika karaktär, där vissa planlades att flyttas ut kontinuerligt under året medan andra startade ett visst datum. Under perioden januari till oktober var det främst volymer kopplade till vårdvalet som flyttades ut. Dessutom skulle en omstyrning av ambulanser från Botkyrka kommun till Södertälje Sjukhus generera färre antal patienter till Karolinska i Huddinge, ett arbete som påbörjades redan 2015 men som intensifierades i januari 2016.

När det gäller omstyrning av ambulanser inom Botkyrka, från Karolinska i Huddinge till Södertälje Sjukhus, kan det konstateras att den uppnådda effekten inte alls motsvarat den planerade. Det finns även vissa avvikelser inom vårdvalsområdena p.g.a. utmaningar med remissinflödet för patienter som bör behandlas på en annan vårdnivå och som inte kräver universitetssjukhusets resurser.

En tillkommande produktion har noterats inom Förlossningsvården från och med juni 2016, beroende på stängningen av verksamheten inom BB Sophia. Effekten har påverkat andra halvåret 2016.

Onkologiverksamheten som har bedrivits av Karolinska på Södersjukhuset har även flyttats över i Södersjukhusets regi genom en verksamhetsövergång per den 1 oktober 2016.



Implementeringen av den **nya infrastrukturen inom NKS och NKH** kommer att möjliggöra modern vård, inklusive forskning och utbildning, i ett integrerat sjukhus. Därmed skapas förutsättningar för en ökad personalnöjdhet, större attraktivitet som arbetsgivare samt förbättrad effektivitet.

Under slutet av november 2016 har de första verksamheterna flyttat in i den nya sjukhusbyggnaden. Det innebär att hjärt-, lung- och thoraxverksamheterna, barnakutmottagningen, samt slutenvård och delar av öppenvården på ALB flyttat in i det nya sjukhuset. Ett antal tekniska problem har noterats i samband med att verksamheten har bedrivits i de nya faciliteterna, bland annat vad gäller telefoni, larm och nätverk. Det pågår ett fokuserat arbete för att åtgärda de aktuella problemen. Den nya infrastrukturen kommer på sikt att skapa förutsättningar för ökad personalnöjdhet, större attraktivitet som arbetsgivare samt förbättrad effektivitet i verksamheten.

Den **nya verksamhetsmodellen** möjliggör en ökad patientkvalitet och förbättrad effektivitet. Genomförandet innebär en successiv förändring av organisation och arbetssätt baserad på en tematisk sjukvård med utgångspunkt i multiprofessionella team kring patientgrupper. Utgångspunkten är Karolinskas vision, ”Patienten först”, och ambitionen är att förstå patientens verkliga behov med nya arbetssätt som skapar sammanhängande vårdkedjor och som möjliggör transparens vad gäller vårdkvalitet och resursutnyttjande tvärs funktionsgränser. Implementeringen av den nya verksamhetsmodellen genomförs i två huvudsakliga faser, benämnda fas 1 och fas 2 enligt nedan, och sker successivt under 2016 och 2017.

#### Teman

- Barn och Kvinnosjukvård (fas 1)
- Hjärta och Kärl (fas 1)
- Neuro (fas 1)
- Cancer (fas 2)
- Trauma och Reparativ Medicin (fas 2)
- Inflammation och Infektion (fas 2)
- Åldrande (fas 2)

#### Funktioner

- Akut (fas 1)
- PMI (Perioperativ Medicin och Intensivvård) (fas 1)
- Hälsoprofessioner (fas 1)
- Bild och Funktion (fas 1)
- KUL (Karolinska Universitetslaboratoriet) (fas 2)

I både teman och funktioner ska alla Karolinskas uppdrag som Universitetssjukhus, -vård, forskning, utbildning samt innovation - integreras.

Under 2016 har implementering av ny verksamhetsmodell genomförts för samtliga teman/funktioner i fas 1. Det innebär att man har slutfört rekrytering och tillsättning av nya

chefer, samt att man genomfört arbetet med att placera de cirka 8000 medarbetarna som berörts i fas I. Berörda funktioner och teman har börjat styra sina verksamheter i enligt de nya rapporteringslinjerna under senare delen av 2016.

### **4.3 Omställningar inom ramen för framtidens hälso- och sjukvård**

Största omställningarna under perioden är övergången till **ett mer högspecialiserat** sjukhus där utflyttspaket från Karolinska om ca 2,700 vårdtillfällen och 50,000 öppenvårdsbesök hade planerats för 2016.

Utöver utflytt av vård har det även skett en viss inflytt av högspecialiserad vård i form av förändrat uppdrag inom SLL samt utomlänsvård.

Se avsnitt 4.2 för ytterligare information om omställningar under perioden.

Kritiska framgångsfaktorer för att genomföra omställningar enligt plan på ett effektivt sätt inkluderar bland annat säkerställa mottagarkapacitet och ha en stark prehospital styrning.

### **4.4 Verksamhet inom forskning och utbildning**

Forskning och utbildning är ett av Karolinskas huvuduppdrag. Tillsammans med Karolinska Institutet bedriver Karolinska Universitetssjukhuset utbildning och världsledande medicinsk forskning inom en rad områden. Forskning och utbildning är centrala och naturligt integrerade delar av verksamheten vid sjukhuset. Det innebär bland annat att forskningsfrågeställningarna ofta utgår direkt från patientens behov och att forskningsresultaten verkligen kommer patienten till nytta. Under 2016 genomfördes 33968 studentveckor på sjukhuset och över 2700 forskarverifierade vetenskapliga artiklar.

Utbildningsområdet har förstärkts strategiskt under året genom att Karolinska har rekryterat både en utbildningschef, med övergripande ansvar för utbildningsfrågor, och en studierektor för kliniska vårdutbildningar, med ett övergripande och strategiskt ansvar för utbildningskvaliteten för de studerande inom medellånga kliniska vårdutbildningar. Vidare har arbetet med att etablera studentenheter ("studentsalar") varit framgångsrikt och antalet har ökat med 50 procent till 30 stycken studentenheter, vilket främjar så kallad peer-learning.

Flera kvalitetsindikatorer visar att forskningen vid sjukhuset förstärkts ytterligare. Ett av de bibliometriska måtten, Cf (fältnormerad citeringsgrad<sup>2</sup>), har under 2016 nått en ny högsta nivå, 1,95 (avser 2015 års publikationer). Världsgenomsnittet är 1,00 och värdet 1,95 visar att forskningen som bedrivs vid sjukhuset har ett högt internationellt värde och ett stort genomslag. Även forskningens sammanlagda Journal Impact Factor (JIF), vilket visar kvaliteten på de tidskrifter där forskningsresultaten publiceras, visar en stigande trend.

---

<sup>2</sup> Mäter genomsnittlig citeringsgrad normerad mot publikationer inom samma publiceringsår, fält och artikeltyp

Likaså visar även mängden externa medel en stigande trend. Det senare är ett tecken på att forskningsfinansiärer bedömer forskningen som högkvalitativ och aktuell, och att det finns en vilja att stötta den forskning som för närvarande bedrivs på sjukhuset men även den forskning som planeras. Tillgången till externa medel är också ett tecken på att Karolinska framgångsrikt samverkar med det omgivande samhället.

## 4.5 Utveckling helårsarbeten samt verksamhetsförändringars effekt

Personalvolym/helårsarbete	Bokslut	Budget	Avvik	Bokslut	Föränd
Antal	2016	2016	AC-BU	2015	%
Helårsarbeten exkl. extratid (personalvolym)	15 369	15 600	-231	15 495	-0,8 %

Personalvolymerna minskade jämfört med 2015 och budget. Anledningen är att omställningsarbetet drivit mindre personal än planerat samt att andelen inhyrd personal har varit något större för att säkerställa produktionskapacitet.

### 4.5.1 Tillgänglighet - Antal väntande

Tillgänglighet är en central aspekt i Karolinska Universitetssjukhusets vårdavtal och sjukhuset är skyldigt att erbjuda patienterna vård inom Vårdgarantins gränser. Detta betyder att en patient skall erbjudas att träffa läkare för ett nybesök inom 30 dagar och inte behöva vänta längre än 90 dagar på operation eller behandling. För en av Karolinskas mest centrala patientgrupper, de cancersjuka, är tillgängligheten fortsatt mycket god med korta väntetider till operation. Även när det gäller behandling är tillgängligheten hög, medan andelen som får sin operation eller sitt nybesök inom gränsen för Vårdgarantin har sjunkit något från föregående år. Det förekommer skillnader mellan olika verksamheter och inom flera av de områden där Karolinska är ensamutövare har trenden under 2016 års andra hälft varit positiv. Resultatet i sin helhet för 2016 presenteras nedan:

- 67 % av patienterna fick ett nybesök inom 30 dagar (72 % 2015).
- 85 % av patienterna opererades inom 90 dagar (87 % 2015).
- 98 % av patienterna fick behandling inom 90 dagar (98 % 2015).

Orsakerna till de något lägre siffrorna för operation är huvudsakligen kapacitetsbrist i form av slutenvårdsplatser och operationskapacitet, samt inom vissa områden utflödesproblematik. Även flytten till nya sjukhusbyggnaden i Solna har påverkat tillgängligheten för vissa segment då en lägre produktionstakt var nödvändig för att möjliggöra en patientsäker flytt.

Sjukhuset har under året genomfört ett antal åtgärder för att förbättra tillgängligheten, både på lokal och på sjukhusövergripande nivå.

- En omfattande poliklinisering av sjukhusets verksamhet är i full gång och har gett resultat under året. Målet är att utveckla profilerade enheter för högspecialiserad dagvård som delvis ersätter behovet av slutenvård.
- Effektivisering, och i vissa fall nyskapande av externa och interna vårdkedjor (akut och elektiv vård) genomförs stegvis för att möjliggöra och underlätta utveckling av en optimal dagvård.
- Sjukhuset har inlett ett antal samarbetsavtal med externa aktörer för att öka kapaciteten inom viktiga områden. Detta gäller framför allt inom postoperativ vård och rehab men även för att öka operationskapaciteten. Avtal finns med privata aktörer såväl som andra sjukhus så som Danderyds Sjukhus och Södersjukhuset.
- För att säkra kapacitet inom de områden där sjukhuset är ensamutövare samt för att öka tillgängligheten för de svårast sjuka patienterna så hänvisas remisser till andra aktörer inom områden där det finns vårdval eller andra utförare.

Sjukhuset har vid ett flertal tillfällen utfört elektiva operationer på lördagar samt förbättrat tillgängligheten genom en ökad samordning mellan de båda siterna i Huddinge och Solna.

I tabellen nedan presenteras antal väntande (CVR) för Karolinska.

Antal väntande (CVR) per sjukhus (Karolinska)	Bokslut 2016	Bokslut 2015	Förändring %
Antal väntande behandling*	1 847	1 428	29,3%
Antal väntande nybesök	1 284	817	57,2%
<b>Antal väntande totalt</b>	<b>3 131</b>	<b>2 245</b>	<b>39,5%</b>

\* Inkl. antal väntande på behandling samt operation

Tabellen ovan presenterar antal köställda patienter över vårdgarantigränsen. Rapportering avser vecka 50 för de rapporterade perioderna. Inledningsvis ovan framgår totalutfallet hela året för nybesök, operation och behandling samt hur det utvecklats. Vid urval av en vecka (enligt tabell ovan) framgår ett begränsat urval, som förstärker helhetsbilden även om det ej speglar totalvolymens utveckling, och fortsatt fokuserade åtgärder behövs för att väsentligt förbättra tillgängligheten. Notera att antal köställda operationer i behandlingar för 2016 är från Orbit, medan informationen för 2015 är från TakeCare. Notera även att det vad gäller nybesök är stora fluktuationer under året samt att ledtider är relativt korta.

#### 4.5.2 Produktion – sjukvård

Målvolymin kopplad till den målrelaterade ersättningen, uppgår uppfyllandegraden för 2016 till 96,2 % och därmed uppfyllt gränsvärdet för målvolymin, mätt i DRG-poäng, i enlighet med omställningsavtalet (gränsvärdet 95 %).

Vårdtyngden, mätt som Case mix Index (CMI), har ökat för den ackumulerade perioden, vilket ligger i linje med strategin, med en utveckling mot mer högspecialiserad vård, utflytt av

enklare vård till andra vårdaktörer och poliklinisering. Även andra indikatorer för att mäta vårdtyngd, såsom SAPS (Simplified Acute Physiology Score) inom intensivvården visar på en allt tyngre och mer resurskrävande vård (+1,4 %).

Produktionen inom öppenvård inom ramen för OA (SLL-vård) har i stort sett motsvarat budget (-0,2 %). För produktionen inom slutenvård är avvikelserna mot budget -11,2 %. Den underliggande negativa avvikelserna för slutenvården är ca 6 % jämfört med budget. Differensen mellan rapporterad avvikelse och underliggande avvikelse motsvaras av utflytt av vård utöver plan, poliklinisering samt omregistreringar. Orsaken till den lägre produktionen är främst ett färre antal disponibla vårdplatser på grund av kompetensbrist och långa ledtider för rekrytering.

Det är viktigt att notera att en jämförelse med föregående år inte ger en rättvisande bild vid bedömning av fullgörandet av Karolinskas uppdrag, då planerade förändringar skett mellan åren genom utflytt av vård och poliklinisering.

Vad gäller Total produktion för den ackumulerade perioden så var volymerna inom slutenvården 6,4 % lägre än föregående år, medan volymerna inom öppenvården var 2,4 % lägre. Den underliggande avvikelserna för slutenvården vad gäller Total produktion är ca 4 % jämfört med föregående år. Liksom inom omställningsavtalet så förklaras delar av avvikelserna av utflytt av vård, genomförandet av poliklinisering samt omregistreringar. Verksamheter med lägre slutenvård inkluderade bl.a. Barnakuten, Plastikkirurgen och Neurologen.

### 4.5.3 Produktion – akutsjukhus

#### Produktion akutsjukhus

SLL vård antal vårdtillfällen/besök	Ack utfall 1612	Budget/Avtal 1612	Avvik AC-BU 1612	Ack utfall ** 1512	Förändr %	Budget/Avtal 2016	Bokslut ** 2015
<b>Vårdavtalet för somatisk specialistvård</b>							
Öppenvård akut	182 693	180 414	2 279	186 644	-2,1 %	180 414	186 644
Öppenvård elektiv	1 138 513	1 179 976	-41 463	1 191 748	-4,5 %	1 179 976	1 191 748
<b>Summa öppenvårdsbesök</b>	<b>1 321 206</b>	<b>1 360 390</b>	<b>-39 184</b>	<b>1 378 392</b>	<b>-4,1 %</b>	<b>1 360 390</b>	<b>1 378 392</b>
Slutenvård akut	52 838	59 292	-6 454	56 292	-6,1 %	59 292	56 292
Slutenvård elektivt	24 359	27 964	-3 605	27 479	-11,4 %	27 964	27 479
<b>Summa slutenvård</b>	<b>77 197</b>	<b>87 256</b>	<b>-10 059</b>	<b>83 771</b>	<b>-7,8 %</b>	<b>87 256</b>	<b>83 771</b>
<i>varav kostnadsytterfall</i>	6 175	7 500	-1 325	6 354	-2,8 %	7 500	
<b>Vårdval för somatisk specialistvård</b>							
Öppenvård	46 302	47 000	-698	47 022	-1,5 %	47 000	47 022
Slutenvård	8 420	8 400	20	8 110	3,8 %	8 400	8 110
<b>Sidoavtal, övrigt inom somatisk specialistvård</b>							
Öppenvård	134 424	79 200	55 224	123 526	8,8 %	79 200	123 526
Slutenvård	1 265	1 130	135	1 244	1,7 %	1 130	1 244
<b>Totalt somatisk specialistvård</b>							
Öppenvård	1 501 932	1 486 590	15 342	1 548 940	-3,0 %	1 486 590	1 548 940
Slutenvård	86 882	96 786	-9 904	93 125	-6,7 %	96 786	93 125
<b>Geriatrisk vård</b>							
Öppenvård	7 667	5 930	1 737	7 299	5,0 %	5 930	7 299
Slutenvård	3 317	3 689	-372	3 481	-4,7 %	3 689	3 481

\*\* Värden 2015 är justerade enl använd definition 2016. Effekten är begränsad.

All vård Akutsjukhus Antal vårdtillfällen/besök	Ack utfall 1612	Ack utfall 1512**	Förändr %	Budget 2016	Bokslut ** 2015
Öppenvård akut	229 234	230 618	-0,6 %	214 105	230 619
Öppenvård elektiv	1 354 348	1 392 657	-2,8 %	1 319 016	1 392 657
<b>Summa öppenvårdsbesök</b>	<b>1 583 582</b>	<b>1 623 275</b>	<b>-2,4 %</b>	<b>1 533 121</b>	<b>1 623 276</b>
<i>varav utomlän/utl. vård</i>	<i>73 983</i>	<i>67 037</i>	<i>10,4 %</i>	<i>40 601</i>	<i>67 037</i>
Slutenvård akut	64 358	70 460	-8,7 %	73 064	70 460
Slutenvård elektiv	32 911	33 476	-1,7 %	33 157	33 476
<b>Summa slutenvårdtillfällen</b>	<b>97 269</b>	<b>103 936</b>	<b>-6,4 %</b>	<b>106 221</b>	<b>103 936</b>
<i>varav förlossning totalt</i>					
<i>varav utomlän/utl. vård</i>	<i>7 070</i>	<i>7 330</i>	<i>-3,5 %</i>	<i>5 746</i>	<i>103 936</i>
<b>Antal genomsnittligt disponibla vårdplatser *</b>	<b>1 157</b>	<b>1 260</b>	<b>-8,2 %</b>	<b>1 260</b>	<b>1 260</b>
<b>Omställningsavtal</b>					
Öppenvård	1 374 776	1 426 806	-3,6 %	1 393 248	1 426 806
Slutenvård	81 779	88 496	-7,6 %	92 075	88 496

\* Med genomsnittligt disponibel vårdplats avses en fysisk och bemannad vårdplats i medeltal under året.

\*\* Värden 2015 är justerade enl använd definition 2016. Effekten är begränsad.

SLL vård Vårdval antal vårdtillfällen/besök	Ack utfall 1612	Budget/Avtal 1612	Avvik AC-BU 1612	Ack utfall ** 1512	Förändr %	Budget/Avtal 2016	Bokslut ** 2015
<b>Vårdval för somatisk specialistvård Öppenvård</b>							
Vårdval Förlossning	35 308	33 897	1 411	33 939	4,0 %	33 897	33 939
Vårdval Höft/knä	150	329	-179	307	-51,1 %	329	307
Ev. tillkommande områden	10 844	12 774	-1 930	12 776	-15,1 %	12 774	12 776
<b>Summa öppenvårdsbesök</b>	<b>46 302</b>	<b>47 000</b>	<b>-698</b>	<b>47 022</b>	<b>-1,5 %</b>	<b>47 000</b>	<b>47 022</b>
<b>Vårdval för somatisk specialistvård Slutenvård</b>							
Vårdval Förlossning	8 254	8 165	89	7 875	4,8 %	8 165	7 875
Vårdval Höft/knä	166	235	-69	235	-29,4 %	235	235
<b>Summa slutenvårdstillfällen</b>	<b>8 420</b>	<b>8 400</b>	<b>20</b>	<b>8 110</b>	<b>3,8 %</b>	<b>8 400</b>	<b>8 110</b>

\*\* Värden 2015 är justerade enl använd definition 2016. Effekten är begränsad.

Notera återigen att en jämförelse med föregående år inte ger en rättvisande bild enligt skäl beskrivna ovan.

Vad gäller produktionen inom Omställningsavtalet för helåret 2017, så var produktionen inom slutenvården 7,6 % lägre än föregående år. Avvikelsen förklaras i enlighet med ovan till stor del av utflytt av vård, poliklinisering, omregistrering samt ett färre antal disponibla vårdplatser. Produktionen inom öppenvården var 3,6 % lägre än föregående år.

För somatisk specialistvård SLL var produktionen inom slutenvård 6,6 % lägre jämfört med föregående år, medan produktionen inom öppenvården var 3,0 % lägre.

Geriatriken producerade för den ackumulerade perioden 4,7 % färre vårdtillfällen än motsvarande period föregående år, medan antalet besök ökade med 5,0 %.

Vad gäller sidoavtal så avser den största produktionen utanför OA vårdval förlossning. Inom vårdval förlossning var antalet vårdtillfällen 4,8 % högre än föregående år. Motsvarande värde för öppenvården motsvarade en ökning av antal besök med 4,0 %. Produktionen har sedan juni månad påverkats av stängningen av BB Sophia.

För utomläns/utlandsvård minskade volymerna avseende slutenvård med 3,5 % jämfört med 2015. Vårdproduktionen inom öppenvård ökade under perioden med 10,4 %. Ökningen avser framförallt barnakuten, infektionskliniken samt onkologkliniken.

DRG-snittvikterna för slutenvården, den s.k. casemixen (CMI), har ökat med 3,8 % per december 2016 jämfört med motsvarande period 2015. Det är framförallt antalet vårdtillfällen med mycket låga DRG-vikter som har reducerats, medan volymförändringen är mycket lägre för de DRG-grupper som har högre DRG-vikter. Även knivtiden per operation har ökat 2016 jämfört med 2015. Ökningen är 3,3 %. Antalet operationer är färre i år än förra året. De kortare operationerna har minskat mest, med en utveckling mot mer hög-specialiserad vård, utflytt av enklare vård till andra vårdaktörer, samt poliklinisering.

### ***Produktion redovisat som poäng***

Målvolymer kopplad till den målrelaterade ersättningen, uppgår uppfyllandegraden för 2016 till 96,2 %. Karolinskas har därmed uppfyllt gränsvärdet för målvolymer, mätt i DRG-poäng, i enlighet med omställningsavtalet (gränsvärdet för målrelaterade ersättningen uppgår till 95 % av avtalad nivå)

	Utfall SLV-kortv	Utfall ÖV	Utfall S:A	Målvolymer	Avv 100%	Målvolymer 95%	Avv 95%	Måluppf
Huvudavtal	75 616 p	83 226 p	158 842 p	164 646 p	-5 804 p	156 414 p	2 428 p	96,5%
Ger	3 885 p	542 p	4 428 p	5 044 p	-616 p	4 792 p	-364 p	87,8%
S:A	79 501 p	83 768 p	163 269 p	169 690 p	-6 421 p	161 206 p	2 064 p	96,2%

#### **4.5.4 Vårdplatser**

Vårdplatserna har successivt minskat under året både i Huddinge och i Solna som resultat av en ökande utmaning med att säkerställa bemanning främst avseende erfaren sjuksköterskekompetens. Öppethållande av vårdplatser har varit speciellt skört under nätter och helger. Jul och nyårsperioden har varit extra ansträngd då det akuta inflödet varit stort samtidigt som det har varit svårt att bemanna upp vårdplatserna. Jämfört med 2015 har färre vårdplatser hållits öppna, vilket till viss del avlastats genom ökad poliklinisering.

#### *Bilaga B1 Vårdplatser*

#### **4.6 Produktion ur ett jämställdhetsperspektiv**

Karolinska Universitetssjukhuset ska upprätthålla en arbetsmiljö som ska vara inkluderande och genomsyras av ett aktivt förebyggande, motverkande och åtgärdande av all form av diskriminering och kränkande särbehandling. En ny policy och riktlinje angående kränkande särbehandling, diskriminering och trakasserier har tagits fram under perioden. Karolinska har en fastställd jämställdhets- och mångfaldsplan med en tydlig målbild. För att höja kunskapsnivån inom området ska deltagandet i utbildningar möjliggöras och flertalet chefer från Karolinska har även genomfört utbildningarna under 2016. Utbildningar som erbjuds är en certifierad jämlikhets- och jämställdhetsutbildning för chefer och handläggare, samt webbaserade utbildningar inom mångfaldsområdet för samtliga medarbetare.

Karolinska har fortsatt med kunskapsarbetet kring frågor som rör funktionsnedsättning genom webbutbildning, samt genom att erbjuda praktik till personer med funktionsnedsättning.

#### **4.7 Produktivitet**

Under 2016 lyckades sjukhuset bibehålla en god kostnadskontroll med låg kostnadsutvecklingstakt exklusive jämförelsestörande poster, samtidigt som intäkterna ökade, primärt drivet av såld vård till SLL. Dock påverkades sjukhusets produktion negativt på grund av bristande tillgång på personal inom vissa yrkesgrupper samt omställningen vilket resulterade i sjunkande produktion jämfört med föregående år. Poliklinisering och utflytt av vård påverkar sjukhusets nyckeltal negativt då DRG poängen för öppenvård är avsevärt lägre än för slutenvård. Poliklinisering är dock i normalfallet en effektiv omställning av vårdproduktionen varför polikliniseringens effekt bör avräknas vid uppföljningen av produktionsutvecklingen. Ca en tredjedel av den minskade DRG produktionen är hänförlig till poliklinisering under 2016.

Den sammantagna produktivitetsutvecklingen summeras i tre olika mätetal: poäng per HÅA vilken faller något då produktionen föll något mer än antalet anställda, intäkt per HÅA vilken gått upp givet ökade intäkter och fallande personalmängd samt kostnad per DRG-poäng. Kostnaden per DRG-poäng ökar primärt till följd av den minskande DRG produktionen.



## 5. Ekonomi

### 5.1 Resultatutveckling

Resultaträkning Mkr	Bokslut 2016	Budget 2016	Avvik AC-BU	Bokslut 2015	Föränd %
Såld vård huvudavtal SLL	11 915	11 985	-70	9 937	20%
Sidoavtal SLL	506	486	20	2 009	-75%
Utom/utland	1 149	1 072	77	1 119	3%
Patientavgifter	122	135	-13	133	-8%
Sjukv.tj	1 312	1 318	-6	1 320	-1%
Övriga intäkter	1 535	1 498	37	1 134	35%
FoUU	1 000	906	93	1 014	-1%
Omställningsbidrag	538	600	-62	156	244%
<b>Verksamhetens intäkter</b>	<b>18 078</b>	<b>18 001</b>	<b>77</b>	<b>16 823</b>	<b>7%</b>
Personal	-9 627	-9 623	-4	-9 514	1%
Övriga personalkostnader	-136	-123	-13	-111	22%
Material	-1 336	-1 225	-111	-1 308	2%
Läkemedel	-999	-1 050	51	-1 042	-4%
Läkemedel öppenvård	-781	-704	-77	-718	9%
Hyra	-1 536	-1 576	40	-1 248	23%
Sjukvårdstj	-495	-280	-215	-421	17%
Övriga kostnader	-2 210	-2 367	157	-2 067	7%
<b>Verksamhetens kostnader före omställningskostnader</b>	<b>-17 119</b>	<b>-16 948</b>	<b>-172</b>	<b>-16 430</b>	<b>4%</b>
Omställningskostnader	-538	-602	65	-155	248%
<b>Verksamhetens kostnader</b>	<b>-17 657</b>	<b>-17 550</b>	<b>-107</b>	<b>-16 585</b>	<b>6%</b>
Avskrivningar	-290	-376	86	-291	0
Finansnetto	-41	-45	3	-45	-8%
<b>Resultat</b>	<b>89</b>	<b>30</b>	<b>59</b>	<b>-98</b>	<b>-191%</b>

Observera att tabellen ovan inte exkluderar för jämförelsestörande poster. Justerat för både omställning och ersättning för strategiska investeringar var kostnadsutvecklingen fortsatt låg, 1,4 %. Även exkluderat för kostnader utöver budget som är resultatneutrala är kostnadsutvecklingen 0 % totalt.

Intäkter och kostnader för Karolinska har under året påverkats av jämförelsestörande poster avseende omställningsintäkter/kostnader samt ersättningar/kostnader för strategiska investeringar, som inte avspeglar den underliggande verksamheten. Dessa poster är resultatneutrala.

Se ytterligare detaljer avseende intäkts- och kostnadsutvecklingen under avsnitt 5.1.2 och 5.1.3.

Intäktsutveckling, exklusive jämförelsestörande poster, uppgick till +2,4 %.

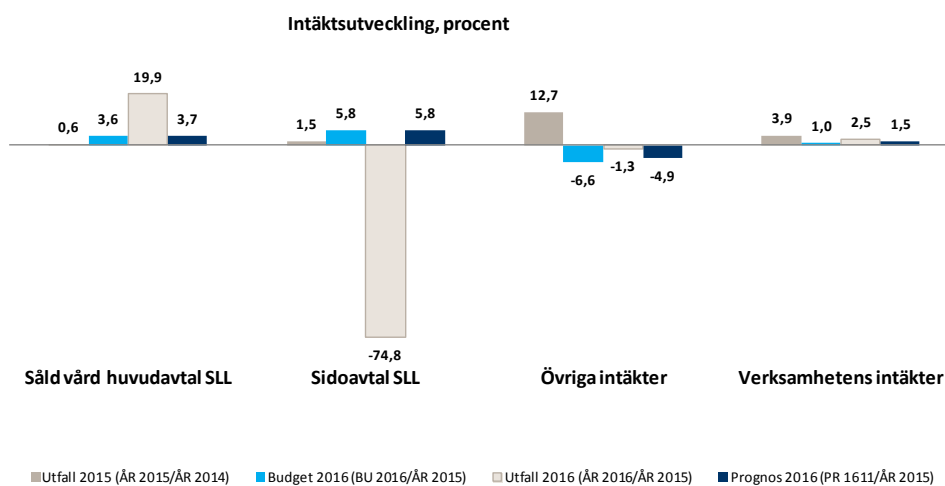
Åtgärdseffekter under perioden uppgick till ca 260 Mkr.

### 5.1.1 Redovisning över samtliga specialdestinerade statsbidrag

Bidragsgivare, Mkr	Statsbidrag	Bokslut 2016	Budget 2016	Avvik AC-BU	Bokslut 2015
Arbetsförmedlingen		3	4	-1	0
<b>Totalt specialdestinerade statsbidrag</b>		<b>3</b>	<b>4</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>

Medel avseende så kallade Nystartsjobb eller Trygghetsanställning har inkommit från Arbetsförmedlingen.

### 5.1.2 Intäktsutveckling

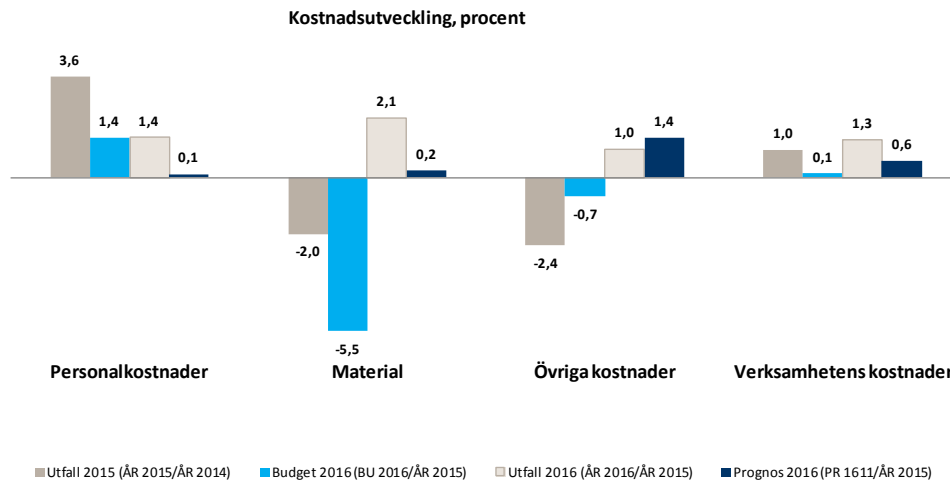


Intäkterna för perioden helåret var 1 255 Mkr högre jämfört med samma period föregående år.

Intäkterna var, justerat för jämförelsestörande poster, ca 414 Mkr högre än föregående år, motsvarande en ökning av 2 % och avser i huvudsak prisuppräknningar enligt avtal. Avvikelsena mot föregående år gäller främst såld vård och sidoavtal (+476 Mkr) samt utomlänsintäkter (+30 Mkr). Intäktsutvecklingen, exklusive jämförelsestörande poster, var 2,4 %.

Jämfört med budget var intäkterna 271 Mkr högre, främst beroende på högre aktivitet under året för externa forskningsprojekt (framför allt inom Onkologen, Reumatologen, Kvinnokliniken och Gastrocentrum), högre intäkter för anslag FoU och utomlänsintäkter.

### 5.1.3 Kostnadsutveckling



Kostnaderna var för den ackumulerade perioden 1073 Mkr högre jämfört med samma period föregående år.

Efter justering för jämförelsestörande poster var kostnaderna 235 Mkr högre än föregående år. Kostnadsökningar avser bland annat köpta sjukvårdstjänster avseende främst extern IVA och röntgen samt inhyrd personal.

Dessa högre kostnader är primärt drivna av Karolinskas strävan att upprätthålla vårdkapaciteten i samband med svårigheter att rekrytera resurser och rätt kompetens inom specifika områden. Den externt anskaffade kapaciteten innebär en kraftigt negativ prisseffekt jämfört med om motsvarande vård hade producerats med egna resurser. Prisseffekten avseende köpta sjukvårdstjänster inklusive inhyrd personal beräknas till ca 80 Mkr för 2016.

Även kostnaderna för läkemedel har ökat under 2016, både jämfört med budget samt utfall 2015, främst drivet av särlekemedel och högspecialiserade läkemedel som är mycket svåra att kompensera för med andra åtgärder under innevarande år. Prisseffekten avseende läkemedel bedöms uppgå till ca 60 Mkr för helåret.

Kostnadsnivån har även påverkats av att utflytt av vård inte har genomförts enligt plan, eftersom motsvarande kostnader då inte har kunnat reduceras i en motsvarande grad. Vad gäller omstyrning av ambulanser inom Botkyrka till Södertälje Sjukhus har effekten inte alls nått upp till den planerade volymen, vilket motsvarar en tillkommande kostnad för Karolinska av ca 50 Mkr jämfört med plan.

### 5.1.4 Bemanningkostnader

Bemanningkostnader Mkr	Bokslut 2016	Budget 2016	Avvik AC-BU	Bokslut 2015	Föränd %
<b>Summa personalkostnader</b>	<b>9 808</b>	<b>9 923</b>		<b>9 589</b>	<b>2,3 %</b>
varav förändring sem- och löneskuld	9	25	-16	7	37,4 %
varav lönekostnad	9 799	9 898	-99	9 582	2,3 %
varav pensionskostnad	0	0	0	1	-100,0 %
<b>Inhyrd personal</b>	<b>193</b>	<b>19</b>	<b>174</b>	<b>129</b>	<b>50,4 %</b>
varav läkare	15	0	15	7	108,0 %
varav sjuksköterskor	94	0	94	110	-14,3 %
varav övrig personal	84	19	65	11	654,8 %
<b>Summa bemanningkostnad</b>	<b>10 002</b>	<b>9 942</b>	<b>1%</b>	<b>9 718</b>	<b>2,9 %</b>
varav omställningskostnader	189	300	-111	75	151,6 %
<b>Bemanningkostnad exkl omställningskost</b>	<b>9 813</b>	<b>9 642</b>	<b>2%</b>	<b>9 643</b>	<b>1,8 %</b>

Lönekostnaderna, vilka utgör den största komponenten av personalkostnaderna, har ökat jämfört med 2015 med anledning av höjda löner och sociala avgifter samt ökad intensitet i omställningsarbetet.

Kostnaderna för inhyrd personal ökade något jämfört med föregående år. Vissa verksamheter har fortsatt behov av externt inhyrda sjuksköterskor på grund av svårigheter att rekrytera rätt kompetenser, däribland akutklinikerna, gastro, onkologi och intensivvårdsklinikerna. Inhyrning görs i syfte att upprätthålla kapaciteten.

Bemanningkostnaderna ligger i linje med budget, dock har inte anställd personal allokerats till omställningsarbetet i samma utsträckning som planerats. Huvudorsaken till detta har varit att säkra produktionskapacitet och har också lett till att konsultkostnaderna i omställningsarbetet varit större än planerat.

### 5.1.5 Avvikelser – årets resultat mot årsbudget

Orsak, Mkr textkommentar	Intäkt	Kostnad		Resultat	
	Avvik AC-BU 2016	Avvik AC-BU	2016	Avvik AC-BU	2016
Såld Vård SLL	-50				-50
Utomlänsvård	77				77
Övriga intäkter (externa projekt, svtj)	151				151
Anslag FOU	93				93
Personalkostnader			-17		-17
Materialkostnader			-111		-111
Läkemedel			-26		-26
Sjukvårdstjänster			-215		-215
Övriga tjänster och kostnader			84		84
Hyra			27		27
Avskrivningar			34		34
Ej kommenterat			4		4
<b>Summa avvikelser</b>	<b>271</b>		<b>-220</b>		<b>51</b>

Tabell exkl. jämförelsestörande poster

Se avsnitt 5.1.2 och 5.1.3

### 5.1.6 Förändring – årets resultat mot föregående år

Orsak, Mkr textkommentar	Intäkt	Kostnad	Resultat
	Förändring	Förändring	Förändring
	AC	AC	AC
	2016-2015	2016-2015	2016-2015
Såld Vård SLL	476		476
Utomlänsvård	30		30
Övriga intäkter (sålda sju tj, FoU)	-92		-92
Personalkostnader		-137	-137
Materialkostnader		-28	-28
Läkemedel		-20	-20
Sjukvårdstjänster		-74	-74
Övriga tjänster och kostnader		18	18
Hyra		5	5
Avskrivningar		12	12
Ev ej analyserad restpost		4	4
<b>Summa avvikelse</b>	<b>414</b>	<b>-220</b>	<b>194</b>

Tabell exkl. jämförelsestörande poster

Se avsnitt 5.1.2 och 5.1.3

### 5.1.7 Externa intäkter och kostnader

SLL-extern resultaträkning, Mkr	SLL-externt Bokslut 2016	SLL-externt Bokslut 2015	Förändr %	SLL-externt Budget 2016	Avvik AC-BU
Verksamhetens intäkter	1 951	2 066	-5,6%	18 001	-16 050
Verksamhetens kostnader	-11 701	-11 002	6,4%	-17 926	6 225
Avskrivningar	-290	-290	0,1 %	-376	86
Finansnetto	0	0		-45	45
<b>Resultat</b>	<b>-10 040</b>	<b>-9 226</b>	<b>8,8 %</b>	<b>-346</b>	<b>-9 694</b>

Det ackumulerade resultatet, inklusive endast externa poster, var 814 Mkr sämre jämfört med föregående år, främst beroende på lägre externa intäkter. Det är viktigt att notera att SLL-externa kostnader inte är relevanta att jämföra med intäktssidan, som till största delen är SLL-intern.

### 5.1.8 Övriga kostnader

Efter justering för jämförelsestörande poster minskade övriga kostnader 2016 med 14 Mkr jämfört 2015. Jämfört med budget minskade kostnaderna med 80 Mkr.

Kostnadsutvecklingen var -1 %. En viktig förklaring är det pågående åtgärdsprogrammet som främst avser inhyrd personal, konsultkostnader samt övriga tjänster.

Dock är kostnaderna för inhyrda vårdresurser (priseffekt jämfört med egen regi) högre än budget och föregående år, vilket drivs av en strävan att hålla upp vårdkapaciteten vid svårigheter att rekrytera resurser med rätt kompetens.

IT-kostnader exkl. jämförelsestörandeposter var i linje med utfallet för 2015. Jämfört med budget var kostnaderna högre som till viss del drivs av svårigheter att rekrytera resurser med rätt kompetens (budget på personalraden).

Externa kostnader för konsulter drivs av den höga nivån på förändringar som innebär implementering av SLL beslutade FHS-planen. Det har ingått i planen att extern kompetens behövs för implementering. Primär orsak är att intern kompetens saknas samt att det ökade behovet ej gått att fylla med interna resurser. Externa resurser har hela tiden planerats fasas ut efter att implementeringen är slutförd.

### 5.1.9 Avskrivningar och finansnetto

Avskrivningarna var för den ackumulerade perioden samma som föregående år. Finansnettot var för den ackumulerade motsvarande period föregående år.

## 5.2 Resultatdisposition

Årets resultat före bokslutsdispositioner	89
– varav resultatkrav	30
– varav resultatandel som höjer soliditeten över 30 %	0
Resultat som behålls i verksamheten	59

## 5.3 Investeringar

Mkr	Årets investeringsutgifter (mkr)			
	Bokfört 2016	Budget 2016	Avvikelse Bokfört-Budget	Upparbetnings- grad 2016 (%)
Ersättningsinvesteringar				
Ersättningsinvesteringar	270	328	58	82,32%
<b>Summa investeringsutgifter totalt</b>	270	328	58	82,32%

\* Investeringar avser ej övertagandet av anläggningstillgångar avseende NKS byggnaden

<b>Större investeringar genomförda under 2016:</b>		<b>Mkr</b>
Ombyggnad av CAST	M72-74 Huddinge	7
Utbyte av sängar (del)	Solna/Huddinge	5,5
Endoskopi	Solna/Huddinge	25,3
Linjära accelerators (del)	SÖS	16,2
Datahanteringssystem (del)	AnOpIVA	5
Fördyrning ERCP och Angio	Röntgen Huddinge	6,7
Mobil röntgen	Röntgen Solna	3,4
Övervakningsutrustning	Hjärtkliniken	8,7
SPECT-CT	Sjukhusfysik	12
Patientövervakning MR	AnOpIVA	3,1
Karolinska		11,7
<b>Totalt stora investeringar</b>		<b>104,6</b>

Anledningen till att det tidigare prognostiserade utfallet om 328 Mkr inte har uppnåtts är bland annat långa ledtider i upphandlingar samt en hög arbetsbelastning i samband med inflytt till NKS. Områden som särskilt påverkats är Karolinska Universitetslaboratoriet samt Lokal och Bygg.

#### Bilaga C1 - Investeringar

### 5.4 Balansräkning

Balansräkning Mkr	2016-12-31	2015-12-31	Förändring
<b>Tillgångar</b>			
Anläggningstillgångar	1 638	874	764
Omsättningstillgångar	2 713	3 309	-596
<i>varav kassa och bank</i>	1 128	275	853
<b>SUMMA TILLGÅNGAR</b>	<b>4 351</b>	<b>4 183</b>	<b>168</b>
<b>Eget kapital</b>	<b>312</b>	<b>223</b>	<b>89</b>
<b>Avsättningar (samt ev. minoritetsintresse)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Skulder</b>	<b>4 039</b>	<b>3 960</b>	<b>79</b>
Långfristiga skulder	0	1 003	-1 003
Kortfristiga skulder	4 039	2 957	1 082
<b>SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL</b>	<b>4 351</b>	<b>4 183</b>	<b>168</b>

Karolinskas totala tillgångar uppgick till 4 351 Mkr per den 31 december 2016, en ökning med 168 Mkr jämfört med föregående år. Anläggningstillgångarna ökade med 764 Mkr jämfört med 2015 och beror främst på NKS investeringar.

Omsättningstillgångarna minskade med 597 Mkr jämfört med 2015, vilket beror på minskade kundfordringar och upplupna intäkter per den 31 december. Det innebar en positiv effekt på likviditeten och ett lån på 1 Mdkr kunde återbetalas vilket minskat de långsiktiga skulderna. De kortsiktiga skulderna uppgick till 4 039 Mkr och uppvisar en ökning med 1 082 Mkr jämfört med år 2015. Det egna kapitalet ökade med 89 Mkr vilket motsvarar årets resultat.

## 5.5 Kassaflödesanalys

Kassaflödesanalys Mkr	2016-12-31
<b>Den löpande verksamheten</b>	
Kassaflöde från den löpande verksamheten	2 925
<b>Investeringsverksamheten</b>	
Kassaflöde från investeringsverksamheten	-1 069
<b>Finansieringsverksamheten</b>	
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	-1 003
<b>Årets kassaflöde</b>	<b>853</b>

Kassaflödet från den löpande verksamheten uppgick till 2 925 miljoner kronor per den 31 december 2016 och har finansierat det uppkomna investeringsbehovet på 1 069 miljoner kronor för verksamheten samt har möjliggjort återbetalning av lånet på 1 000 Mkr. Sammantaget ökade likvida medel med 853 miljoner kronor för verksamhetsåret.

## 6. Verksamhetsstöd

### 6.1 Arbetsgivare för framtiden

2016 har präglats av ett fokuserat arbete för att stödja verksamheten med implementering av ny verksamhetsmodell, stödja arbetet med operationalisering av NKS samt byggandet av nätverkssjukvården.

I januari 2016 startade Karolinska processen för att rekrytera 350 chefer till Fas 1 för implementeringen av ny verksamhetsmodell. Under oktoberstartade sedan arbetet med de första chefsrekryteringarna för Fas 2. Planen är att i juni 2017 ha genomfört all chefsrekrytering för ny verksamhetsmodell. HR organisationen har under året arbetat med ett flertal projekt för att möjliggöra verksamheternas stora förändringsarbete.

För att öka kvarstannande så behöver Karolinska öka möjligheten för chefer att ta ett större arbetsmiljöansvar. Under året har en arbetsmiljöutbildning för alla chefer initierats. Sjukhuset har även identifierat några kliniker för utvärdering av Healthwatch, ett webbaserat verktyg för att proaktivt kunna arbeta med arbetsmiljö samt öka graden av uppföljning på kliniknivå där personalomsättningen är hög.

Det är fortsatt brist på sjuksköterskor. Under året har flera initiativ tagits för att förändra arbetssätt genom t.ex. workshifting. Det har medfört att antalet undersköterskor, paramedicinsk personal samt övrig hälso- och sjukvårdspersonal har ökat.

Det har under året skett en viss stabilisering av situationen på akutmottagningarna. Piloten med ny arbetstidsmodell i Huddinge har fallit väl ut och den har förlängts till och med Kv1 2017. Inom verksamhetsområdet PMI är det fortsatta utmaningar, då det fortsatt råder brist på operations- och intensivvårdssköterskor. På grund av stängningen av BB Sophia var det en tuff inledning på sommaren 2016 inom förlossning och neonatalvården.



### **6.1.1 Verksamhetsförändringar och verksamhetsutveckling**

Under året har det pågått ett intensivt arbete med att stödja ny verksamhetsmodell med samverkansarbete och ett flertal workshops för att utbilda i huvudstrategin tematisk vård och arbetssättet i patientflöden enligt ny tematiska organisationen. HR organisationen stödjer genomförandet av ny verksamhetsmodell genom behovsplanering av schemaläggning, styrning, placering av medarbetare i ny organisationsstruktur och HR har tillsammans med fackliga parter genomlyst hur samverkansavtalet kan fungera för teman och funktioner som startat under juni 2016.

Arbetet med ny verksamhetsmodell, har inneburit att alla medarbetare som omfattas av Fas 1, ca 8 000 medarbetare, placerats i enlighet med ny organisationsdesign som under våren har samverkats och etablerats.

Under året har bland annat verksamheten inom onkologi delats mellan SÖS och Karolinska Universitetssjukhuset. Inom reumatologi har arbetet med utflytt påbörjats. Centralt inom Karolinska har arbetet fortgått tillsammans med divisionerna för att identifiera vård som inte anses vara högspecialiserad och en detaljerad vårdkarta samt handbok för utflytt av vård har tagits fram.

HR har startat upp och drivit 16 stora förändringsprojekt för att stödja implementeringen av ny verksamhetsmodell.

### **6.1.2 Kompetensförsörjning**

Under 2016 har aktiviteter genomförts både sjukhusövergripande men även inom respektive tema/funktion/division för att öka Karolinskas attraktivitet som arbetsplats och för att säkerställa bibehållande och utvecklingen av rätt kompetens.

Karolinska har under året fortsatt med aktiviteter för att stärka och utveckla kompetens samt med riktade insatser för att attrahera nya medarbetare, framför allt sjuksköterskor, genom åtgärder i ett flertal kanaler. Exempel på aktiviteter:

- Pilotprojekt för att utvärdera andra former av bemanningsmix för vårdnära service
- Tätare samarbete med hälsoprofessionerna
- Nya arbetssätt för att de som arbetar kliniskt ska få möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens

Andra kompetensstärkande åtgärder har inriktats på arbetssätt och verktyg såsom införande av kompetensutvecklingsverktyg.

Under hösten 2016 förbättrades kommunikationen genom att det skapades tydligare information på intranätet gällande kompetensplanering och utveckling med syfte att stödja chefer och medarbetare i kompetensplanering.

### **6.1.3 Chef- och ledarskap**

Ett bra ledarskap inom Karolinska ger bättre förutsättningar för att attrahera rätt medarbetare, minska kostnader för inhyrd personal, samt nå en budget i balans.

I enlighet med ny verksamhetsmodell utvecklas ledarrollen inom Karolinska till ett integrerat ansvar för vård, forskning och utbildning.

Karolinska har under 2016 byggt upp ett programkontor, etablerat en styrgrupp samt etablerat ett grundläggande ledarskapsramverk som bland annat består av metoder, verktyg och processer. Till sommaren 2017, är ambitionen att alla nytillsatta ledare i första fasen i förändringsarbetet har deltagit i ett av programmen och kurserna, samt att olika ledningsgrupper har deltagit i masterclasses och workshopar.

Programmet för ledarskapsutveckling är ett långsiktigt åtagande för Karolinskas ledning.

### **6.1.4 Hälsöfrämjande arbetsmiljö**

All verksamhet på Karolinska ska genomsyras av gemensamma värderingar och ett systematiskt arbetsmiljöarbete ligger till grund för en bra arbetsplats.

Ex på aktiviteter som genomförts under året:

- Medarbetarundersökning:
- Fysisk arbetsplatsundersökning:
  - Arbetsmiljö-, miljö-, brand- och säkerhetsperspektiven har undersökts
- Arbetsmiljölyftet:
  - ett flertal projekt pågår som syftar till att förbättra arbetsmiljön
- Företagshälsovård:
  - ett kontinuerligt arbete med sjukfrånvaro och rehabilitering pågår

### **6.1.5 Jämställdhet och mångfald**

Karolinska ska upprätthålla en arbetsmiljö som är inkluderande och genomsyras av ett aktivt förebyggande, motverkande och åtgärdande av all form av diskriminering och kränkande särbehandling. En ny policy och riktlinje angående kränkande särbehandling, diskriminering och trakasserier har tagits fram under perioden. Karolinska har en fastställd jämställdhets- och mångfaldsplan med en tydlig målbild. För att höja kunskapsnivån inom området ska deltagandet i utbildningar möjliggöras. Flertalet chefer från Karolinska har genomfört utbildningarna under 2016.

Karolinska har fortsatt med kunskapsarbetet kring frågor som rör funktionsnedsättning.

### 6.1.6 Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaromått	Bokslut 2016	Bokslut 2015	Föränd %-enh	Budget 2016	Avvik %-enh
Procentuell sjukfrånvaro	6,3%	6,2%	0,1 %	5,9%	0,4 %

Sjukfrånvaron i procent av tillgänglig tid uppvisar en viss ökning, från 6,24 % föregående år till 6,28 % under 2016. Uppdelat på kön var 7,1 % av kvinnorna sjukskrivna (0,1 % högre än 2015), medan männen var sjukskrivna till 2,9 % (0,1 % lägre än 2015).

## 6.2 Miljö

Karolinskas miljöarbete tar ett brett grepp om miljöfrågorna. Samtidigt strävar sjukhuset efter att öka sitt positiva bidrag till samhället. Att arbeta förebyggande med miljöfrågor är ett sätt att angripa de ökande hälsoproblemen. För att ytterligare driva ständiga förbättringar har sjukhusledningen fastställt ett Miljö- och hållbarhetsprogram för Karolinska, för perioden 2012-2016, som följer Stockholms läns landstings miljöpolitiska program *Miljöutmaning 2016*. De två programmen följs nu upp och avslutas samtidigt som landstingets nya miljöprogram för 2017-2021 initieras.

Miljöpåverkan från verksamheten härrör främst från aktiviteter inom vård, forskning och utbildning med koppling till hantering av:

- material
- miljöfarliga läkemedel
- kemikalier för desinfektion och analys
- verksamhetens avfall
- energianvändning
- transporter

Under 2016 genomfördes en extern miljörevision. Överlag bedömde revisorerna att Karolinska har ett genomarbetat miljöledningssystem med tydlig struktur samt en väl genomtänkt och implementerad miljöorganisation samt engagerade medarbetare. De brister som också noterades har hanterats under året.

### 6.2.1 Miljöutmaning 2016

Nedan följer ett urval av miljömålen som sjukhuset arbetat särskilt med:

#### **Delmål 1. Effektivisera energianvändningen**

Sjukhuset har genomfört energironder 2016. En ångpanna har avvecklats och ersattes med ett mer energieffektivt alternativ, vilket minskat energianvändningen med nästan 6000 MWh.

#### **Delmål 4. Minska utsläppen av klimatpåverkande medicinska gaser**

Arbetet med att införa metabolt flöde för anestesigaser har fortsatt. Preliminära siffror för 2016 visar på att förbrukningen fortsätter att gå ner.

Sammanställningen av utsläpp av lustgas är än så länge bara klar för Huddinge. Data visar att förbrukningen gått ner men att destruktionen är något sämre. Utsläppen per förlossning är likvärdig med 2015.

***Delmål 7. Använda kretsloppstänkande vid användning av varor och tjänster***

För att minska mängden kasserade kontorsmöbler använder sjukhuset ett system för återbruk, "www.returen.nu". 90 % av tillfrågade verksamheter använder sig av systemet.

***Delmål 10. Minska mängderna avfall och förbättra avfallshanteringen***

I NKS har sjukhuset implementerat rutiner för källsortering.

***Delmål 12. Minska miljö- och hälsorisker med kemiska produkter och varor***

I samband med flytten har sjukhuset samlat in överblivna kemikalier för att säkerställa en korrekt hantering.

***Delmål 15. Öka mängden ekologiska livsmedel***

Andelen ekologiska livsmedel i patientmåltider och kaffe, te och frukt till personalen ökade för 2016.

### **6.2.2 Klimatneutrala tjänsteresor**

Karolinska införde en ny reseriktlinje under 2015. En tydligare uppföljning av flyg- och tågresor samt fortsatt utveckling av telekonferens och videobesök i öppenvården har gett effekt. Inom dessa områden har sjukhuset minskat sina klimatpåverkande utsläpp under 2016. Målet är att uppnå ett klimat neutralt resande.

### **6.2.3 Ekologiska livsmedel**

Produktionen av livsmedel kopplar an till flera av dagens miljö- och hållbarhetsproblem. Karolinska fortsätter att sträva efter att använda mer ekologiska råvaror och livsmedel i patientmaten samt i livsmedel för medarbetare. Under 2016 var 36 % av råvarukostnaden för patientmat ekologiska råvaror, vilket är en ökning jämfört med tidigare år. Det exakta utfallet kommer att presenteras i kommande miljöredovisning.

### **6.2.4 Ledningssystem**

Miljöarbetet på Karolinska är organiserat med stöd av sjukhusets ledningssystem. Systemet syftar till att säkerställa att Karolinska lever upp till de lagar och krav som ställs på verksamheten inom miljöområdet, samtidigt som verksamheten aktivt arbetar med att ständigt förbättra de arbetssätt som är viktigast för att minska miljöpåverkan, i enlighet med sjukhusets miljöpolicy. Miljöhänsyn ingår vid verksamhetsplanering och utveckling, med stöd av framtagna anvisningar.

### 6.2.5 Övrig redovisning

Karolinska arbetar brett med miljöfrågan och redovisningen ovan berör endast en begränsad del av detta arbete. Karolinskas fullständiga miljöredovisning presenteras enligt länken nedan:

[www.karolinska.se/miljoredoavisning](http://www.karolinska.se/miljoredoavisning)

## 6.3 Socialt ansvarstagande

### 6.3.1 Likvärdig behandling av alla invånare

#### *Jämlikhet och jämställdhet*

<b>JA</b> Metoder och verktyg är införda fullt ut enligt beskrivning	<b>DELVIS</b> Metoder och verktyg är delvis införda enligt beskrivning.	<b>Nej</b> Metoder och verktyg är inte införda alls enligt beskrivning
	X	

Utgångspunkten för Karolinskas arbete för att uppnå en jämlik vård utgörs av portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). §2 *Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.* Den enskilde ska vid varje givet tillfälle erbjudas bästa möjliga sjukvård sett till vårdbehovet och med beaktande av vetenskap och beprövad erfarenhet.

Karolinska har en grupp för jämlik vård, med medlemmar från sjukhuset och olika externa organisationer. Gruppen har informerat verksamheterna om lagkrav inom området, samlat och spridit kunskap samt inhämtat och spridit goda exempel. En kartläggning har visat att sjukhuset inte arbetar systematiskt med jämlik vård. För att nå bättre resultat har ett chefsseminarium genomförts. Ett utkast till policy har även utarbetats. Det är ett långsiktigt arbete som ska fortsätta att fördjupas.

Karolinska har ett etikråd som arbetar med prioriteringsfrågor. Rådet har startat ett samarbete med forskare på Prioriteringscentrum i Linköping och KI. Etikrådet anordnar seminarier, sprider kunskap och diskuterar fall inkomna från verksamheterna. Arbetet med prioriteringsfrågor ska fortsätta och intensifieras. På Karolinska ska den etiska plattformen för prioritering respekteras och prioriteringsprocessen alltid vara transparent.

#### ***Nationella minoriteter och minoritetsspråk***

<b>JA</b> Metoder och verktyg är införda fullt ut enligt beskrivning	<b>DELVIS</b> Metoder och verktyg är delvis införda enligt beskrivning	<b>Nej</b> Metoder och verktyg är inte införda alls enligt beskrivning
	X	

Under 2016 har det varit en stor brist på tolkar, vilket accentuerades under hösten. Inom verksamheten är ambitionen hög att översätta viktigt informationsmaterial även till

minoritetsspråk. Sjukhuset intention är att patienter och närstående skall få adekvat information på det språk de behärskar.

### 6.3.2 Delaktighet för personer med funktionsnedsättning

*Avsnittet redovisas i bilaga F5*

## 6.4 Säkra processer

### 6.4.1 Informationssäkerhet

Sjukhuset har genomfört egenkontroll av regel efterlevnad och arbete med informationssäkerhet under år 2016 på strategisk nivå genom att deklaration besvarats och godkänts i Compliance portalen.

Ja	Nej	Kommentar
X		

### 6.4.2 Säkerhet

JA Metoder och verktyg är införda fullt ut enligt beskrivning	DELVIS Metoder och verktyg är delvis införda enligt beskrivning.	Nej Metoder och verktyg är inte införda alls enligt beskrivning
X		

Karolinska har ett utvecklat systematiskt säkerhetsarbete för skydd av materiella och immateriella värden. I allt säkerhetsarbete prioriteras skydd av liv, hälsa och personlig integritet, där patienten alltid sätts i fokus. Sjukhuset har fastlagda och förankrade policies, riktlinjer, rutiner, utbildningar och uppföljningar inom bl.a. säkerhet, brandsäkerhet, brandfarlig vara, försäkringar, katastrofhantering, samt risk- och skyddsobjekt. Detta är genomfört i hela organisationen och uppföljning sker på olika nivåer från sjukhusledning till avdelning/klinik.

2016 har präglats av harmonisering av det systematiska säkerhetsarbetet med NKS. Utveckling av ledningssystemet för sjukhusets säkerhetsshantering fortgår och förberedelser för sjukhusets framtida säkerhetsskydd har påbörjats.

### 6.4.3 IT och digitalisering

För att möta patienternas ökande krav på tillgänglighet, vårdkvalitet och individanpassad vård kommer betydligt högre krav ställas på att Karolinska och övriga delar stärker sin förmåga inom e-hälsa.

Ett stort antal olika tänkbara utvecklingsområden finns där patienternas vård kan stärkas så som:

- Patientmöten via ex. video vilket möjliggör tätare avstämningar, minskar onödig väntan och ökar bekvämlighet samt produktivitet
- Stärkta vårdinformatikssystem som möjliggör enklare konsolidering och delning av patientrelevant information för att trygga säker patienthantering i nätverkssjukvården och mer kvalitativt stöd till vårdpersonal i patientmöten
- Stärkta tekniska stödverktyg för självhjälp för patienterna så som möjligheten att följa egna hälsotal i realtid med bättre hälsoutfall, engagemang och minskad resursförbrukning som förväntade resultat
- Introduktion av stärkta diagnos- och behandlingsstödsverktyg för att säkerställa att bästa tillgängliga diagnostiseringsprocess behandlingsform nyttjats

Det finns ett fortsatt behov av att investera för att minska nuvarande tekniska skuld i befintlig informationsmiljö samt investera i nya tekniska lösningar. Karolinska kommer att söka och utveckla strategiska samarbeten med tänkbara partner företag och myndigheter samt aktivt bidra i det landstingsövergripande projektet Framtidens Vårdmiljö, (FVM) för att utveckla framtidens vårdinformatiksmiljö.

## 6.5 Folkhälsoarbetet

Har förvaltningen under året:

- antagit en handlingsplan för genomförande av landstingets folkhälsopolicy och handlingsplan för hälsa?

Ja	Nej	Kommentar
	X	Karolinska Universitetssjukhuset har sedan tidigare en gällande handlingsplan för folkhälsoarbetet och för att stödja detta arbete har en anställd med särskilt ansvar för implementeringen av planen funnits.

- haft en anställd med särskilt ansvar för folkhälsofrågor och/eller folkhälsoarbete?

Ja	Nej	Kommentar
X		Se svar ovan.

- fattat beslut som ligger i linje med landstingets folkhälsopolicy eller på annat sätt verkat för att genomföra policyn?

Ja	Nej	Kommentar - Om ja, ge gärna exempel
X		Vidare arbete med ett rökfritt sjukhus mot bakgrund att den som besöker, vårdas eller arbetar inom landstingets verksamheter inte ska störas av tobaksrök. Aktivt arbete att patienter skall ha rökstopp inför operation.

- utfört annat folkhälsoarbete utöver det som redan nämnts?

Ja	Nej	Kommentar - Om ja, ge gärna exempel på sådant arbete
X		Fortsatt att driva arbetet med att tobak inte skall försäljas på NKS samt att Karolinskas sjukhusområde skall vara rökfria.

## 6.6 Upphandling och inköp

*Redovisas i bilaga F7*

## 7. Ledningens åtgärder

Under det mycket intensiva året har en rad åtgärder genomförts för att förbättra tillgänglighet och omhändertagande, vårdkapacitet, säkerställa kompetens och en förbättrad ekonomi samt åtgärder för att genomföra det nya uppdraget med utflyttad vård. För att bygga för framtiden har också första fasen av nya verksamhetsmodellen implementeras samt första driftsättning av NKS.

Sjukhuset har under året genomfört ett antal åtgärder för att förbättra vårdkapacitet och tillgängligheten, både på lokal och på sjukhusövergripande nivå. Avseende vårdkapacitet har flera initiativ tagits för att utveckla och utvärdera nya arbetsätt och förändrad bemanningsmix. Även förstärkt kapacitetsplanering har implementerats som ger ökad möjlighet till kapacitetsutjämning. Det pågår även ett aktivt arbete för att öka kvarstannandet för våra sjuksköterskor samt att öka attraktionskraften hos Karolinska som arbetsgivare, för att säkra en förbättrad bemanningssituation. Andra åtgärder som stärker vårdkapacitet och tillgänglighet omfattar poliklinisering, externa samarbetsavtal inom viktiga områden (bla postoperativ vård, rehab, operationskapacitet), kökparinsatser på helger .

För tillgänglighet på akutmottagningarna, har åtgärder löpande vidtagits som bl.a. gett utökad kapacitet i Huddinge . Inflödet är dock fortsatt högt och i kombination med vårdplatsbrist är tillgängligheten inte på en tillfredställande nivå ännu. Sammantaget är åtgärder för att säkerställa stabil tillgänglighet fortsatt av högsta prioritet.

Ökningen av polikliniseringsarbetet är mycket viktigt för framtiden med målet att utveckla profilerade enheter för högspecialiserad dagvård. Identifiering av flöden för akuta och elektiva patientgrupper pågår både inom medicinska och kirurgiska flöden. Goda exempel finns inom exempelvis infektionsverksamheten, hjärtverksamheten och bröst- och endokrinkirurgiska verksamheten. På längre sikt bedöms minst 50 % av de patienter som kräver högspecialiserad vård framöver att kunna behandlas i dagvård.

Åtgärder har löpande genomförts under året för att förbättra ekonomin, uppgående till totalt 260 Mkr.

Ett omfattande förbättringsprogram har initierats och drivits under året med anledning av Kjell Asplunds utredning av fallet Macchiarini. Rapporten innehöll 33 rekommendationer, ”33-punktsprogrammet”, till förbättringar. Dessa rekommendationer har omsatts till tydliga



uppdrag från sjukhusdirektören till respektive linjechefer. Status och framdrift avseende uppdrag följs upp löpande. Ett flertal av uppdragen har avslutats under året och har resulterat i förbättrade riktlinjer, rutiner och arbets sätt. Arbetet med att genomföra förändringar i enlighet med 33-punktsprogrammet fortsätter under det kommande året.

*Bilaga E2 – Åtgärdsprogram*

## 8. Pågående rättsprocesser (tvister)

Ingenting att rapportera.

## 9. Övrigt

Samma redovisningsprinciper har använts som i den senaste årsrapporten.

## 10. Nämnd-/styrelsebehandling

Årsrapporten för januari-december 2016 är behandlad/behandlas i nämnden/styrelsen den 30 januari 2017.

*Bilaga G1 – Uttalande från förvaltningsledning*

## 11. Bilagor

- A Återrapportering av uppdrag
  - A1 Uppdrag i budget
  - A2 Uppdrag under löpande år
- B Produktions- och produktivitetstoppföljning
  - B1 Vårdplatser
  - B2 Produktivitetstoppföljning för respektive verksamhet
- C Investeringar
  - C1 Investeringar vård (inkl. fastigheter) och annan verksamhet
- D Personal
  - D2 Kompetensförsörjningsplan
- E Övriga avsättningar, ansvarsförbindelser och tvister
- F Styrdokument, policyer och övriga handlingsplaner och dylikt
  - F1 Efterlevnad av policyer och andra styrdokument
  - F2 Styrningsrapport förvaltning
  - F4 Försäkran internkontroll
  - F4a Avrapportering av intern kontrollplan
  - F5 Uppföljning funktionsnedsättning
  - F6 IT och digitalisering
  - F7 Uppföljning upphandling och inköp
- G Uttalanden
  - G1 Uttalande från förvaltningsledning