



Karolinska

Universitetssjukhuset

Förvaltningsberättelse 2012

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning 2012 och förväntad utveckling 2013	4
1.1	Sammanfattning 2012	4
1.2	Verksamheten inför 2013	4
2.	Resultat jämfört fastställd budget 2012	5
3.	Intern uppföljning inom Karolinska	7
4.	Uppföljning av mål	8
4.1	Uppföljning av landstingsfullmäktiges långsiktiga mål	8
4.1.1	Förbättrad tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården	8
4.1.2	En ekonomi i balans	10
4.2	Kvalitetsredovisning	10
4.3	Styrelsens mål	13
4.4	Uppföljning av särskilda förutsättningar	13
4.4.1	Flödesarbetet	13
5.	Uppföljning av styrdokument	14
5.1	Specifika ägardirektiv	14
5.2	Följsamhet finanspolicy	15
5.3	Övriga policyer, handlingsplaner, regelverk	15
5.4	Intern kontroll	15
6.	Uppföljning verksamhet	16
6.1	Organisation	16
6.2	Organisationsförändringar	17
6.3	Verksamhetens produktion/verksamhetstal	17
6.3.1	Produktivitetsutveckling	22
6.3.2	Produktion ur ett jämställdhetsperspektiv	23
6.4	Vårdplatser	23
7.	FoU-verksamhet	24
8.	Verksamhetens ekonomiska resultat	25
8.1	Årets resultat	25
8.2	Intäkter	26
8.2.1	Vårdintäkter SLL	26
8.2.2	Övriga intäkter	28

8.3	Kostnader	29
8.3.1	Personalkostnader.....	30
8.4	Resultatdisposition.....	33
8.5	Investeringar	33
8.6	Balansräkning	34
8.7	Styrstrategi akutsjukhusen - sanktionsregel.....	35
9.	Medarbetare	35
	Personalförsörjning.....	35
	Chef- och ledarskap	37
	Hälsöfrämjande arbetsmiljö.....	38
	Medarbetarundersökning.....	38
	Sjukfrånvaro	41
	Personal - och kompetensförsörjningsplan.....	42
10.	Miljö	43
11.	Funktionsnedsättning	43
12.	Folkhälsoarbetet.....	43
13.	Upphandling och inköp.....	43
14.	Ledningens åtgärder	44
15.	Nämnd/styrelsebehandling	44
16.	Bilagor:	44

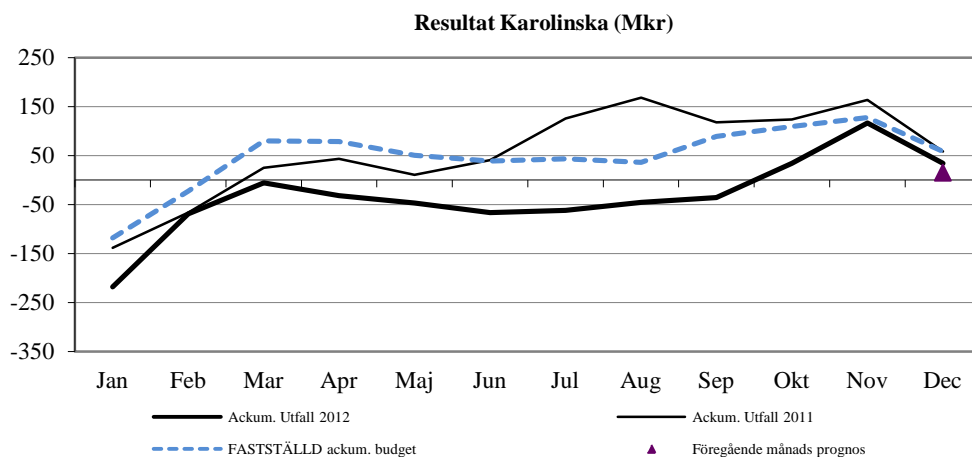
1. Sammanfattning 2012 och förväntad utveckling 2013

1.1 Sammanfattning 2012

Karolinska Universitetssjukhusets produktionsvolym för huvudavtalet var för år 2012 0,2 % högre än budget för öppenvård och 2,5 % lägre än budget för slutenvård.

Sjukhusets totala intäkter landade 0,6 % högre än budget medan kostnaderna var 0,8 % högre. Det ger ett resultat per december 2012 om 35 mkr, 23 mkr lägre än fastställd budget (58 mkr). Resultatet belastas negativt med ca 40 mkr för vårdgarantiviten och ej uppnådda kvalitetsindikatorer. Resultatet var även 23 mkr sämre än 2011. Jämfört prognosen per november är resultatet 20 mkr högre.

Sjukhusets kostnader har under 2012 ökat i en långsammare takt än föregående år (4% mot 5% 2011) och mer i nivå med intäktsökning. Det är en effekt bl. a. av det åtgärdsprogram som initierades i samband med den negativa prognos som gjordes i mars/april.



1.2 Verksamheten inför 2013

Sjukhusets viktigaste mål i verksamhetsplan för år 2013

- 100 % utförd vård i förhållande till beställning
- Högst 3 % kostnadsutvecklingstakt
- Högst 400 patienter väntar mer än 90 dagar på operation/behandling
- Minst 295 förbättringstavlor används systematiskt i arbetet med ständiga förbättringar
- Minst 50 % av våra vårdresultat är bättre än riksgenomsnittet i Öppna jämförelser

Risker och möjligheter år 2013

- Karolinskas största utmaning är att få ihop helheten och knyta ihop det arbete som görs idag med morgondagens, där färdigställandet av NKS är en viktig milstolpe.
- Karolinskas pågående åtgärdsprogram måste visa en uthållig effekt för att klara målet om en ekonomi i balans för 2013, samtidigt behöver vårdproduktion, tillgänglighet och patientsäkerhet säkras.
- Flödesarbetet intensifieras för att integrera produktions- med bemannings- och resursplanering.
- Den förändrade vårdtyngden på Karolinska, som accelererar i takt med utflyttning av enklare vård, kommer att generera resultatförsämring. Med det gällande ersättningssystemet uppstår behov av någon form av övergångsregelverk som kan landa i ett nytt ersättningssystem.
- Situationen med en ökad vårdtyngd kombinerat med ett effektiviseringskrav på 2 % ger effekter på produktionen vilket kan ge avvikelser i resultatet, och därigenom leda till ytterligare effektiviseringsåtgärder.
- Det ökade behovet av förberedelse för och arbete med driftsättning av nya Karolinska riskerar att tidvis ha negativa effekter på drift och utveckling av den löpande verksamheten.
- För att säkra tillräcklig kapacitet av vårdplatser under omställningen nu och framåt har K startat ett arbete "vårdplatser i balans" som syftar till att hantera omflyttning av vårdplatskapacitet efter behov
- Brist på viss vårdpersonal kan leda till svårigheter med att utföra uppdraget.

2. Resultat jämfört fastställd budget 2012

Sjukhusets resultat per december 2012 var 35 mkr, 23 mkr sämre än fastställd budget. Resultatet var 23 mkr sämre än jämfört med bokslut föregående år. Jämfört prognosen per november är resultatet 20 mkr högre.

Resultaträkning (Mkr)	Ack Periodvärden 2012				Ack Periodv f.g. år	
	Bokslut 2012	Budget 2012	Avvik	Avvik %	Bokslut 2011	Förändr 2011-12 %
Vård SLL	11 405	11 425	-20	0%	11 148	2%
Utom/utland	1 009	918	91	10%	894	13%
Sjukv.tj	1 115	1 101	14	1%	1 066	5%
Övriga Intäkter	1 038	808	230	28%	845	23%
FoUU	754	743	11	1%	743	1%
Verksamhetens intäkter	15 321	14 995	326	2%	14 697	4%
Personal	-8 692	-8 585	-107	-1%	-8 268	-5%
Sjukvårdstj	-350	-218	-132	-61%	-329	-7%
Material	-1 222	-1 130	-92	-8%	-1 206	-1%
Läkemedel	-1 617	-1 665	48	3%	-1 604	-1%
Hyra	-1 252	-1 280	28	2%	-1 204	-4%
Övriga kostnader	-1 823	-1 696	-127	-7%	-1 709	-7%
Verksamhetens kostnader	-14 956	-14 574	-382	-3%	-14 320	4%
Avskrivningar	-294	-313	19	6%	-283	-4%
Finansnetto	-36	-50	14	27%	-36	0%
Resultat	35	58	-23		58	

Intäkterna för år 2012 var 326 mkr högre än budget vilket innebar en förbättring med 23 mkr under december månad.

Huvudavtalsintäkterna var ackumulerat 74 mkr lägre än budget vilket framför allt förklaras av en den låga slutenvårdsproduktionen (-144 mkr) samt kvalitets bristkostnader (-22 mkr). Slutenvårdsproduktionen var 5,2 % tyngre än budgeterat. Karolinska fick ersättning för 84 mkr av denna, motsvarande 1,5 % viktförändring.

Sidoavtalsintäkter var 54 mkr högre än budget. Avvikelsen förklaras framför allt av utökad produktionsuppdrag under året som t.ex. käckkirugi som överförts från Södersjukhuset och ersättning för SLL-strategiska satsningar inom den högspecialiserade vården. Under året överfördes kliniken för samhällsmedicin till Stockholms sjukvårdsområde. Vårdvalsintäkterna för förlösning och ultraljud fortsatte att avvika negativt under december och stod för den största negativa avviken jämfört med budget. En effekt av Vårdval.

En ökad extern efterfrågan har genererat högre intäkter än budgeterat för utomlänsvård med 91 mkr. Exempel på verksamheter/kliniker med större utomlänsvård än budget är Ecmo, Barnmedicin 1, Gastrokirugi och Transplantation. Samtidigt ser K ett skifte mot allt tyngre vård, men lägre volymer.

Övriga intäkter var 213 mkr högre än budget vilket bland annat förklaras av ersättning för det övertagna planeringsansvaret för verksamhetsinnehållet i nya Karolinska (+78 mkr), och ökad extern projektverksamhet.

Kostnaderna exklusive avskrivningar var 382 mkr högre än budget vilket innebar att Karolinska tappade 39 mkr mot budget under december.

Personalkostnader svarade för 107 mkr av avvikelserna som bland annat förklaras av ny obudgeterad verksamhet som exempelvis planeringsansvaret för nya Karolinska (29 mkr) och käkkirurgiska kliniken (26 mkr)

Kostnader för material, sjukvårdstjänster och övriga kostnader var totalt 352 mkr högre än budget vilket bl.a. förklaras av ny eller utökad verksamhet t.ex. käkkirurgi, ansvaret för nya Karolinska och externa projekt. Tyngre vård samt högre prisökningar än budgeterat är andra förklaringar till de ökade kostnaderna.

Värt att nämna är att kostnadsutvecklingstakten för läkemedel har avtagit under 2012 jämfört med 2011 och ligger nu på 0,8% (4%). Det är en effekt av förändrade arbetssätt och förbättringsarbetet fortsätter.

3. Intern uppföljning inom Karolinska

Under 2011 beslutades om tidigareläggning av rapportering av budget 2012. I enlighet med detta beslut insändes och rapporterades Karolinska Universitetssjukhusets budget för år 2012 i Controller i oktober 2011. Arbete med att ta fram sjukhusets interna budget fortsatte därefter ytterligare någon månad under hösten och avslutades i början av december. Resultatet är oförändrat men ett flertal ändringar har skett mellan resultatraderna i den interna budgeten.

Exempel på större budgetjusteringar är att Karolinska erhållit budgetmedel för att kunna ta över ansvaret för planeringen av nya Karolinska och överfört vårdansvar för den käkkirurgiska verksamheten från Södersjukhuset, samtidigt som verksamheten vid Samhällsmedicinska kliniken övergått till SLSO. Sjukhuset har vidare erhållit medel för strategiska satsningar inom FoU planerade för tidsperioden 2012-2016.

I tabellen nedan framgår skillnaden ackumulerat för perioden och för helår mellan den interna budgeten (Reviderad) och den i Controller rapporterade budgeten.

	Helårsvärden		
	Reviderad Budget 2012	Controller Budget 2012	Förändr 2012
Resultaträkning (Mkr)			
Primärtjänster	12 441	12 343	98
Övriga Intäkter	2 797	2 652	145
Verksamhetens intäkter	15 238	14 995	243
Personal	-8 914	-8 585	-329
Övriga kostnader	-6 215	-6 302	86
Verksamhetens kostnader	-15 129	-14 887	-243
Finansnetto	-50	-50	0
Resultat	58	58	0

I resten av denna rapport är alla avvikelser och kommentarer till det ekonomiska utfallet baserade på Karolinskas interna reviderade budget.

4. Uppföljning av mål

4.1 Uppföljning av landstingsfullmäktiges långsiktiga mål

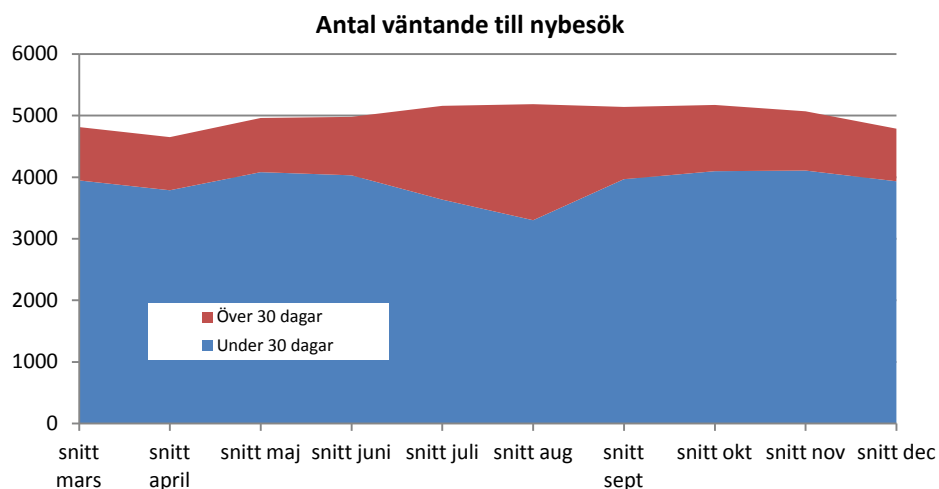
SLL långsiktiga mål	Dimension/parametrar	Uppfyllt mål?	Bokslut 2012	Mål 2012	Bokslut 2011
Förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården					
	Andel patienter väntat kortare än 4 tim på akuten	nej	69%	79%	72%
	Andel patienter väntat mindre 30 dgr nybesök (vårdgarantin)	ja	82%	80%	72%
	Andel patienter väntat mindre 90 dgr behandling/op (vårdgarantin)	ja	82%	80%	83%
Förbättrad kvalitet i hälso- och sjukvården					
	se avsnitt 4.2 Kvalitetsredovisning				
En ekonomi i balans					
	Resultat bättre eller lika med budget	nej	35	58	58

4.1.1 Förbättrad tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården

Vistelsestid på akutmottagningen

Vistelsestiden på akutmottagningen är en resultatindikator i avtalet med beställaren, med målnivån 79 % och miniminivå för kvalitetsersättning > 71 %. Resultatet för vuxenakutmottagningarna var 69 % (2011: 72 %, 2010 och 2009: 71 %). Resultatet 2012 för Karolinskas barnakutmottagningar i Solna och Huddinge var 76 % (2011: 79 %, 2010 och 2009: 83 %).

Karolinska har, framförallt på grund av bemanningsproblem, under hösten 2012 haft en brist på disponibla vårdplatser, vilket förlängt patienternas vistelsestid på akutmottagningarna efter beslut om inläggning. Det systematiska flödesarbetet på akutmottagningarna har dock resulterat i att antalet patienter som har en vistelsestid under 4 timmar har ökat under de senaste åren i takt med ökad efterfrågan på akutvård och befolkning i SLL.

Vårdköer för nybesök och op/behandling

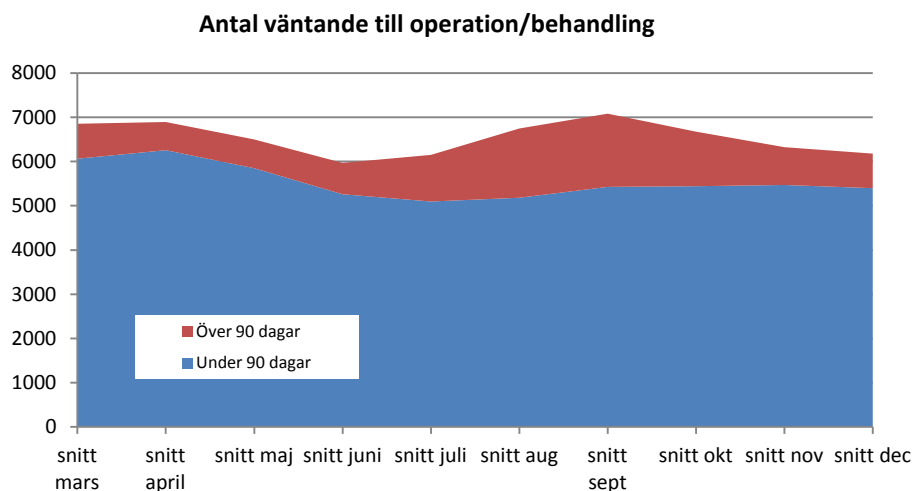
Totala antalet väntande till nybesök minskade kraftigt under 2011. Under 2012 har minskningen planat ut till drygt 4500 väntande i december 2012.

Antalet väntande varierar med säsongen med flest antal under sommarmånaderna då även andelen patienter inom vårdgarantin (väntat under 30 dagar) är lägst.

Andelen patienter inom vårdgarantin uppgick vid årets slut till 82%.

Sjukhusets måltal för år 2012 var < 500. Totala antalet som väntat mer än 30 dagar var 826 stycken vid senaste mättillfället. Flest antal väntande, över 30 dagar, fanns vid årets slut vid Hörsel- och balans (180 stycken), Neurologi (132 stycken) Ortopedi (95 stycken) och Käkkirurgi (45 stycken)

Inom öppenvården har resultatet för år 2012 belastats 7 mkr i viteskostnader



Totala antalet väntande till operation/behandling har minskat med drygt 700 patienter mellan mätningarna i mars och december till ca 6000 väntande.

Liksom för nybesöken varierar antalet väntande till operation/behandling med säsongen med flest antal under sommarmånaderna då även andelen patienter inom vårdgarantin (väntat under 90 dagar) är lägst.

Andelen patienter inom vårdgarantin, under 90 dagar, uppgick för december till 87 %.

Sjukhusets måltal för år 2012 var < 500. Vid senaste mättillfället var totala antalet som väntat mer än 90 dagar 813 stycken, vilket är en plan utveckling över året. Flest antal väntande, över 90 dagar, återfanns vid ÖNH-kliniken (378 stycken). Kliniken för Plastikkirurgi (86 stycken) och Ortopedi (49 stycken).

Inom slutenvården har resultatet för år 2012 belastats med ca 12 mkr i viteskostnader.

4.1.2 En ekonomi i balans

Sjukhuset har genom kraftfulla åtgärder i stort kommit till rätta med det stora befarade underskott som konstaterades under våren 2012.

Se vidare avsnitt 7, Verksamhetens ekonomiska resultat.

4.2 Kvalitetsredovisning

Det systematiska kvalitetsarbetet på Karolinska utgår från lagar, föreskrifter, landstingets etiska värdegrund, beställarens krav i flerårsavtalet 2012-2015 och Socialstyrelsens indikatorer för God Vård – att vården ska vara *kunskapsbaserad, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och utföras i rimlig tid*.

Under 2012 har ett ledningssystem för vårdkvalitet implementerats på Karolinska.

Ledningssystemet utgår från föreskriften *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9). Enligt denna ska vårdgivaren med stöd av sitt ledningssystem planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten för att fortlöpande kunna utveckla och säkra vårdkvaliteten.

Målet med ledningssystemet är att

- Säkerställa och förbättra kvaliteten på vården för patienterna
- understödja ett effektivt ledarskap för ständiga förbättringar av vården
- säkerställa att myndighets- och andra krav efterlevs
- säkerställa medarbetarnas kompetens ur ett säkerhetsperspektiv
- minska kvalitetsbristkostnader

Sjukhuset deltar i utvecklingen av vårdavtalets specifika kvalitetsindikatorer inom ramen för landstingets kvalitetsnätverk. Ett antal kvalitetsmål inom strategiska områden utformas där varje år, och i sjukhusets egna *Kvalitets- och patientsäkerhetsmål*. Målen följs upp i sjukhusets årliga *Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse*. Statistiken redovisas könsuppdelad. Patientsäkerhetsdialogerna på Karolinska utgör ett årsvis återkommande forum för diskussion om patientsäkerhetsfrågor mellan Kvalitet och patientsäkerhet, Vårdhygien och respektive kliniks ledningsgrupper.

Kvalitetsregister och Öppna Jämförelser

Karolinska rapporterar till de flesta tillämpliga nationella kvalitetsregister och ett antal internationella. Ett av sjukhusets långsiktiga mål är att sjukhuset rapporterar till minst 90 % av tillämpliga kvalitetsregister med en täckningsgrad på 90 %. Utgångsläget (2011) är 90 % täckningsgrad i 60 % av registren.

Många av kvalitetsregistren innehåller utfallsmått som redovisas i Öppna Jämförelser. Ett annat av sjukhusets långsiktiga mål är att ha vårdresultat bättre än riksgenomsnittet i alla indikatorer i Öppna Jämförelser. Utgångsläget (2011) var 37 %, och resultatet 2012 var 51 %, vilket var det mål (50 %) som hade satts för 2013. Målet för 2015 är 75 %. Resultaten i Öppna Jämförelser kommer under 2013 att vara i fokus för det systematiska kvalitetsarbetet på verksamhetsnivå för att nå det långsiktiga målet.

Resultaten i vårdavtalets indikatorer avseende rapportering till nationella cancer- och andra kvalitetsregister föreligger ännu inte men prognosen är att vi uppnår målnivåerna avseende täckningsgrad.

Andelen patienter med höftfraktur som opereras inom 24 timmar efter ankomst når inte upp till målnivån 71 % men når över miniminivån 57 %, preliminärt resultat är 64 %.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) och vårdhygien

Andelen patienter med VRI var 12 % i såväl vår- som höstmätningen 2012 (2011: 14 %) och 98 resp. 100 % av inneliggande patienter ingick i mätningarna. Bristen på måluppfyllelse gäller även nationellt. Karolinskas VRI finns framförallt bland patienter med riskfaktorer. Karolinska har en hög andel sådana patienter. Det fortsatta arbetet ska både adressera VRI hos patienter med riskfaktorer och reducera förekomsten av riskfaktorer, t.ex. minimera tiden för användning av urinkatetrar. Utbildning i hantering av urinkateter har pågått på Karolinska under 2012. Vidare har Strama Karolinska tillsammans med Vårdhygien haft riktade utbildningsinsatser för läkare angående VRI och antibiotikaförskrivning. Ett landstingsövergripande projekt för införande av IT-stödet Infektionsverktyget startade 2012 med projektledare från Karolinska och HSF.

Följsamheten till klädregler (BHK) var 92 % i mätning 2012, men till hygienregler (BHR) endast 64 %, vilket behöver förbättras. Det är framförallt följsamhet till handsprit före eller efter patientkontakt som brister.

	Mål 2012	Resultat 2012	Resultat 2011
Patienter med VRI	10 %	12 %	14 %
Följsamhet BHR	100 %	64 %	65 %
Följsamhet BHK	100 %	92 %	94 %
Följsamhet till MRSA-screening	87 %	72 %	68 %

Följsamheten till MRSA-screening-programmet har förbättrats något och några verksamheter har lyckats nå över 90 % men på sjukhusnivå är resultatet otillräckligt. Alla verksamheter har nu i uppdrag att i flödesarbetet, helst dagligen på sina förbättringstavlor, dokumentera följsamheten till MRSA-screening-programmet. Resultaten kommer fortlöpande att efterfrågas i klinik- och divisionsuppföljningar. En gemensam tvingande dokumentationsmall i TakeCare är under utveckling.

Avvikelser i vården

Verksamheten på Karolinska ska bedrivas i en kultur som kännetecknas av hög riskmedvetenhet och öppen redovisning och analys av kvalitetsbrister och avvikelser.

Avvikelser och risker rapporteras i HändelseVis. Karolinskas mål är att antalet avvikelserapporter ska öka och ledtiderna minska. År 2012 var antalet rapporter 15 454 (2011: 14 215, 2010: 12 657). Ledtiden för vid årsskiftet avslutade avvikelserapporter minskade från i medeltal 40 (2011) till 35 dagar (2012).

För att identifiera och åtgärda bakomliggande orsaker och sätta in förebyggande åtgärder måste verksamheterna analysera sina negativa händelser och risker. Verksamheterna uppmanas att initiera anmälan enligt lex Maria. Ett mål för kvalitetsarbetet 2012 har varit att händelser som föranleder anmälan enligt lex Maria ska genomgå händelseanalys och vara underlag för förbättringsåtgärder. Under 2012 gjordes 79 anmälningar enligt lex Maria (2011:82, 2010:82, 2009:68, 2008:53), av vilka hittills nästan två tredjedelar har genomgått händelseanalys.

En glädjande utveckling under 2012 har varit att antalet läkemedelsrelaterade lex Maria-ärenden har minskat till 8 (2011:26, 2010:18, 2009:21). Förhoppningen är att det omfattande arbete som under flera år lagts ned på en säkrare läkemedelshantering, inkluderande bl a införandet av läkemedelsautomater, slutenvårdsdos och förändrade ordinationsrutiner i TakeCare, nu ska ha lett till en bestående minskning av läkemedelsrelaterade allvarliga händelser i vården.

Antalet anmälningar till Socialstyrelsen (enskilda klagomål) var 272 under 2012, (2011:188) vilket är en kraftig men också förväntad ökning jämfört med tidigare år. Dessa ärenden har ersatt patientanmälningar till HSN (2010:144, 2009:167, 2008:178) vilka har upphört i samband med införandet av Patientsäkerhetslagen 2011.

Anmälningar till Patientnämnden visar en fortsatt ökande trend. Sjukhuset hanterade år 2012 298 skriftliga ärenden (272, 251, 212, 175, 145 de närmast föregående åren). Antalet anmälningar till Patientförsäkringen LÖF ökar också och var 616 under 2012, att jämföra med 561, 465, 405, 503 och 464 de fem tidigare åren.

För att identifiera skador i vården som underlag för förbättringsarbete har strukturerad journalgranskning införts på Karolinska i enlighet med kraven i vårdavtalet. IT-verktyget Modifierad Automatiserad GTT, MAG, har utvecklats på Karolinska och tre fjärdedelar av alla slutenvårdskliniker har nu utbildade granskningsteam. Ett facitmaterial på 600 journaler från barnsjukvården har analyserats manuellt under 2011-2012, och detta ska utgöra underlag för utvärdering och införande av strukturerad journalgranskning/MAG i barnsjukvården. Karolinskas medarbetare har via SKL aktivt bidragit till utarbetandet av ny handbok för strukturerad journalgranskning.

Läkemedelshantering

Ett omfattande arbete för att öka patientsäkerheten i samband med läkemedelshantering har pågått de senaste åren. Åtta avdelningar har hittills infört slutenvårdsdos och antalet läkemedelsautomater har ökat från 43 år 2011 till 63 vid slutet av 2012 vilket uppfyllde det mål på 60, som sjukhuset satt upp. Utvärdering av läkemedelsautomaterna har föranlett beslut om införande 2013 på resterande 20 enheter som fyller behovskriterierna. Förutom att öka patientsäkerheten leder åtgärderna inom läkemedelshantering till en uppstramning av sortimentet, minskad läkemedelskassation och ökad patientnära tid för sjuksköterskorna. Läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelse har införts vid fler avdelningar (minst 18 avd) än vad som är krav i vårdavtalet (4 avd), och har i många fall föregåtts av utbildning i form av genombrottsprojekt.

Patientsäkerhetskulturmätning

Mätning av patientsäkerhetskulturen genomfördes under 2011 och 2012 i enlighet med den nationella patientsäkerhetsstrategin och var ett krav i vårdavtalet 2012. Samtliga kliniker har analyserat sina resultat och gjort handlingsplaner för förbättringsarbete.

Patienternas synpunkter på vården

Patienternas helhetsbedömning av vården som ”utmärkt” eller ”mycket bra”, mätt med Karolinskas minienkät (16 876 st) var 89 % (mål 90 %, resultat 2011: 89 %), medan patientnöjdheten avseende delaktighet i vård och behandling var 62 % (mål 70 %, 2011: 60 %). *Mina vårdkontakter* kommer att breddas på Karolinska under 2013, vilket förhoppningsvis i någon mån kan bidra till förbättrad upplevelse av delaktighet i vården, men andra åtgärder krävs också för att uppnå målet.

Den nationella patientenkäten som genomfördes inom vuxenvården våren 2012 besvarades av 8019 patienter, motsvarande en svarsfrekvens på 61 % i slutenvård (slv) och 57 % i öppenvård (öpv), cirka 1 %-enhet lägre än riksgenomsnittet.

Den patientupplevda kvaliteten (PUK-värdet, max 100) skattades högt både på Karolinska (K) och i genomsnitt i landet (riket) när det gäller bemötande (slv: K 91, riket 92, öpv: K 94, riket 93), upplevd nytta (slv: K 88, riket 90, öpv: K 86, riket 87) och förtroende (slv: K 86, riket 88, öpv: K 91, riket 92), medan tillgänglighet (slv: båda 81, öpv: båda 79), information (slv: K 78, riket 80, öpv: K 82, riket 84) och delaktighet (slv: K 75, riket 76, öpv: båda 81) skattades lägre.

Sjukhusmaten (slv: K 44, riket 56), information om vilka varningstecken patienten ska vara uppmärksam på vid hemkomsten (slv: K 50, riket 49, öpv: K 53, riket 54) liksom information om eventuella läkemedelsbiverkningar (slv: K 41, riket 38, öpv: K 55, riket 49) skattades särskilt lågt. Ett annat viktigt område som bör förbättras är städningen, som skattades lägre än genomsnittet (slv: K 82, riket 88). Karolinska har slutit ett avtal med ny städentreprenör och med tydligare och ökade kvalitetskrav. Den nya entreprenören tar över 2013. Sjukhuset kommer då att vara delaktigt i utbildning av entreprenörens personal.

Nationell patientenkät har under hösten genomförts på akutmottagningar, BB/Förlossningen och ortopediska vårdvalsverksamheter (knä- och höftplastik), men resultaten föreligger inte ännu.

4.3 Styrelsens mål

Sjukhusets styrkort bifogas som bilaga.

4.4 Uppföljning av särskilda förutsättningar

4.4.1 Flödesarbetet

Flödesarbetet, syftar till att utveckla vår förmåga att ständigt förbättra patientflödena inom sjukhuset. Förbättringsfilosofin är att utgå från patientnyttan och ta fram nya arbetsätt som eliminerar slöseri och onyttig tid för patienterna. Med flödesarbetet som strategi åstadkommer vi ökad patientsäkerhet och kvalitet, förbättrar arbetsmiljön, ökar tillgängligheten och skapar långsiktigt hållbara resultat.

Strategin är att förbättra del för del inom respektive flöde. Först ut var de akuta flödena och akutmottagningar. Därefter följde vårdavdelningar, röntgenavdelningar, kemiska laboratorier och operation. Under 2011 och 2012 har K även arbetat med elektiva och administrativa flöden. Förbättringsarbetet följer fyra faser; Fas 0 – Fas 3. Målsättningen med Fas 0 är att besluta huruvida ett flöde är redo för förbättringsarbete. Beslutet tas av en referensgrupp bestående av linjechefer. Fas 1 innebär en radikal förändring av arbetssättet, som först testas i liten skala för att förbättras innan det implementeras under Fas 2. När det nya arbetssättet är implementerat (standardiserat) fortsätter arbetet med ständiga förbättringar under Fas 3. Det är först under den senare fasen som vi kan förväntas få resultat i nivå med våra långsiktiga mål.

Varje flöde leds av en tvärfunktionell ledningsgrupp, flödesledningsgrupp. Här ingår sjukhusdirektören, berörda divisions- och verksamhetschefer. Flödesledningsgrupperna sammanträder var 6:e vecka. Tvärfunktionella och tvärprofessionella förbättringsgrupper ledd av chef/flödesledare, har arbetat på uppdrag av respektive flödesledningsgrupp, och redovisar på ledningsbeslutsmötena status, utfall på nyckeltal och plan framåt i flödesarbetet.

Under 2012 var medeltid för väntan på läkare 1 timme och 17 minuter, vilket är i nivå med utfallet 2011. Karolinskas mål är 40 minuter. Medeltiden för andelen patienter som blir klara inom fyra timmar var 69% vilket är något lägre än år 2011. Karolinskas mål är 80 %. Under 2012 har antalet sökande patienter ökat med cirka 2 %.

I december 2012 pågick flödesarbete i form av 10 flöden i Fas 0, 14 flöden i Fas 1, 25 flöden i Fas 2 och 19 flöden i Fas 3, varav två är elektiva flöden och ett är ett administrativt flöde.

Under 2012 har vi rekryterat och tillsatt fyra Flödeschefer/Verksamhetsutvecklare på Divisionerna. Deras roll är att stödja cheferna i arbetet med att tillämpa flödesmetodik i sitt dagliga arbete.

Sammanfattningsvis har Karolinska tagit fram en struktur för systematiskt förbättringsarbete och ett system för flödesledning för sjukhusets akuta och elektiva patientflöden. Nya arbetssätt har testats/implementerats/eller är i fasen ständiga förbättringar i totalt 68 delflöden. Resultaten så här långt är goda och kommer att förbättras när samtliga delflöden kommer in i Fas 3, ständiga förbättringar.

5. Uppföljning av styrdokument

5.1 Specifika ägardirektiv

Se bifogad bilaga

5.2 Följsamhet finanspolicy

Landstingets finanspolicy följs utan avsteg.

5.3 Övriga policyer, handlingsplaner, regelverk

Se bilaga I Polycier 2012.

5.4 Intern kontroll

Karolinskas interna kontrollplan upprättas i enlighet med SLLs reglemente för intern kontroll samt de regler för intern kontroll som beslutats av sjukhusets styrelse. Underlag till kontrollplanen är bl.a. sjukhusövergripande risk- och väsentlighetsanalys och de rekommendationer som lämnas av landstingsrevisorerna. Den interna kontrollplanen för 2012 är antagen av sjukhusets styrelse. En lägesrapport avseende kontrollplanen lämnades till styrelsen under hösten. Slutlig avrapportering sker i februari 2013. Till förvaltningsberättelsen bifogas den lägesrapport som lämnats till styrelsen under hösten 2012. Av lägesrapporten framgår problem, granskningsåtgärder och nulägesbeskrivning. Några av de viktigaste utvecklingsfrågorna, åtgärderna samt resultat av genomfört arbete är:

Området **informationssäkerhet** har under flera år varit ett problemområde vad gäller intern kontroll och flera förbättringsåtgärder har kontinuerligt vidtagits. Under 2012 har bl.a. ett ledningssystem för informationssäkerhet implementerats, ansvaret för informationssäkerhet har förtydligats och en ny permanent befattning har inrättats och bemannats. Ytterligare aktiviteter pågår inom området. I rapporten "Tillämpning av informationssäkerhet i vården" som landstingsrevisorerna nu har överlämnat till sjukhusets styrelse för yttrande i februari 2013, granskas om de sker en systematisk styrning, uppföljning och kontroll av informationssäkerhetsarbetet inom vården. Karolinska är en av de enheter som granskas. I rapporten sägs bl.a. att Karolinska har kommit långt med arbetet att nå systematik i informationssäkerhetsarbetet.

Risk- och väsentlighetsanalys (riskanalys) är en viktig del av god intern kontroll. Området riskanalys är omfattande beskrivet men inte tillräckligt väl definierat och strukturerat och olika metoder och tillvägagångssätt används under benämningen riskanalys. Ofta avses därför olika saker när man säger att en riskanalys genomförs. Inom Karolinska genomförs riskanalyser kontinuerligt på en rad olika områden och det ställs krav på genomförande av riskanalyser från myndigheter, i författningar och i olika policydokument. Sjukhusövergripande bedrivs riskanalys efter en sedan tidigare av sjukhusets styrelse beslutad modell. Ett arbete pågår för att ta fram en generell modell för riskanalys. Den generella modellen skall fungera som ett stöd för sjukhusets olika riskanalyser inom sjukhusets verksamheter och olika organisatoriska nivåer. Modellen är så pass klar att den redan används inom sjukhuset. Implementering av modellen möjliggör en kraftigt förbättrad intern kontroll samtidigt som själva riskanalysprocessen effektiviseras (bättre riskhantering till lägre kostnader). Riskanalysmetoden överförs succesivt till projektet avseende nya Karolinska. Den generella riskanalysmodellen beskrivs i den interna kontrollplanen för 2013 som tas upp i sjukhusets styrelse i februari 2013. Under 2012 har modellen använts för riskanalyser inom flera områden. Syftet med dessa har varit att analysera risk och ta fram åtgärder för att motverka dessa men också att pröva och utveckla riskanalysmodellen. Riskanalyser har genomförts avseende Take Care (övergripande), externa projekt, inköp, läkemedel. Identifierade risker har överlämnats till ansvariga för

åtgärd. På sjukhusövergripande nivå har liksom tidigare år en riskanalys avseende hela sjukhuset genomförts som en del av underlaget för 2013 års Interna kontrollplan.

I landstingsrevisorernas rapport "**Effektivisering av sjukhusens patientflöden**" visas på ett antal brister vad gäller sjukhusets patientflöden. Bl.a. för att komma till rätta med detta har sjukhuset som en av tre långsiktiga strategier att bredda och fördjupa flödesarbetet (se avsnitt 4.3.1).

Otillräcklig vårdkapacitet särskilt under semesterperioder för att kunna svara mot efterfrågad sjukvård är ett problem inte bara för Karolinska utan för många sjukhus. Karolinska har under hösten satt ytterligare fokus frågan genom ett tvärprojekt (Vårdplatser i balans) för att på bästa sätt bedriva vård med färre överbeläggningar och utlokaliseringar.

Ett arbete har inletts under 2012 för att implementera produktionsstyrning. I detta arbete, som fortsätter i 2013 års VP samverkar berörda staber och divisioner.

Trenden avseende operationskapaciteten på operationsavdelningen i Huddinge är positiv. Även trenden avseende antal strykningar är positiv (de blir färre). Trots successiva förbättringar är läget inte tillfredsställande. Omfattande förändring pågår avseende AnOpIva resurser. Bl.a. så har operationsrådet ersatts med en ledningsgrupp med ett förtydligt mandat (som avser all operationskapacitet inom Karolinska).

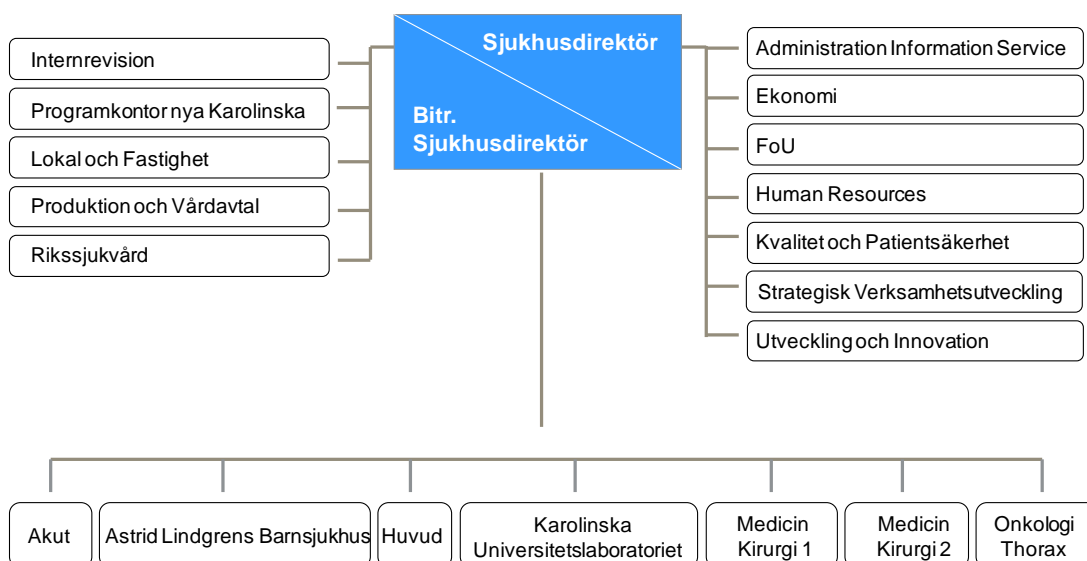
Tillsynsmyndigheten (Södertörns brandförsvarsförbund) har bedömt att fastighetsägaren (Locum AB) till den fastighet som Karolinska, Huddinge är lokaliserad till, **inte har ett fullgott brandskydd**, vilket resulterat i ett föreläggande, som Locum har överklagat. Frågan kommer att ingå i sjukhusets kontrollplan i det avseendet att granskning sker av hur Locum AB genomför planerade förbättringsåtgärder.

Implementering av ett nytt system med i sjukhusledningen preciserade ansvar för samtliga regeldokument (följsamhet till policydokument) pågår. Två faktorer har påverkat hastigheten för implementeringen negativt, dels införandet av Nya Inuti, dels landstingets arbete med att få ordning och struktur på landstingets centrala styrdokument.

6. Uppföljning verksamhet

6.1 Organisation

Karolinska är organiserat i divisioner och staber enligt nedan. Byt nedan bild mot den som finns i budget dokumentet (Johanna H har den)



Karolinska Universitetssjukhusets verksamhet bedrivs huvudsakligen i Solna och Huddinge men verksamhet finns även lokaliserat till Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Rosenlunds sjukhus samt ca 80 lokala laboratorier i primärvården.

6.2 Organisationsförändringar

Under år 2012 har Karolinska Universitetssjukhusets verksamhet förändrats enligt följande:

- Planeringen av nya Karolinskas verksamhetsinnehåll har överförs till sjukhusets ansvarsområde. Ett programkontor har etablerats för detta ändamål.
- Samhällsmedicinska klinken har överförs till SLSO
- Käkkirurgiska kliniken har överförs från SÖS till Karolinska
- En ny division, Utveckling & Innovation, har bildats för enheterna Medicinsk Teknik, eHälsa och strategisk IT och Innovationsplatsen (1 januari 2012)
- Neurologkliniken har under året startat drift av en ny vårdavdelning R12
- De första nya vårdavdelningarna på Huddingedelen av Kn har öppnat under hösten
- Parkeringshuset i Huddinge har överförs till Landstingsfastigheters ansvarsområde

6.3 Verksamhetens produktion/verksamhetstal

- Antal slutenvårdstillfällen för huvudavtalet 2012 var 2,5 % lägre än budget och antalet öppenvårdsbesök var 0,2 % högre.

Förklaringen till Huvudavtalets avvikelse slutenvården	Antal
Vattenläcka (Huddinge operation)	-175 Vtf
Förändrad registrering (Hjärtkliniken)	-345 Vtf
Flytt av vård till dagkirurgi (Hjärtkliniken)	-340 Vtf
Svårigheter att rekrytera vårdpersonal, brist på vårdplatser (ca 17 disponibla sängar)	-1 391 Vtf
SUMMA	-2 251 Vtf

Olika produktionsstörningar påverkade produktionen negativt (-2 251 vårdtillfällen eller -2,5 %). I mars/april uppstod en i vattenskada i 7 av 28 operationssalar i Huddinge. Detta medförde en minskad produktion på ca -175 vårdtillfällen. Hjärtkliniken har förändrat sitt registreringsförfarande så att färre vårdtillfällen registreras utan att antalet behandlade patienter har sjunkit -340. Hjärtkliniken har också fört över 340 vårdtillfällen från slutet till dagvård.

Antal disponibla sängar	Antal
Disponibla sängar	17
Dagar år	360
Vård dagar	6 120
Medelvårdtid	4,4
Antal vårdtillfällen	1 391

Många kliniker har haft svårt att rekrytera personal vilket också har påverkat produktionen negativt. Ett färre antal vårdplatser har varit öppna under 2012. Räknat med sjukhusets medelvårdtid på 4,4 dagar innebär det att 17 disponibla vårdplatser extra hade behövts för att klara produktionstappet.

- Huvudavtalsintäkterna var -78 mkr lägre än avtal och budget.
- Den totala viktförändringen i slutenvård uppgick till 297 mkr. Av detta fick Karolinska tillgodoräkna sig 1,5 % av viktförändringen eller 84 mkr. -213 mkr av viktförändringen återbetalades till beställaren.
- Intäkter från sidoavtalen var -17 mkr lägre än budget. Vårdval förlossningar var som mest -31,2 mkr lägre än budget. Det berodde till stor del på att ca 500 vårdtillfällen inte kunde göras på grund av vattenläckor och stambyten i förlossningsrum i Solna under året.

Slutenvård

Huvudavtal, slutenvård, vårdtillfällen	Innevarande månad			Ackumulerat tom perioden			Ack tom perioden - Ack föreg år		
	Utfall 12-2012	Budget 12-2012	Differens Utfall - Budget 12-2012	Utfall ack 12-2012	Budget ack 12-2012	Differens Utfall ack - Budget ack 12-2012	Utfall ack 12-2012	Utfall ack 12-2011	Differens Utfall ack 12-2012 - Utfall ack 12-2011
Slutenvård akut	4 707	5 023	-6,3%	59 320	60 187	-1,4%	59 320	59 637	-0,5%
Slutenvård elektivt	2 152	2 487	-13,5%	28 727	30 111	-4,6%	28 727	30 035	-4,4%
Summa slutenvård	6 859	7 510	-8,7%	88 047	90 298	-2,5%	88 047	89 672	-1,8%
- just saknad prod.dag				0			0		
Slutenvård akut	4 707	5 023	-6,3%	59 320	60 187	-1,4%	59 320	59 637	-0,5%
Slutenvård elektivt	2 152	2 487	-13,5%	28 727	30 111	-4,6%	28 727	30 035	-4,4%
Summa slutenvård	6 859	7 510	-8,7%	88 047	90 298	-2,5%	88 047	89 672	-1,8%

Utfallet i december månad var ca 800 vårdtillfällen lägre (-8,7 %) jämfört med samma period föregående år. Det lägre utfallet i år berodde på att det var 4 färre vardagar. Produktionsskillnaden mellan vardag och helg är i snitt ca 180 vårdtillfällen per dag. Fyra färre vardagar motsvarar sålunda ca 720 vårdtillfällen. Produktionen under jul- och nyårsdagarna var lika stor i år som under 2011.

Produktionen av vårdtillfällen var 2,5 % lägre än budget per december (-2 251 vårdtillfällen) och 1,8 % lägre än föregående år (-1 625 vårdtillfällen). De elektiva vårdtillfällena var 1.384 stycken färre än budget (-4,6 %) och de akuta 867 stycken färre än budget (-1,4%).

MK1 är den enda division som har producerat fler vårdtillfällen än budgeterat under 2012. Enstaka kliniker har positiv avvikelse på de andra klinikerna. Klinikerna för gastrokirurgi och Onkologi är några av undantagen.

Produktionsstörningar påverkade produktionen negativt under 2012:

- I mars/april uppstod en i vattenskada som påverkade divisionerna , 7 av 28 operationssalar i Huddinge. Detta medförde en minskad produktion på ca 175 vårdtillfällen.
- I mars stängdes även 6 st förlossningsrum i Solna pga vattenläcka vilket nödvändiggjorde ett stambyte. Stambytet pågick i omgångar från maj till september. Kvinnokliniken styrde om förlossningar till Huddinge men produktionen påverkades negativt med ca 500 vårdtillfällen.
- Många kliniker har haft svårt att rekrytera personal vilket också har påverkat produktionen negativt.
- Neurokirurgiska kliniken har haft problem att slussa ut färdigbehandlade patienter pga för dålig kapacitet hos eftervården.
- . Ett färre antal vårdplatser har varit öppna under 2012 pga ovanstående produktionsproblem.

Förklaring slutenvård, avvikelser mot budget tom per 12			
	Innerf	KY	Totalt
Volym antal	-3,3%	7,1%	-2,5%
Tot-vikt	1,8%	4,3%	5,2%
Mvtid	-0,2%	0,9%	0,0%

Den negativa volymavvikelsen inom slutenvården påverkas också av att den vård som har bedrivits under året har varit betydligt tyngre än budgeterat. Den totala snittvikten för slutenvården har ökat med 5,2 % (motsvarande 297 mkr) jämfört med budget och ökningen avser både ytterfall (+4,3 %) och innerfall (+1,8 %). Antalet ytterfall ökar med 4,3 % medan antalet innerfall minskar med 3,3 %. Utfallet för andelen kostnadsytterfall var 8,1 % av det totala antalet vårdtillfällen. Andelen budgeterade kostnadsytterfall var 7,4 %. Andelen kostnadsytterfall har alltså ökat med 0,7 %-enheter eller 9,4 %. Den högre andelen kostnadsytterfall resulterar i ökade snittvikter. Medelvårdtiden var sammanlagt oförändrad jämfört med föregående år, för kostnadsytterfallen ökade den och innerfallen minskade den något.

Antalet registrerade diagnoser per vårdtillfälle har 2012 ökat med 7 % jämfört med 2011. Andel högspecialiserad vård har också ökat. Detta tillsammans med ökad andel kostnadsytterfall indikerar tyngre vård.

Öppenvård

Huvudavtal, öppenvård, besök	Innevarande månad			Ackumulerat tom perioden			Ack tom perioden - Ack föreg år		
	Utfall 12-2012	Budget 12-2012	Differens Utfall - Budget 12-2012	Utfall ack 12-2012	Budget ack 12-2012	Differens Utfall ack - Budget ack 12-2012	Utfall ack 12-2012	Utfall ack 12-2011	Differens Utfall ack 12-2012 - Utfall ack 12-2011
öppenvård akut	14 953	14 211	5,2%	180 206	172 907	4,2%	180 206	171 904	4,8%
öppenvård elektivt	75 683	92 703	-18,4%	1 116 955	1 122 729	-0,5%	1 116 955	1 119 123	-0,2%
Sa öppenvård	90 636	106 914	-15,2%	1 297 161	1 295 636	0,1%	1 297 161	1 291 027	0,5%
- just dubbelregg spinalis	-48			-579			-579		
- just eftersläpning	1 900			1 900			1 900		
- just reuma-, hematologi							0		
öppenvård akut	14 953	14 211	5,2%	180 206	172 907	4,2%	180 206	171 904	4,8%
öppenvård elektivt	77 535	92 703	-16,4%	1 118 276	1 122 729	-0,4%	1 118 276	1 119 123	-0,1%
Sa öppenvård	92 488	106 914	-13,5%	1 298 482	1 295 636	0,2%	1 298 482	1 291 027	0,6%

Produktionen av besök i öppen vård i december månad 2012 var 13,5% lägre än budget. Precis som för slutenvården berodde det lägre utfallet på att antalet vardagar var 4 st färre i år än förra året.

Volymen öppenvårdspatienter var 0,2 % högre än helårsbudget 2012 och 0,6 % högre än föregående år. De elektiva besöken var 0,4 % lägre än budget och de akuta 4,2 % högre än budget.

Antalet besök är justerad dels för en dubbelregistrering av besök på neurologen (Spinalis), motsvarande cirka 579 besök tom december, dels för en eftersläpning av cirka 1 900 besök.

Samtliga divisioner förutom Huvuddivisionen (-1,4 %) och MK1 (-1,0 %) producerade fler besök än budgeterat. Produktionsproblem i slutenvård resulterar i ofta i en högre produktion i öppenvård. Hjärtkliniken har fört över vård från slutenvård till öppen vård. Öron/näsa/halskliniken på huvuddivisionen och Gastrokirurgiska kliniken på MK1 var de kliniker som avvek mest negativt.

Sidoavtal

Produktionen av vårdtillfällen inom Vårdval förlossning var per december 10,2% lägre än budget och 5,0 % lägre än föregående års utfall. Produktionsstörningarna samt minskade marknadsandelar orsakar detta. Medelvårdtiden har sjunkit med 2,1 % jämfört med 2011. Snittvikterna blev 2012 desamma som 2011 (löpande vikter).

Produktionen inom vårdval ortopedi var 2012 30 vårdtillfällen högre än budget (+13,6 %) och lika många vårdtillfällen som föregående år. Medelvårdtiden har sjunkit med 5,0 %.

Inom den Geriatriska vården var antalet vårdtillfällen i slutenvård 0,6 % högre än budget per december men 15,2% lägre för öppenvård. Jämfört med samma period 2011 var antal vårdtillfällen i slutenvård 2,8 % fler medan antalet besök var 6,2 % färre än 2011.

Medelvårdtiden i slutenvård var 2012 6,1 % lägre än 2011. Den högre omsättningen av patienter påverkar också snittvikterna i slutenvården på så sätt att de sjunker med 5,2 %.

Geriatriskens avtal består av tre olika uppdrag, basgeriatrik, höfter och läns-gemensamt uppdrag. Basgeriatriken var största uppdraget, 2 762 vårdtillfällen av klinikkens totala produktion av vårdtillfällen (3 361). Kliniken har underproducerat något vad gäller vårdtillfällen för basgeriatrik med -48 vårdtillfällen (-1,7 %) medan man överproducerade i de båda andra uppdragen läns-gemensamt och höftuppdraget, läns-gemensamt +78 vårdtillfällen (32,9 %) samt höftuppdraget – 36 vårdtillfällen (-11,0 %). Kliniken har lämnat en rabatt på 1,5 mkr för det läns-gemensamma uppdraget.

SLL vård	Ack utfall 1212	Budget Avtal 1212	Differens Utfall - Budget 1212	Ack utfall 1112	Förändr Ack utfall	Prognos/utf all 2012	Budget Avtal 2012	Bokslut 2011	Avvik Prognos Budget
<i>Vårdavtalet för somatisk specialistvård</i>									
Öppenvård akut	180 206	172 907	4,2%	171 904	-4,8%	180 206	172 907	171 904	4,2%
Öppenvård elektiv	1 118 276	1 122 729	-0,4%	1 119 123	-0,1%	1 118 276	1 122 729	1 119 123	-0,4%
Summa öppenvårdsbesök	1 298 482	1 295 636	0,2%	1 291 027	0,6%	1 298 482	1 295 636	1 291 027	0,2%
Slutenvård akut	59 320	60 187	-1,4%	59 637	-0,5%	59 320	60 187	59 637	-1,4%
Slutenvård elektiv	28 727	30 111	-4,6%	30 035	-4,4%	28 727	30 111	30 035	-4,6%
Summa slutenvård	88 047	90 298	-2,5%	89 672	-1,8%	88 047	90 298	89 672	-2,5%
varav kostnadsytterfall	7 141	6 665	7,1%	6 786	5,2%	7 141	6 665	6 786	7,1%
<i>Vårdval för somatisk specialistvård</i>									
Öppenvård	50 469	46 588	8,3%	45 919	9,9%	50 469	46 588	45 919	8,3%
Slutenvård	9 035	10 001	-9,7%	9 493	-4,8%	9 035	10 001	9 493	-9,7%
<i>Sidoavtal, övrigt inom somatisk specialistvård</i>									
Öppenvård	95 108	79 339	19,9%	84 443	12,6%	95 108	79 339	84 443	19,9%
Slutenvård	1 169	1 016	15,0%	1 175	-0,5%	1 169	1 016	1 175	15,0%
Totalt somatisk specialistvård									
Öppenvård	1 444 059	1 421 563	1,6%	1 421 389	1,6%	1 444 059	1 421 563	1 421 389	1,6%
Slutenvård	98 251	101 315	-3,0%	100 340	-2,1%	98 251	101 315	100 340	-3,0%
Geriatrisk vård									
Öppenvård	5 664	6 683	-15,2%	6 037	-6,2%	5 664	6 683	6 037	-15,2%
Slutenvård	3 361	3 341	0,6%	3 271	2,8%	3 361	3 341	3 271	0,6%

SLL vård antal vårdtillfällen/besök	Ack utfall 1212	Budget Avtal 1212	Differens Utfall - Budget 1212	Ack utfall 1112	Förändr Ack utfall	Prognos 2012	Budget Avtal 2012	Bokslut 2011	Avvik Prognos Budget
<i>Vårdval för somatisk specialistvård Öppenvård</i>									
Vårdval Förlossning	37 489	30 597	-22,5%	33 830	10,8%	37 489	30 597	33 830	-22,5%
Vårdval Höft/knä	250	155	-61,3%	279	-10,4%	250	155	279	61,3%
Vårdval Ultraljud	12 730	15 836	-19,6%	11 810	7,8%	12 730	15 836	11 810	-19,6%
Summa öppenvårdsbesök	50 469	46 588	8,3%	45 919	9,9%	50 469	46 588	45 919	8,3%
<i>Vårdval för somatisk specialistvård Slutenvård</i>									
Vårdval Förlossning	8 785	9 781	-10,2%	9 243	-5,0%	8 785	9 781	9 243	-10,2%
Vårdval Höft/knä	250	220	-13,6%	250	0,0%	250	220	250	-13,6%
Vårdval Ultraljud			0,0%		0,0%				0,0%
Summa slutenvårdstillfällen	9 035	10 001	-9,7%	9 493	-4,8%	9 035	10 001	9 493	-9,7%

All vård antal vårdtillfällen/besök	Ack utfall 1212	Budget / Avtal 1212	Utfall 1212 - Budget 1212%	Ack utfall 1112	Förändring utfall 1212 - 1112	Prognos 2012	Budget 2012	Avvikelse helår Prognos - budget		
Öppenvård akut	219 911	219 495	0%	211 380	8 531 ¹	4%	219 911	219 495	416 ¹	0%
Öppenvård elektiv	1 275 775	1 235 334	3%	1 267 332	8 443 ¹	1%	1 275 775	1 235 334	40 441 ¹	3%
- Besök som saknas i VAL*	1 321			-4 375			1 321			
Summa öppenvårdsbesök	1 497 007	1 454 829	3%	1 474 337	22 670¹	2%	1 497 007	1 454 829	42 178¹	3%
varav utomlän/utl. vård	47 284	44 835	5%	47 598	-314 ¹	-1%	47 284	44 835	2 449 ¹	5%
Slutenvård akut	73 911	70 188	5%	74 509	-598 ¹	-1%	73 911	70 188	3 723 ¹	5%
Slutenvård elektiv	33 991	42 789	-21%	35 600	-1 609 ¹	-5%	33 991	42 789	-8 798 ¹	-21%
Summa slutenvårdstillfällen	107 902	112 977	-4%	110 109	-2 207¹	-2%	107 902	112 977	-5 075¹	-4%
varav förlossning totalt				0 ¹					0 ¹	
varav utomlän/utl. vård	6 290	6 927	-9%	6 683	-393 ¹	-6%	6 290	6 927	-637 ¹	-9%

* Besök för senaste månaden som ej registrerats i VAL vid månadsstängningen (1900). Dessa besök kommer med för perioden i nästa månads VAL-databas+ spinalis (- 579 helår)

SLL vård antal poäng	Ack utfall 1212	Budget/Avtal 1212	Avvikelse utfall avtal	Prognos 2012	Budget/Avtal 2012	Avvikelse helår Prognos - Avtal		
<i>Vårdavtalet för somatisk specialistvård</i>								
DRG-poäng	232 443	230 316	2 127	1%	232 443	230 316	2 127	1%
<i>Sidoavtal inom somatisk specialistvård som ersätts med DRG</i>								
DRG-poäng	6 380	7 848	-1 469	-19%	6 380	7 848	-1 469	-19%
<i>Geriatrisk vård</i>								
DRG-poäng	5 420	5 884	-464	-8%	5 420	5 884	-464	-8%

6.3.1 Produktivitet utveckling

Vid beräkning av sjukhusets produktivitet har två modeller använts, LSF och Karolinska. Skillnaden mellan de två modellerna bygger på hur totala antalet producerade poäng kalkylerats 2011.

För att ge ett mer rättvisande produktivitetstal har vi justerat för kostnader som inte är relaterade till sjukhusets verksamhetsområde "produktion". Det gäller kostnader för FoU, externa projekt och programkontor NKS samt kostnader som är kopplade till labdivisionens externa försäljning.

Enligt sjukhusets modell har produktiviteten minskat med 4,5 % vilket bedömts vara en mer korrekt bild av produktivitet utvecklingen.

Den försämrade produktiviteten förklaras av att producerade poäng har minskat med 2,5 % samtidigt som justerade kostnader har ökat med 1,9 %.

Se vidare bilagda beräkningar.

	Bokslut 2011 ver LSF	Bokslut 2011 ver K	Bokslut 2012	Förändr ver LSF	Förändr ver K
Kostnader och produktion, fasta priser och poäng enligt 2011 års grupperare och viktlista					
Justerad totalkostnad, (tkr)	12 946 753	12 946 753	13 199 127	1,9%	1,9%
Justerad bemanningskostnad, (tkr)	7 496 167	7 496 167	7 647 903	2,0%	2,0%
Totalt antal fasta produktionspoäng	276 665	283 388	276 199	-0,2%	-2,5%
Nyckeltal, fasta priser					
Justerad totalkostnad/ poäng (kr/poäng)	46 796	45 686	47 788	2,1%	4,6%
Justerad bemanningskostnad/ poäng (kr/poäng)	27 095	26 452	27 690	2,2%	4,7%
Produktivitetstal, fasta priser					
Poäng/ justerad totalkostnad (poäng/mkr)	21,4	21,9	20,9	-2,1%	-4,4%
Poäng/ justerad bemanningskostnad (poäng/mkr)	36,9	37,8	36,1	-2,1%	-4,5%

6.3.2 Produktion ur ett jämställdhetsperspektiv

All vård antal vtf/besök	Kvinnor utfall		Förändring		Män utfall		Förändring	
	2012	2011	2012-2011	%	2012	2011	2012-2011	%
Öppenvård	822 980	809 416	13 564	1,7%	674 027	669 296	4 731	0,7%
Slutenvård	57 881	59 318	-1 437	-2,4%	50 021	50 791	-770	-1,5%

Ca 55 % av vårdhändelserna i öppenvård nyttjas av kvinnor. Män nyttjar ca 45 %
Ca 54 % av vårdhändelserna i slutenvård nyttjas av kvinnor. Män nyttjar ca 46 %.
Det råder ingen större skillnad mellan 2011 och 2012.

6.4 Vårdplatser

Antalet slutenvårdsplatser	Genomsnitt disponibla vårdplatser 2012	Genomsnitt disponibla vårdplatser 2011	Förändring
Somatisk specialistvård	1 170	1 201	-31
Psykiatri			0
Geriatrisk	111	109	2
	1 281	1 310	-29

Karolinskas disponibla sängar minskar med -29 mellan åren. Det beror dels på svårigheter att bemanna (ex Neurologi), dels på vattenskador/stambyten som gjort att man fått stänga förlossningsrum.

Se bilaga C vårdplatser

7. FoU-verksamhet

I mars 2012 tillträdde en ny FoU-direktör på Karolinska Universitetssjukhuset och i och med detta även som ordförande för landstingets FoU-råd samt som vice ordförande i FSK (Forskningsstrategiska kommittén). Snart efter att ny direktör tillträtt påbörjades arbetet med en verksamhetsplan (VP) för landstingets FoU-råd vilken färdigställdes under 2012. Vissa delar av mål och måttetal i VP för SLL:s FoU-råd har också lyfts in i Karolinska Universitetssjukhusets styrkort för 2013, exempel på detta är andel chefer som utvärderas avseende FoU-engagemang.

I SLL:s FoU-budget 2012 avsattes 27 mkr till finansiering av tre medicinska temacentrum, ytterligare 5 temacentrum finansierades av Karolinska Institutet. Eftersom 2012 var sista året av en treårsperiod, så har en utvärdering av medicinska temacentrum genomförts. Utvärderingsgruppen rekommenderade fortsatt stöd till sex medicinska temacentrum, och FSK beslutade om fortsatt finansiering i enlighet med detta.

2010 tilldelades treårigt stöd ur SLL:s FoU-budget till ett antal core faciliteter. Under våren gjordes en utlysning för nya core faciliteter 2013. En ny core facilitetsgrupp har tillsatts av FSK med uppdraget att utvärdera befintliga KI och SLL core faciliteter och nya ansökningar. Gruppens förslag har diskuterats och beslutats i FSK i september. Tre core faciliteter tillkommer, medan två ej får stöd 2013 och proteomik- och genomikfaciliteter får en neddragning av stödet 2013.

Under året har än mer fokus blivit på kvalitet, både inom vården men också inom FoU. Ett exempel på ett ökat kvalitetsfokus är tillsättningen av en kvalitetsregistersamordnare och en utbildningssamordnare, den senare för att stärka utbildningen.

I och med att Karolinska universitetssjukhuset 1 januari 2012 tog över ansvaret för planering av innehåll i Nya Karolinska Sjukhuset (NKS) så har en planering av detta och särskilt forskningshuset varit en mycket betydande aktivitet under året. Exempel på andra aktiviteter som genomförts är ett närmare samarbete mellan landstinget och KTH.

Det totala värdet av Karolinska Universitetssjukhusets externfinansierade forskning för 2011 var 1 124 mkr, med målsättningen för år 2012 att den skulle uppgå till minst 1 200 mkr. Karolinska universitetssjukhusets forskningsproduktion utgör fortsatt över 80 % av hela Stockholms Läns Landstings forskningsproduktion. Kvalitet på forskning mäts gärna genom fältnormerad citeringsgrad där världsgenomsnittet är 1. Karolinska har ett genomsnittligt värde på 1,56 vilket är långt över världsgenomsnittet. I princip alla kliniker med vårdproduktion har aktiv forskning, men särskilt framgångsrika kliniker är onkologi, geriatrik, reumatologi och infektion.

8. Verksamhetens ekonomiska resultat

8.1 Årets resultat

Resultaträkning (Mkr)	Ack Periodvärden 2012				Ack Periodv f.g. år	
	Bokslut år 2012	Revidera dBudget 2012	Avvik	Avvik %	Bokslut år 2011	Förändr 2011-12 %
Vård SLL	11 405	11 526	-121	-1%	11 148	2%
Utom/utland	1 009	915	95	10%	894	13%
Sjukv.tj	1 115	1 109	7	1%	1 066	5%
Övriga Intäkter	1 038	973	65	7%	845	23%
FoUU	754	715	38	5%	743	1%
Verksamhetens intäkter	15 321	15 238	84	1%	14 697	4%
Personal	-8 692	-8 914	222	2%	-8 268	-5%
Sjukvårdstj	-350	-250	-100	-40%	-329	-7%
Material	-1 222	-1 149	-73	-6%	-1 206	-1%
Läkemedel	-1 617	-1 639	22	1%	-1 604	-1%
Hyra	-1 252	-1 269	17	1%	-1 204	-4%
Övriga kostnader	-1 819	-1 592	-227	-14%	-1 709	-6%
Verksamhetens kostnader	-14 952	-14 814	-138	-1%	-14 320	4%
Avskrivningar + leasing	-297	-315	18	6%	-283	-5%
Finansnetto	-36	-50	14	28%	-36	0%
Resultat	35	58	-23		58	

<i>Ej uppfyllda kvalitetsmål</i>	-22		-22	-
<i>Återbetald viktglidning över 1,5%</i>	-213		-213	-
<i>Vårdintäkter Sidoavtal Vårdval</i>	-40	20	-20	-
<i>Vårdintäkter Övriga Sidoavtal</i>	-4	2	-2	
<i>Högre utomlänsintäkter</i>	95	-42	53	-
<i>Övr Intäkter Externa projekt (se Övr kostnad)</i>	80	-72	8	-
<i>FoUU-intäkter bl.a. fler Alf-projekt</i>	38	-38	0	-
<i>Personalkostnader, bl.a. effektivisering, senarelagd verksamhetsstart, etc</i>		219	219	-
<i>Materialkostnader, ökade kostnader</i>		-73	-73	-
<i>Läkemedelskostnad</i>		22	22	-
<i>Hyrer</i>		17	17	-
<i>Övr sjukvårdskostnader, bl.a. Op- & IVA-tjänster, obudgeterad brännskadekostnad</i>		-100	-100	-
<i>Viteskostnader</i>		-19	-19	-
<i>Inhyrd personal pga bemanningssvårigheter</i>		-42	-42	-
<i>Övr Kostnader Externa projekt</i>			0	-
<i>Avskrivningar, senarelagda investeringar</i>		17	17	-
<i>Ev ej analyserad restpost</i>	-7	46	38	-
S:a avvikelser	84	-120	-37	-
Finansnetto			14	-
S:a Resultatavvikelse			-23	-

8.2 Intäkter

Verksamhetens intäkter per december var 84 mkr högre än budget. Jämfört föregående år var intäkterna 624 mkr högre varav 372 mkr avsåg vårdintäkter (huvudavtal, sidoavtal och utomlänsintäkter)

8.2.1 Vårdintäkter SLL

Huvudavtal

De totala avvikelserna mot budget för huvudavtalsintäkterna 78 mkr redovisas nedan :

Förklaring Huvudavtalets avvikelser utfall och budget tom per 12				
	SLV	ÖV	Övr	Summa
Avvikelse vårdintäkter före rabatt mm	154 mkr	1 mkr		154 mkr
2011 års slutreglering	-9 mkr	9 mkr		0 mkr
Återbetalning, glidning, >1,5%	-213 mkr	0 mkr		-213 mkr
Avdrag för överprod, rabatt	0 mkr	0 mkr		0 mkr
Ej uppfyllda kvalitetsmål 2012	0 mkr	0 mkr	-22 mkr	-22 mkr
Villkorad ers (64 mkr helår)	-64 mkr	0 mkr	64 mkr	0 mkr
Övrigt	-2 mkr	5 mkr	0 mkr	3 mkr
S:A 2012	-134 mkr	14 mkr	42 mkr	-78 mkr

Avvikelser, utfall och budget tom per 12, fördelning volym-/snittviktförändring			
	SLV	ÖV	Summa
Volymavvikelse med budgeterad snittvikt	-144 mkr	4 mkr	-140 mkr
Snittviktavvikelse (viktförändring)	297 mkr	-4 mkr	294 mkr
S:A Avvikelse vårdintäkter före rabatt mm	154 mkr	1 mkr	154 mkr

Inom slutenvården var produktionsvolymerna 2,5% lägre än budget per december samtidigt som snittvikterna ökat med 5,2 %. Bruttoeffekten på intäktsutfallet var att den minskade volymen påverkade intäkterna negativt med 144 mkr, samtidigt som de ökade snittvikterna ökade bruttointäkten med 297 mkr. Sjukhuset har betalat tillbaka 213 mkr till beställarna vilket motsvarade all viktförändring över 1,5%. Karolinska har sålunda tillgodoräknat sig 84 mkr av den totala viktförändringen på 297 mkr. Karolinskas uppfattning är att huvuddelen av viktökningen är reell och borde ersättas.

Inom öppenvården var produktionsvolymerna 0,2% högre än budget per december. Denna positiva volymavvikelse har påverkat periodens bruttointäkter med 4 mkr. Snittvikterna var något under budget, detta motsvarar ca -4 mkr.

Pga av den lägre produktionen har Karolinska per december inte lämnat några rabatter för överproduktion.

Karolinskas avdelning för Kvalitet och Patientsäkerhet (KP) har gjort en ny bedömning av hur sjukhuset förväntas uppfylla vårdavtalets kvalitetsmål för 2012. Bedömningen pekar på att Karolinska blir återbetalningsskyldiga för 22 mkr för 2012. I början på 2013 görs den slutliga bedömningen tillsammans med beställarna.

I huvudavtalet var ersättning motsvarande 64 mkr villkorad. Karolinska skulle få hela eller delar av detta belopp om granskningen visar att 2011 års ökning av kostnadsytterfallen var reell. Sjukhuset och beställarna har kommit överens om att Karolinska får tillgodoräkna sig hela beloppet.

Sidoavtal

De totala sidoavtalsintäkterna för år 2012 var 44 mkr lägre än budgeterat.

	mkr	mkr
	December månad	ack. December
Sidoavtal	av. budget	av. budget
Vårdval förlossning	-2,0	-31,2
Vårdval ortopedi	0,7	3,3
Vårdval ultraljud	-1,0	-11,6
ECMO	-1,2	-2,1
Neuro-vårdkedja, ryggmärgsskadevård	-0,8	0,6
Geriatrisk	-0,7	-1,0
Verksamhet med utfall men utan budget (avtal)	0,1	1,2
Verksamhet med budget men inget utfall (avtal)	-0,3	-3,8
Mammografi	0,6	4,4
SLL-strategiska satsningar på högspec.vård	14,9	8,2
Övrigt	-27,2	-11,6
SUMMA	-16,8	-43,6

De totala sidoavtalsintäkterna per december var 43,6 mkr lägre än budgeterat. Den största negativa avvikelserna ligger inom Vårdval förlossning och ultraljud (-43 mkr jämfört med budget) vilket förklaras av minskade marknadsandelar och olika produktionsproblem (rekryteringsproblem, vattenläckor, stambyte etc). Ortopedkliniken överträffade sin budget för vårdval med 3,3 mkr medan utfallet för den Geriatriska kliniken var 1,0 mkr sämre än budget per december. Geriatriken har betalat tillbaka 1,5 mkr i rabatt till beställarna.

8.2.2 Övriga intäkter

Utömlänsintäkterna var 95 mkr högre än budget. Jämfört med föregående år var utömlänsintäkterna 115 mkr högre, en ökning med 13 %. Kliniker som ökat utömlänsintäkter var Gastrokirurgi, Transplantation och Barnmedicin 1.

Sjukvårdstjänster var i nivå med budget med en total intäkt om 1115 mkr. Jämfört år 2011 var årets intäkter 49 mkr större, ca +5 %. I stort åretsfinns hela ökningen vid Labdivisionen som totalt svarar för 87 % av sjukvårdstjänsteintäkterna.

Övriga intäkter och tjänster var 61 mkr högre än budget. Jämfört 2011 har dessa intäkter ökat med 188 mkr varav 58 mkr förklaras av ökade externa projektintäkter genom planeringsansvaret för Nya Karolinska Sjukhuset.

FoU-intäkterna var sammanlagt 38 mkr högre än budget vilket i huvudsak förklaras av ökat antal Alf-projekt.

8.3 Kostnader

Verksamhetens kostnader per december var 120 mkr högre än budget. Jämfört samma period föregående år var kostnaderna 647 mkr högre varav 424 mkr avsåg personalkostnader.

En fördjupad analys av personalkostnaderna återfinns under avsnitt 7.3.1 Personal-kostnader.

Kostnaderna för sjukvårdstjänster, material och övriga kostnader var sammantaget 400 mkr högre än reviderad budget och 148 mkr (4,6%) högre än föregående år. Detta förklaras av ökade kostnader samt den omfördelning av budgetmedel från dessa resultatrader till personalkostnadsraden som gjordes inför år 2012.

Materialkostnaderna var i nivå med 2011 års utfall, vilket är en betydligt långsammare kostnadsökning än tidigare år. Sjukhuset har systematiskt arbetat med kostnadsänkande åtgärder vilket haft positiv effekt på kostnadsutvecklingen. Viss kostnadsökning har noterats på bl a implantat. Budgetavvikelsen, -73 mkr, förklaras bl.a. enligt ovan.

Kostnadsutvecklingstakten för läkemedel har avtagit under 2012 och ligger nu på 0,8% (4%). Detta är en effekt av förändrade arbetsätt och förbättringsarbetet fortsätter. Läkemedelskostnader i slutenvård var 11 mkr lägre än budget. En stor del kan hänföras till MK2 och Reumatologen som arbetat med att anpassa doser samt förhandlat med leverantörer samt Huvuddivisionen och Neurologen. I sjukhusets åtgärdsprogram finns specificerade åtgärder på 73,6 Mkr, bl a genom utgång av flera patent. Hematologkliniken har i likhet med 2011 haft höga läkemedels kostnader bl.a. p.g.a. patienter med blodkoagulationsproblem. Kostnaderna för öppenvårdsläkemedel minskade under 2012 med 11 mkr jämfört med budget.

Köpta sjukvårdstjänster var 100 mkr högre än budget och 22 mkr högre än föregående år. Det senare förklaras bl.a. av ökade kostnader för brännskadevård, satellitpatienter, operation och IVA-kostnader.

Kostnadsökningen på raden övriga tjänster och kostnader jämfört föregående år uppgår till 110 mkr och exemplifieras nedan.

- Inhyrd personal -19 mkr
- Reparationer och underhåll fastighet mm -19 mkr
- IT-kostnader -10 mkr
- Konsulter (externa projekt) -62 mkr
- Viteskostnader för bristande tillgänglighet -19 mkr

Från och med 2012 har Karolinska fått ansvar för planeringen av verksamhetsinnehållet i nya Karolinska. Kostnader för programkontoret ersätts av HSF. Totalt har kostnader och intäkter motsvarande 66 mkr bokförts för nya Karolinska.

Avskrivningarna var 18 mkr lägre än budget och förklaras av senarelagda investeringar. Finansnetto uppgick till -36 mkr, 14 mkr bättre än budget.

8.3.1 Personalkostnader

Bemanningskostnader (Mkr)	Bokslut 2012	Bokslut 2011	Förändr %	Budget 2012	Avvik %
Summa personalkostnader	-8 692	-8 268	5%	-8 820	-1,5%
<i>varav förändring sem- och löneskuld</i>	-31	-7	343%	-23	35%
<i>varav lönekostnad</i>	-5 942	-5 718	3,9%	-5 854	1,5%
<i>varav sociala kostnader (po)</i>	-2 598	-2 421	7%	-2 822	-8%
Inhyrd personal	-55	-36	53%	-13	323%
<i>varav läkare</i>	-9	-3	200%	-	-
<i>varav sjuksköterskor</i>	-44	-29	52%	-13	238%
<i>varav övrig personal</i>	-3	-4	-25%	-	-
Summa bemanningskostnad	-8 747	-8 304	5,3%	-8 833	-1%
Sjukfrånvaromått	Bokslut 2012	Bokslut 2011	Förändr %-enh	Budget 2012	Avvik %-enh
Procentuell sjukfrånvaro	5,2%	5,0%	0,2%	5,0%	0,2%

Personal i korthet

- Personalkostnaderna inklusive övriga personalkostnader var 128 mkr lägre än budget (1,5 %)
- Lönekostnaden var 4 % högre än föregående år
- Personalvolymen mätt i genomsnittlig antal årsarbetare var 0,8 % högre än föregående år
- Närvaroprocenten har minskat med 0,5 % jämfört med 2011.
- Kostnaden för inhyrd extern personal har varit hög framförallt på grund av svårigheter att rekrytera sjuksköterskor

Bemanningskostnader för verksamhetsområde produktion

Bemanningskostnaderna för verksamhetsområde produktion, rensat för FoU, Externa projekt och Programkontor nya Karolinska, ökade med 4,8 % mellan åren 2010-2011 och 5,2 % mellan åren 2011-2012.

Jämförelse utfall och budget för ackumulerad period

Bemanningskostnaderna totalt för år 2012 var 86 mkr (1 %) lägre än budget. I huvudsak förklaras avviken av vakanser, bland annat på grund av rekryteringssvårigheter samt lägre personalomkostnader än budgeterat.

Tar man hänsyn till kostnader för inhyrd extern personal som var 42 mkr högre än budget var avviken netto 44 mkr lägre än budget.

Ett exempel på detta är Akutdivisionen som under januari till september hade brist på Anestesiläkare.

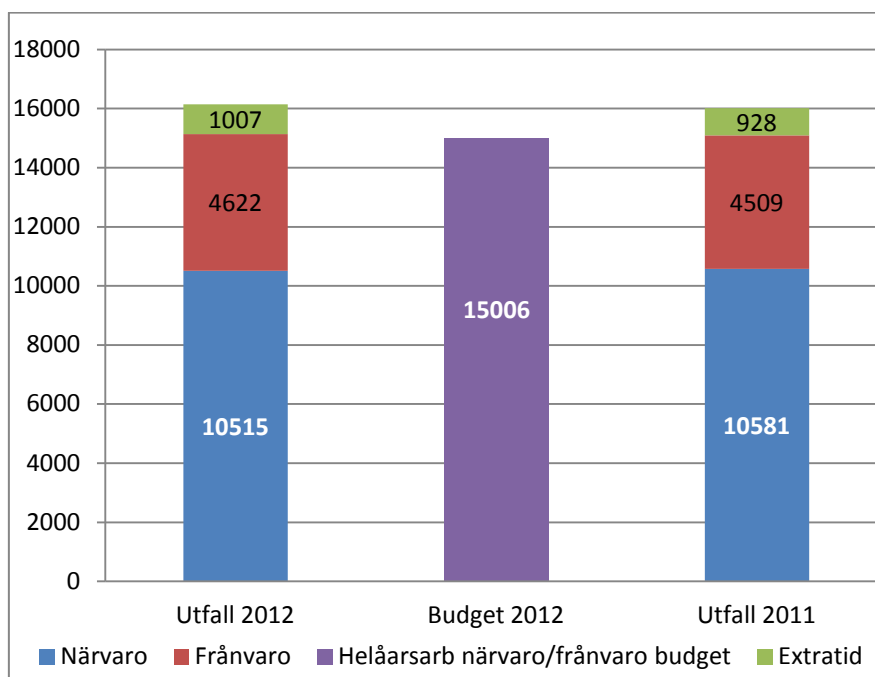
Jämförelseperiod januari - december 2012 och samma period 2011

Bemanningskostnaderna (personalkostnader plus kostnader för inhyrd extern personal) har ökat med 5,3 % per december 2012 jämfört med samma period 2011. Kostnaden för övertid/fyllnadslön har ökat med 19 mkr. November 2011 byttes ersättningsmodell från Poängersättning till Tabellersättning. Bytet har inneburit att tid som tidigare registrerats som "vanlig arbetstid" nu registreras mer korrekt som extratid. Detta har medfört att den totala extratidskostnaden och volymen har ökat med 40,3 Mkr motsvarande 79 Helårsarbete. Övriga personalkostnader var 5 mkr lägre än föregående år. Kostnader för inhyrd extern personal var 19 mkr högre än föregående år.

Lönekostnaderna, vilka utgör den största delkomponenten av personalkostnaderna, ökade med 3,9 %, motsvarande 224 mkr jämfört med årsbokslut 2011.

Lönekostnadsökningen består delvis av en volymökning motsvarande 0,8 % och en löneökning på 3,4%. Sjukhusets största yrkesgrupp är Sjuksköterskor och de fick löneökning med 5 % i november 2011.

Diagram helårsarbete



Per den sista december var total personalvolym 125 helårsarbeten högre än budget. Arbete för att höja kvalitet i budgeterade personalvolymerna och öka träffsäkerheten i personalbudget vs utfall har utförts under 2012. 78 % av Karolinskas kostnadsställen har budgeterats enligt en ny process där chefernas delaktighet står i centrum. Fortsatt processarbete med budget, uppföljning och analys av personalkostnader kopplat till ffa produktion kommer att utföras under 2013.

Tabell Antal årsarbetare (summerad sysselsättningsgrad inkl extratid) per division/central stab 2011-2012

Division	2012-12-31	2011-12-31	Förändr antal	Förändr %
ALB	2 299	2 240	59	3%
MK2	2 069	2 112	-43	-2%
MK1	1 300	1 316	-16	-1%
Huvud	2 475	2 483	-8	0%
Onk/Thx	2 253	2 231	22	1%
Akut	2 702	2 645	57	2%
Lab	1 992	1 958	34	2%
Staber	1 055	1 034	21	2%
Summa	16 144	16 019	125	0,8%

Antal årsarbetare* ackumulerat december 2012 har ökat med 125 stycken jämfört med samma period 2011. Samtliga divisionerna har en ändrad personalvolym mellan - 2% till +3% jämfört med föregående år.

*) Årsarbetare/summerad sysselsättningsgrad är ett mått på personalvolym som liknar helårsarbetare. Används delvis inom SLL även om Karolinska huvudsakligen använder helårsarbete

Karolinska har valt att hämta alla personaluppgifter ur egna systemet Visare som anses vara mer tillförlitliga än Di-diversystemets redovisning.

Helårsarbete närvaro/frånvaro exkl extratid	Bokslut 2012	Bokslut 2011	Förändr %	Budget 2012	LF/LS/HSN beslut (Ja/Nej)
Totalt helårsarbete	15 137	15 090	0%	15 006	
Avd Cancerreg o vårdprog, OnkC	0	21	-		
Avd hälsoundersökn, Onk Cent	0	11	-		
Samhällsmedicinska kliniken	6	25	-		
Programkontor Nya Karolinska	24	0	-		
Käkkirurgiska kliniken	43	25	-		

Personalkostnadsförändring (%)	Bokslut 2012 jmf bokslut 2011	Bokslut 2011 jmf bokslut 2010
Total personalkostnadsförändring	5,1%	4,6%
varav avtalsenlig löneökning	3,4%	1,5%
varav så kallad löneglidning	0,2%	0,3%
varav volymförändring/strukturförändring	0,8% / 0,7%	2,8%

För perioden december 2012 jämfört samma period 2011 har medellönen ökat med 2,8 % och den totala personalkostnadsförändringen + 5,1 %. Ökningen av medellön är mindre än ökningen mellan 2010-2011 då ökningen var 3,1 %

Totalt har den genomsnittliga personalvolymen (total tid) årsarbetare för helår 2012 ökat med 0,8 % jämfört samma period föregående år. Närvaroprocenten har minskat med 0,5 % till 71,4% och motsvarande ökning har skett på frånvarovolymen. Detta antas vara en effekt av åtgärdsprogrammet där tendens är att antalet vikarier minskar dvs. verksamheterna ersätter inte t.ex. föräldraledighet i samma grad som tidigare.

Sjukfrånvaron för perioden jan 2012-dec 2012 totalt 5,2 procent varav kvinnor 5,9 procent och män 2,6 %. Periodens resultat överstiger Karolinskas målvärde med 0,2 procentenheter och är också en försämring med 0,2 procentenheter jämfört med motsvarande mätperiod 2011.

8.4 Resultatdisposition

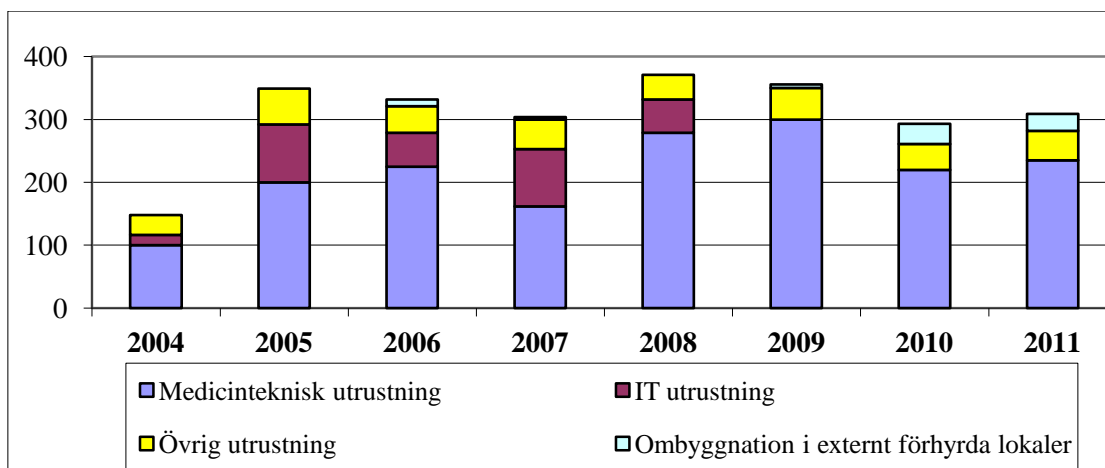
	mkr
Årets resultat före bokslutsdispositioner	35
- varav resultatkrav	58
Resultat som återställs under de två nästkommande åren	-23

8.5 Investeringar

Investeringar (Mkr)	Bokslut 2012	Budget LF 2012
Utrustning	282	279
Ombyggnad i externt förhyrda lokaler (budget 2009)	88	80
Totalt investeringar	370	359

I årets utfall ingår försenade investeringar från 2010 och 2011.

Investeringar 2004-2012



Av årets investeringar på 370 mkr avsåg 241 mkr medicinteknisk utrustning, 41 mkr övrig utrustning och 88 mkr ombyggnader av externt förhyrda lokaler. Ombyggnad av externt förhyrda lokaler avsåg AKM i Novum, Huddinge för FoU.

Enligt Landstingsstyrelsens beslut överfördes huvuddelen av Karolinskas IT-verksamhet från och med 2009 till SLL IT.

Större utrustningsinvesteringar under året är

	Mkr
Uppgradering DT, röntgen, Huddinge, delbet	9,3
DT, röntgen, Huddinge, delbet, från 2011	7,2
MR utrustning, barnröntgen, delbetalning	10,3
DT, neuroradiologen, delbetalning, 2011	14,1
PET-CT, sjukhusfysik, Solna, delbetalning, 2010	18,8
SPECT-CT, sjukhusfysik, Solna, 2011	7,3
Mikrobiologen, automation, (totalt 64 Mkr)	29,3

Större fastighetsinvesteringar färdigställda under 2012.

Landstingsfastigheter

Objekt	Mkr	Site
K62 Urologmottagningen	14	Huddinge
M61-63, M71-73	54	Huddinge

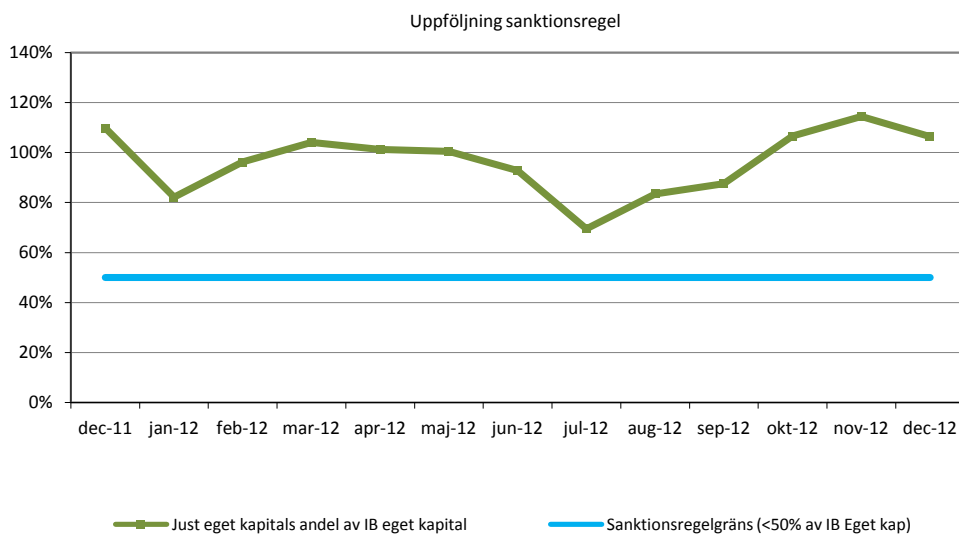
Under året nedlagda kostnader i pågående bygginvesteringar i externt förhyrda lokaler avser FoU-verksamhet i Novum, Huddinge och uppgick till 88 Mkr.

8.6 Balansräkning

Balansräkning (Mkr)	Bokslut 2012	Bokslut 2011	Förändring Mkr
Tillgångar			
Anläggningstillgångar	995	924	71
Omsättningstillgångar	3 540	3 524	16
<i>varav kassa och bank</i>	988	1 084	-96
Summa tillgångar	4 535	4 448	87
Eget kapital	1 007	1 030	-23
Avsättningar (samt ev Minoritetsintresse)			0
Skulder			
Långfristiga skulder	1 000	1 000	0
Kortfristiga skulder	2 528	2 418	110
Summa skulder och eget kapital	4 535	4 448	87

Förändringen av eget kapital, -23 Mkr, förklaras av årsresultatet 35 Mkr och avsättning till landstingskapital för resultatkravet år 2011, 58 Mkr.

8.7 Styrstrategi akutsjukhusen - sanktionsregel



Resultatet per december var 35 mkr (65 mkr efter justering för semesterskuldsförändringen som inte påverkar det egna kapitalet enligt beräkningsmodellen). Det egna kapitalets andel per december av det ingående egna kapitalet var 106 % d.v.s. god marginal till sanktionsregelgränsen på 50 %.

9. Medarbetare

Under 2012 har arbetet med att implementera Karolinskas värderingar pågått. Arbetet påbörjades genom en process under 2011 där alla medarbetare inbjöds att vara med och ta fram våra nya värderingar: Ansvar, Medmänsklighet och Helhetssyn. Processen fortsatte under 2012 med att implementera och arbeta igenom våra värderingar i ledningsgrupper och med alla medarbetare. Karolinskas värderingar stämmer väl överens med SLL's personalpolicy.

Personalpolicyns grundläggande principer Aktivt ansvarstagande, Kund- och resultatfokus samt förändring och utveckling genomsyrar Karolinskas arbete med en beständig ekonomi i balans och ledarskap samt medarbetarskap. Detta för att kunna nå Karolinskas vision "patienten alltid först".

I Karolinskas arbete med att nå en ekonomi i balans har bemanning och bemanningsmix varit i fokus. Med ett förstärkt fokus på uppföljning, hjälp- och stödinsatser har en förväntad övertalighet kunnat hanteras genom naturlig personalomsättning.

Personalförsörjning

Under året har Kompetensrådet, som etablerades i slutet av 2011, träffats månatligen och bland annat arbetat fram en plan för kompetensförsörjning. En projektledare har tillsatts och aktiviteter inom området har påbörjats. Följande målområden har definierats och utgör grunden för arbetet:

1. Att ha ett ledningssystem för kompetensförsörjning
2. Att ha en stabil kompetensförsörjning i relation till vårt uppdrag
3. Att vara en attraktiv arbetsgivare
4. Att vid övergången till nya Karolinska/FHS ha rätt kompetens på rätt plats och en fullgod bemanning

När det gäller förberedelserna inför nya Karolinska har ett arbete påbörjats, för att etablera ett samarbete med FHS kompetensförsörjningsprojekt och koordinera de aktiviteter som bedrivs på sjukhus- respektive landstingsnivå. Detta arbete kommer att intensifieras under 2013.

Under 2012 publicerades 1734 annonser och Karolinska mottog 32 342 ansökningar, att jämföra med siffrorna 1869 respektive 43 860 för 2011. Detta är en minskning av antalet annonser med 7 % och av antalet ansökningar med 26 %.

Antalet ansökningar per befattning varierar mellan olika befattningar, exempelvis för sjuksköterskor är det i snitt 8 ansökningar per annons och för undersköterskor är det i snitt 76 ansökningar per annons.

Det finns ingen förväntad övertalighet i någon yrkesgrupp.

Vissa verksamheter märker en tilltagande svårighet att rekrytera sjuksköterskor, vilket beror på ökad efterfrågan av sjuksköterskekompetens som följd av en mer specialiserad vård samt att konkurrensen om kompetent personal inom landstinget hårdnar. Under året har det upplevts att tillgången på barnmorskor förbättrats något men fortfarande är efterfrågan större än tillgången. Det gäller även specialistutbildade sjuksköterskor inom främst IVA, Anestesi, barn, röntgen, operation samt geriatrik och den förväntas bestå under 2013. Uppdragsutbildning har varit en åtgärd som genomförts för att på sikt hantera bristen på intensivvårdssjuksköterskor och operationssjuksköterskor.

Flera verksamheter har under året genomfört rekryteringsträffar och Öppet hus-aktiviteter för sjuksköterskor där syftet har varit att visa Karolinska Universitetssjukhuset som arbetsplats.

Vissa verksamheter har under året fokuserat på att förbättra lokal introduktion och fortsatta utvecklings- och utbildningsinsatser som fastställs under medarbetarsamtal med stöd av en kompetensstege.

För att åtgärda bristen på specialister bland anestesi- och akutläkare sker en fortsatt satsning på den arbetsplatsförlagda utbildningen inom Anestesiklinikerna samt inom staben på Akutdivisionen. Även riktade rekryteringsinsatser för att rekrytera nattsjuksköterskor till akutklinikerna pågår.

Det råder en generell brist på radiologer inom Karolinska. Det finns även brist på specialister inom neurofysiologi. Här förväntas stora pensionsavgångar då nästan hälften av de tjänstgörande läkarna är över 65 år. Det är brist på utbildade BMA inom Fysiologi/Neurofysiologi vilket till viss del beror på utbildningen under flera år var nedlagd men den har nu startat upp igen.

Chef- och ledarskap

Karolinska Universitetssjukhusets satsar sedan ett antal år mycket på chef- och ledarutveckling – de stora aktiviteterna är vårt chefsprogram, ledningsgruppsutveckling och chefshandledning. Aktiviteterna/programmen bygger på de målsättningar och strategier som finns i sjukhusets verksamhetsplan.

Karolinskas Chefsprogram, inklusive introduktion för chefer

Programmet syftar till att ge förutsättningar för en tydlig, hälsosam, enhetlig chefsroll och ett ledarskap som bidrar till verksamhetens resultat. Programmet är nu fullt utbyggt med åtta utbildningsmoduler. 2012 genomfördes 35 utbildningar med totalt 510 deltagare (jmf 2011 – 26 utbildningar, 340 deltagare).

Ledningsgruppsutveckling erbjuds för att skapa effektiva och mer strategiska ledningsgrupper för att hantera långsiktiga och övergripande frågor. De flesta av våra ledningsgrupper har redan genomfört dessa seminarier (2+1+2 dgr) men ytterligare 4 har börjat under 2012 och 16 ledningsgrupper har genomfört den 1000-milaservice på 2 dagar som vi erbjuder. Programmet fortsätter under 2013.

Chefshandledningen syftar till att ge cheferna stöd i att utveckla sitt eget chef- och ledarskap. Under 2012 har 8 nya grupper startats. Hittills har totalt 48 grupper fullföljt handledningsprogrammet. Aktiviteten är efterfrågad och uppskattad insats som underlättar nätverksbyggnad och kommer att fortsätta under 2013.

Framtidens chef syftar till att stötta vår framtida chefsförsörjning genom att identifiera, inspirera och utveckla potentiella chefer. Under 2012 har ett program som omfattat 7 dagar genomförts för 14 deltagare.

Högre ledarutveckling. För att kunna erbjuda våra chefer vidareutveckling som komplement till vårt eget chefsprogram deltar vi i ett flertal konsortie- och samarbetsprogram, några exempel är;
GEM – IFL vid Handelshögskolan
HUR – samarbete mellan universitetssjukhusen i Sverige
ASTEP – program för kvinnliga chefer i samarbete med Ericsson, Telia-Sonera, KF, Skandia och SVT.

Chefsutvärdering avseende verksamhetschefsnivån genomförs årligen av sjukhusdirektör, HR-direktör och respektive divisions- eller stabschef .

Utvecklingsarbete

Under 2012 har nya ramavtal under lagen om offentlig upphandling fått full verkan inom ledarutveckling. Avtalen och de regler som lagen anger har krävt stora resurser vilket har påverkat utvecklingen inom området.

Under året inleddes ett arbete för att tydliggöra och stärka ledarskapet för att ännu bättre stödja förbättringsarbetet och som ger bättre förutsättningar för ett enhetligt och tydligt ledarskap. Detta arbete kommer att intensifieras under 2013.

Hälsofrämjande arbetsmiljö

En bra dag på jobbet

Under 2012 färdigställdes "En bra dag på jobbet", som är Karolinskas plan för ledarskap, arbetsmiljö, medarbetarskap och hälsa. Ur ett hälsofrämjande perspektiv är det av största vikt att uppleva en bra dag på jobbet. Detta möjliggörs genom en bra arbetsmiljö, ett utvecklande ledarskap, ett engagerat medarbetarskap och en god hälsa.

Planen förtydligar vad Karolinska arbetar med på övergripande nivå för att skapa rätt förutsättningar för chefer och medarbetare att nå Karolinskas mål. Den ska också ge en överblick för vad som görs och utgöra ett analysunderlag till vad som eventuellt behöver göras ytterligare.

Det har även tagits fram en verktygslåda med en mängd arbetsverktyg som kan användas lokalt på arbetsplatsen för att öka hälsan och trivseln på arbetsplatsen.

Medarbetarundersökning

Svarsfrekvensen för 2012 års medarbetaruppföljning var 81 %, vilket motsvarar det högsta deltagandet någonsin. Detta visar på ett starkt engagemang hos medarbetare och chefer på Karolinska Universitetssjukhuset.

I det övergripande resultatet från 2012 års medarbetaruppföljning finns områden som är styrkor och som även förbättrats de senaste åren. Mål- och resultatarbetet upplevs fungera bra, både inom ledarskapet och medarbetarskapet. Denna styrka kan ses bl.a. på att närmaste chef upplevs tydliggöra verksamhets mål och följer upp verksamhetens mål. Dessutom upplevs, utifrån grupperspektivet, att vi samarbetar för att uppnå verksamhetens mål. Medarbetare upplever, i större utsträckning än förra året, att de kan koppla av på fritiden.

Resultatet i medarbetarundersökning visar att Karolinska behöver arbeta med att internt stärka uppfattningen av Karolinska som arbetsgivare, stolthet över sin organisation samt återkoppling mellan chef och medarbetare, både att våra chefer ska ge återkoppling men också att medarbetaren frågar efter återkoppling.

Under året har insatser i form av utbildning, seminarier och arbete, gällande utsatthetsfrågorna, genomförts. Det finns fortsatt behov av att arbeta vidare med utsatthetsfrågorna där resultaten visar på utslag inom vissa områden, särskilt när det kommer till Kränkande särbehandling eller mobbning från chef/arbetskamrat.

Ett exempel på en centralt organiserad insats är att det anordnades ett flertal frukostseminarium allmänt om medarbetarundersökningen och dess resultat. Dessa var riktade specifikt mot nya chefer, erfarna chefer och läkarchefer. Även specifika frukostseminarier om kränkande särbehandling och stresshantering anordnades. Under året har det arrangerats seminarier för chefer med fokus på den psykosociala arbetsmiljön i förändringsarbetet. För övrigt används resultaten från medarbetarenkäten lokalt i verksamheten för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser.

Karolinska arrangerar varje år en Hälsovecka där målgruppen är samtliga Karolinskas medarbetare. Föreläsningarna speglar resultatet av medarbetarenkäten, exempelvis anordnades föreläsningar kring mångfald, kommunikation, värderingar, stress och återhämtning.

Friskvård och träning på arbetstid

Karolinska har under 2012 erbjudit sina medarbetare antingen en friskvårdssubvention på 1 500 kr/år för fysisk aktivitet utanför arbetstid eller en betald timme per vecka för friskvårdsaktivitet under arbetstid. Alla medarbetare har oavsett alternativen haft tillgång till personalgymmen och dess personal i Solna och Huddinge. Samtliga medarbetare har också rabatter på de flesta gymkedjor i Stockholm.

Hälsoinspiratörer

Karolinska har idag drygt 400 hälsoinspiratörer på de olika arbetsplatserna. Deras roll är att vara ett stöd till cheferna i hälsoarbetet på arbetsplatsen samt inspirera till hälsosammare livsstil och bedriva hälsofrämjande aktiviteter på arbetsplatsen. Hälsoinspiratörerna medverkar lokalt på de olika arbetsplatserna i hälsofrämjande projekt. Syftet är att minska sjukfrånvaron men också att medarbetarna ska utveckla sin hälsa och trivsel på arbetsplatsen vilket kan bidra till att Karolinska kan nå sina mål.

Hälsoveckan

Under vecka 45 genomfördes den årliga hälsoveckan riktad till sjukhusets medarbetare. Veckan innehöll intressanta och varierande föreläsningar inom hälso- och arbetsmiljöområdet. Veckan skall med sitt budskap inspirera de anställda att bry sig om och ta ansvar för sin egen hälsa och arbetsklimate. Prova-på-aktiviteterna arrangerades av sjukhusens idrottsföreningar, sjukhuskyrkan, gympaledare och hälsoinspiratörer. Totala antalet besökare var detta år 3 100 personer.

Arbetsmiljö

2011 infördes arbetsmiljömodulen i HändelseVis på sjukhuset. Under år 2012 har 2289 unika arbetsmiljöavvikelser rapporterats in i HändelseVis (+75 jmf med föregående år) . Av dessa var 819 (-71) risker, 742 (+30) tillbud och 728 (+116) arbetsskador. Av de 819 riskerna var män utsatta för 124 och kvinnor för 695. Fördelningen gällande tillbud var att 636 för kvinnor och 106 för män. Fördelningen gällande Skador/sjukdom/ohälsa var för kvinnor 620 och män 108.

Under 2013 skall fler utbildningar genomföras med olika målgrupper, både chefer och lokala användarstödjare, med syfte att öka kunskapen i handläggningen av avvikelser inom arbetsmiljö men även vård och miljö. Med stöd av SLL kommer man också se över möjligheter till e-utbildning.

Det flödesarbete som pågår på sjukhuset bidrar till kontinuerlig förbättring av arbetsmiljön. Andra verktyg för uppföljning och arbete med arbetsmiljö är arbetsplatsundersökningen, medarbetarundersökningen och avgångsenkät. För 2013 kommer några händelsetyper i HändelseVis förändras för att matcha medarbetarundersökningen.

Under året har en överrensommelse om samordning av arbetsmiljöfrågor i sjukhusgemensamma lokaler slutits. Ett utvidgat samarbete med KI avseende arbetsmiljöfrågor har inletts och sjukhuset har en representerat i KI:s arbetsmiljönämnd.

Under året har ett intensivt arbete pågått för att vidta åtgärder med anledning av Arbetsmiljöverkets inspektionsmeddelanden och beslut.

Det har handlat om ärenden som startade år 2010 och om ärenden relaterade till olyckor och tillbud.

Arbetsplatsundersökningen

Årets arbetsplatsundersökning genomfördes vid årsskiftet 2012/2013 och har inriktning på den fysiska arbetsmiljön. Undersökningen startade något senare än andra år då IT-systemet har uppgraderats för att bättre svara mot de krav som lagstiftningen ställer på Karolinska. Uppgraderingen har förbättrat dokumentationen och gett utökade möjligheter att följa upp arbetsmiljöarbetet i organisationen både på övergripandenivå och lokalt.

Arbetsanpassning och rehabilitering

Karolinska har fyra rehabkonsulter som aktivt stöttar organisationens chefer vilket ger kraft och riktning i arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering.

Arbetet med att förebygga frekvent korttidssjukfrånvaro för att på så sätt förebygga framtida sjukskrivningar har varit fokus under 2012. Till stöd för detta arbete har olika verktyg utvecklats, bland annat en hanteringsrutin vid frekvent korttidssjukfrånvaro och diskussionsmaterial.

Karolinska har ett samarbete med Previa, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att utveckla samarbete och förbättra sjuk- och rehabiliteringsarbetet. Försäkringskassan har avsatt handläggare för respektive division vilket främjar samarbetet mellan aktörerna. För att underlätta rehabiliteringsarbetet finns fasta tider för att boka in ärenden som behöver lyftas. Tillsammans med Previa har Karolinska under 2012 arbetat med att förbättra rutiner, exempelvis hur läkarutlåtanden och bedömningar behöver formuleras så att arbetsanpassning och rehabilitering bättre kan anpassas till den anställdas behov.

Jämställdhet & mångfald

En ny jämställdhet och mångfaldsplan 2012-2014 arbetades fram. Den innehåller mål på tre års sikt.

Totalt har 19 personer från Karolinska Universitetssjukhuset deltagit i jämställdhetsutbildningen arrangerad av SLL 2011. Av deltagarna var 16 chefer och 3 handläggare. Av de som deltagit i utbildningen är 16 kvinnor och 3 män.

Under 2012 påbörjades ett projekt med syftet är att hitta ett arbetssätt för att belysa könsrelaterad stress inom läkargruppen samt att få en djupare förståelse och tydligare kartbild över nuläget inom läkargruppens upplevda arbetsmiljö och stress.

Inom ramen för HOUPE Utvecklings- och forskningsprojektet (HOUPE – Health and Organisation among University hospital Physicans) genomfördes en andra enkätomgång.

Forskningsprojekt inriktar sig på karriär, jämställdhet och arbetsrelaterad hälsa bland läkare på Universitetssjukhuset.

För att öka kunskapen om jämställdhet och mångfald bland läkare har olika insatser gjorts under året. I LUST-programmet (Ledarutveckling för ST-läkare) ingår en halvdag om arbetsmiljö/jämställdhet & mångfald. Information om Karolinskas jämställdhets- och mångfaldsarbete samt Mångfaldsspelet har använts i dessa diskussioner.

Under årets hälsovecka anordnades föreläsningar med fokus på jämställdhet & mångfald med samtliga medarbetare som målgrupp. Under 2012 års hälsovecka föreläste Kjell Kämpe om "Tänk om du måste fly till TadzMbeKistan" och Thomas Fogdö om "Ta befäl över din prestation".

Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron var perioden jan 2012-dec 2012 totalt 5,2 procent varav kvinnor 5,9 procent och män 2,6 %. Periodens värde överstiger Karolinskas målvärde med 0,2 procentenheter och är också en försämring med 0,2 procentenheter jämfört med motsvarande mätperiod 2011.

Den ackumulerade sjukfrånvaron för 2011 mätt i dagar per anställd visar att kvinnorna har ökat sin totala sjukfrånvaro med 1,6 dagar (9,0%) och männen har ökat med 0,9 dagar (11,4%). Sjukfrånvaron uppdelat per intervall visar att kvinnorna framför allt har ökat i sjukfrånvarointervall 91- dagar (12,9%). Sjukfrånvarointervall 91- dagar har för männen ökat (25,6%). De senaste två åren har man kunnat se en förskjutning från intervallet 91- till intervallet 15-90 dagar. I år har denna trend brutits och återigen är det den längre sjukfrånvaron som ökar procentuellt mer.

Det är framför allt barnmorskor som utmärker sig gällande minskning av sjukfrånvaron jämfört med år 2011. Gruppen har minskat den totala sjukfrånvaron med 2,0 dagar (-11,1%).

Gruppen sjuksköterskor har ökat sin totala sjukfrånvaro med 1,8 dagar per medarbetare (11,6%). Undersköterskor har även de ökat sin sjukfrånvaro, 3,3 dagar (12,6%). Läkargruppen har en relativt stabil sjukfrånvaro. Administrativ personal har ökat sin sjukfrånvaro med 2,5 dagar (15,9%) liksom medicinsk sekreterare, 2,5 dagar (14,3%).

Sammanfattningsvis har den ackumulerade sjukfrånvaron (jan-dec) mätt i dagar ökat med 1,39 dagar (9,0%) jämfört med samma period år 2011, vilket speglar trenden i samhället i övrigt. Den största skillnaden ligger i sjukfrånvarointervall 91 dagar (13,4%).

Ökningen skiljer sig mellan divisionerna inom Karolinska. En förklaring är att divisioner med en stor andel sjukskrivna medarbetare inom diagnosgruppen psykiska sjukdomar generellt sett har en högre sjukfrånvaro. Detta beror på att det ofta tar längre tid att rehabilitera sjukskrivna som tillhör denna diagnosgrupp.

Sjukfrånvaron i intervallet 1-14 dagar har ökat med 0,3 dagar (5,0%). Under år 2012 har Karolinska haft större fokus på att förebygga frekvent korttidssjukfrånvaro och öka

frisktalet vilket lett till att korttidssjukfrånvaron på många sätt har kunnat förhindras. Det finns dock en ökad frekvent korttidssjukfrånvaro hos medarbetare som återkommit efter en längre periods sjukfrånvaro.

Ett aktivt arbete med att öka medvetenheten om sjukfrånvaro på enheter med hjälp värderingsövningar har visat sig ha en god effekt på korttidssjukfrånvaron. På enheter som minskat sjukfrånvaron i intervallet 1-14 dagar är en av flera framgångsfaktorer att chef och HR-konsult/rehabkonsult haft samtal med medarbetare med frekvent korttidssjukfrånvaro, i syfte att utreda vad som orsakar korttidssjukfrånvaron och vilka åtgärder som behövs för att minska denna. Inom sjukhuset har man också tagit till vara hälsoinspiratörernas kunskaper och engagemang för att förebygga korttidssjukfrånvaro och främja hälsan.

Arbetsmarknadspolitiska åtgärder

Under året har 11 medarbetare inom Karolinska varit anställda med lönebidrag, vilket totalt är 1 medarbetare mer jmf med föregående år. 6 medarbetare är anställda med en trygghetsanställning. Två medarbetare är anställda på BEA-avtalet. Under året anställdas ca 15 medarbetare som var berättigade till nystartsersättning. Under året har två utomeuropeiska läkare genomfört provtjänstgöring på Karolinska med nystartsersättning via AMS. 5 personer har genomfört en arbetspraktik på Karolinska via AMS under 2012 .

Under sommaren 2012 anställdes 244 ungdomar. 7 ungdomar med funktionsnedsättning anställdes. För att ge alla ungdomar rätt förutsättning så genomförs introduktion vid fyra tillfällen. Introduktionen innehåller; säkerhet- och brand, kläd- och hygienfrågor, hälsoundersökningen via Previa, arbetsmiljöinformation från Kommunal/Vision samt övergripande information om Karolinska samt information om tystnadsplikt och sekretess från centrala HR och information om lönefrågor från lönesektionen.

Under 2012 genomfördes 4 ordinarie praoperioder och sammanlagt 88 praoveckor på Karolinska. Praotiden är 1 eller 2 veckor och skolor inom Stockholms län är välkommen att anmäla sig. Alla praoelever genomgår introduktion som genomförs av HR och Kliniskt träningscentrum.

Personal - och kompetensförsörjningsplan

I nya Karolinska kommer vården att vara mer högspecialiserad och mindre omfattande än i dag. Uppskattningsvis kommer cirka 25% av verksamheten flyttas ut från sjukhuset i samband med övergången. I dagsläget är verksamhetsinnehållet för nya Karolinska inte helt fastställt, vilket gör att vi för närvarande bara kan göra grova uppskattningar av sjukhusets kompetensbehov på längre sikt.

Under 2013, då verksamhetsinnehållet är mer klarlagt, kommer en mer detaljerad kompetensanalys att genomföras på sjukhuset. Vi kommer även att påbörja en översyn av

nya arbetssätt, vilka påverkar framtida kompetensbehov. Karolinskas personal- och kompetensförsörjningsplan kommer därför att uppdateras kontinuerligt under året.

I och med att verksamhetsinnehållet i nya Karolinska kommer att minska, kommer även kringfunktioner såsom t ex HR, ekonomi och juridik att påverkas. Genom att vården kommer att bli mer högspecialiserad i det nya sjukhuset, kommer behovet av djupare kompetens i relation till verksamhetsinnehållet att öka.

I dagsläget finns en betydande brist inom följande specialiteter: An-, Op-, IVA- och Barnsjuksköterskor, Audionomer, Neurofysiologer, Neuroradiologer, Patologer samt specialistläkare i anestesi och intensivvård. Att säkra långsiktig tillgång på dessa yrkeskategorier är en av sjukhusets mest prioriterade uppgifter.

Beträffande sjuksköterskor ser vi ett ökat behov på såväl kort som lång sikt. Behovet av undersköterskor kan dock komma att minska, som en följd av den mer högspecialiserade vården.

När det gäller den framtida medicinska och tekniska utvecklingen, ser vi att den kommer att påverka sjukhusets behov av olika yrkesgrupper. Till exempel bedömer vi att behovet av MT-ingenjörer med civilingenjörskompetens samt dito systemvetare och logistikere med akademisk examen kommer att öka. Det är även troligt att behov av nya kompetenser kommer att uppstå.

10. Miljö

Se bilaga

11. Funktionsnedsättning

Se bilaga

12. Folkhälsoarbetet

Se bilaga

13. Upphandling och inköp

Se bilaga

14. Ledningens åtgärder

Här beskrivs de åtgärder som ledningen vidtagit till följd av olika problemområden samt identifierade risker och möjligheter.

Under hela 2012 har ett intensivt arbete pågått med att återgå till en ekonomi i balans. Åtgärdsprogram har arbetats fram och följts upp. Tvärfunktionella grupper bildats för att arbeta med områden såsom:

- Läkemedelskostnader
- Bemanning
- Materialkostnader
- Sjukvårdstjänster mm

Under första delen av 2012 var kostnadsutvecklingen inte i balans med intäktsutvecklingen. Tack vare ett intensivt arbete under året har sjukhuset lyckats återgå till en ekonomi i balans.

Sjukhuset har arbetat intensivt med åtgärdsprogrammet under 2012 med Programstyrningsmöten varannan vecka för divisionerna där både effekt av lagda åtgärder och framdriften av nya diskuterats och redovisats. De krav som åtgärderna måste uppfylla är att de skall vara; Specifika, Mätbara, Accepterade, Realistiska, Tidsbestämda. I Programstyrningen deltar från sjukhusledningen sjukhusdirektör, ekonomidirektör, HR-direktör, chefläkare, avtalsdirektör, informationsdirektör, ansvarig för kvalitetssäkringen av åtgärdsprogrammet samt vid behov representant från controllersektionen, och från divisionerna deltar divisionschef, controllerchef, HR-chef, controller med ledaransvar samt verksamhetschefer vid behov. När vi summerar åtgärdsprogrammet 2012 är måluppfyllelsen 94%.

15. Nämnd/styrelsebehandling

Denna förvaltningsberättelse för helåret 2012 kommer att behandlas vid nästa styrelsemöte.

16. Bilagor:

- Bilaga A1: Produktivitet ver. K
- Bilaga A2: Produktivitet ver. LSF
- Bilaga B: Vårdplatser
- Bilaga C: Investeringsutfall inventarier
- Bilaga F: Funktionsnedsättning och Folkhälsopolicy
- Bilaga G: Upphandling
- Bilaga H: Finanspolicy
- Bilaga I: Policyer
- Bilaga J: Representation

Bilaga K1: Hälsobokslut

Bilaga K2: Personal- och kompetensförsörjningsplan

Bilaga K3: Rekrytering

Bilaga M: Miljöbokslut

Bilaga P: Intern kontrollplan

Bilaga R: Specifika Ägardirektiv

Bilaga S: Styrkort

Uttalande från förvaltningsledningen

Stockholm 2013-01-29

Birgir Jakobsson