



Karolinska

Universitetssjukhuset

Förvaltningsberättelse 2013

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning 2013 och förväntad utveckling 2014	4
1.1	Sammanfattning 2013	4
1.2	Ledningens åtgärder under 2013	5
1.3	Förväntad utveckling 2014	6
2.	Mål och uppdrag	6
2.1	Landstingsövergripande mål – sammanfattning	6
2.2	Tillgänglighet	7
2.2.1	Vårdplatser och vistelsetid på akutmottagningen	7
2.2.2	Telefontillgänglighet 2013	7
2.2.3	Vårdköer	7
2.3	Kvalitet	9
2.4	En ekonomi i balans	13
2.5	Sjukhusstrategi - Flödesarbete	13
2.6	Målvärden 2014	13
3.	Verksamhetens omfattning och innehåll	14
3.1	Produktion Vård	14
3.1.1	Produktionsredovisning av vårdtillfällen, besök och poäng	14
3.1.2	Produktivitet	20
3.1.3	Produktion ur ett jämställdhetsperspektiv	21
3.1.4	Vårdplatser	21
3.2	FoU	21
4.	Verksamhetens ekonomiska resultat	23
4.1	Årets resultat	23
4.1.1	Intäkter	25
4.1.2	Vårdintäkter	26
4.1.3	Kostnader	26
4.1.4	Övriga kostnadskommentarer	26
4.1.5	Koncernexterna intäkter och kostnader	27
4.1.6	Personal	28
4.2	Resultatdisposition	30
4.3	Investeringar	31
4.4	Balansräkning	32
4.5	Kassaflödesanalys	32

5.	Uppföljning av styrdokument	32
5.1	Styrningsrapport	32
5.2	Landstingets finanspolicy	33
5.3	Styrstrategi – sanktionsregel.....	33
6.	Medarbetare	33
7.	Miljö	41
8.	Funktionsnedsättning	41
9.	Folkhälsoarbetet.....	41
10.	Upphandling och inköp.....	42
11.	Styrelsebehandling.....	42

1. Sammanfattning 2013 och förväntad utveckling 2014

1.1 Sammanfattning 2013

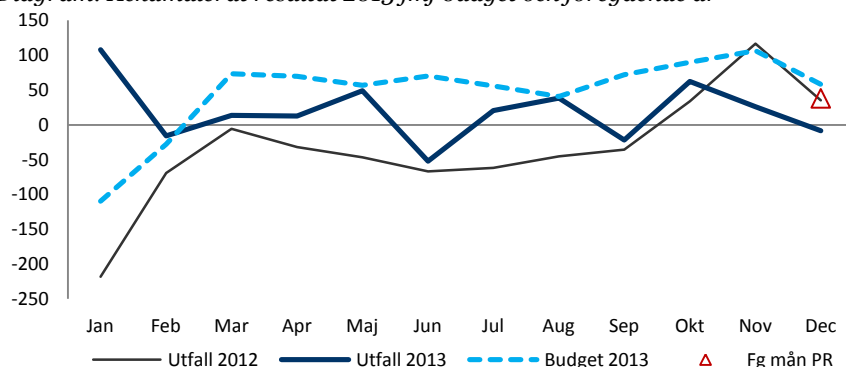
Sjukhusets produktionsvolym för huvudavtalet år 2013 var 5,7 % lägre än budget*) för slutenvård och 1,1 % lägre än budget för öppenvård.

Den låga produktionen inom slutenvården förklaras av brist på vårdplatser och operationskapacitet. Svårigheten att rekrytera framför allt specialistutbildade sjuksköterskor har varit ett problem under hela året och bedöms kvarstå under 2014 men med förhoppning om mindre negativ effekt för sjukhusets verksamhet.

Sjukhusets resultat för år 2013 var -9 mkr, 67 mkr lägre än budget. Resultatet var 44 mkr lägre än vid samma period föregående år.

Jämfört senaste prognosen i november försämrades resultatet med 37 mkr p.g.a. högre öppenvårdsläkemedel samt högre övriga kostnader.

Diagram: Ackumulerat resultat 2013 jmf budget och föregående år



Den låga produktionen med lägre vårdintäkter som följd, förklarar i huvudsak resultatavvikelsen. Dock uppvägs denna av högre utomlansintäkter och övriga intäkter bl.a. ökad extern projektverksamhet. Kostnadssidan var totalt i nivå med budget, dock var personalkostnaderna drygt 100 mkr lägre än budget medan övriga kostnader var drygt 100 mkr högre än budget.

Jämfört föregående år har intäkterna ökat med 2,3 % och kostnaderna med 2,6 %.

*)Budgeten rapporterades innan avtalet var tecknat och volymerna skiljer sig från avtalet

Tabell : Resultaträkning 2013 jmf budget och föregående år

Resultaträkning (Mkr)	Bokslut 2013	Budget 2013	Avvik	Avvik %	Bokslut 2012	Förändr 2012-13 %
Vårdintäkter SLL	11 628	11 817	-189	-2%	11 405	2%
Utomlänsintäkter	980	938	42	4%	1 009	-3%
Övriga Intäkter	3 067	2 989	78	3%	2 907	6%
Verksamhetens intäkter	15 675	15 744	-69	0%	15 321	2,3%
Personal	-8 916	-9 032	116	1%	-8 692	-3%
Övriga kostnader inkl avskrivning	-6 731	-6 617	-114	-2%	-6 558	-3%
Verksamhetens kostnader	-15 647	-15 649	2	0%	-15 250	2,6%
Finansnetto	-36	-37	0	1%	-36	-1%
Resultat	-9	58	-67		35	

Sjukhusets budget fastställdes under hösten 2012. Därefter har flera beslut tagits som påverkar utfallet i såväl perioden som helåret 2013. Bland annat har sjukhuset och HSF kommit överens om 2013 års vårdavtal som inneburit förändrat vårduppdrag. Sammantaget har sjukhusets verksamhet och interna budget utökats med motsvarande 71 mkr intäkter och kostnader för helåret 2013. Sjukhusets interna budget (reviderade budget) används i rapporteringen till sjukhusets ledning och styrelse. I rapporteringen till LSF kommenteras alla avvikelser utifrån fastställd budget.

1.2 Ledningens åtgärder under 2013

Produktionen inkl vårdplats- och operationskapacitet har varit i fokus hela året och kommer att fortsätta under 2014 för att vända den negativa trenden.

En särskild gruppering kallad "tvärberedningen" bestående av ett urval personer från sjukhusledningen samt adjungerade stabspersoner, arbetar med att strukturerat gå igenom orsaker till underproduktion samt vad en lämplig produktionsnivå bör vara. Grupperingen ansvarar också för att föreslå tvärgående åtgärder för att lösa sjukhusets effektiviseringsbeting. Att fördela effektiviseringsbetingen ut på enheterna har inte ansetts vara möjligt med det ansträngda läge som många befinner sig i.

Utöver tvärberedningens arbete, har många åtgärder vidtagits. Bland dem kan nämnas:

- Upphandling av extern operationskapacitet
- Upphandling av externa rekryteringsfirmor för sjuksköterskor
- Systematisk förbättringsarbete inom operation i Huddinge samt påbörjat detsamma avseende ALB samt centraloperation i Solna

- Projektering och uppstart av två dagoperationsavdelningar varav den ena startat under hösten och den andra under 2014 (ombyggnation krävs). Öppnat fler vårdplatser (men andra har stängts)
- Dispensförfarandet för sjuksköterskor och undersköterskor har tagits bort för att underlätta och påskynda rekryteringen av dessa personalkategorier.

1.3 Förväntad utveckling 2014

De problem sjukhuset har haft under 2013 med vårdplatsbrist, operationskapacitet och bemanning bedöms kvarstå som en risk under 2014. Förhoppningen är dock att vidtagna åtgärder kommer att få förväntad effekt och att sjukhuset ekonomiskt och vårdmässigt kan komma i balans under året.

2. Mål och uppdrag

2.1 Landstingsövergripande mål – sammanfattning

Målen nedan kommenteras i efterföljande avsnitts text

Stockholms läns landstings övergripande mål	Dimension/ Parameter	Bokslut 2013	Bokslut 2012	Budget 2013	Vård- garanti- krav 2013
Tillgänglighet	Vistisetid akutmott. vuxen, andel <4 h	68%	69%	76%	
	Vistisetid akutmott. barn, andel <4 h	75%	76%		
	Antal patienter som väntat på nybesök över 30 dagar	552	617	<300	0
	Antal patienter som väntat på op/behandling över 90 dagar	1070	943	<400	0
Kvalitet	Vårdrelaterade infektioner mätning 1	11,8%	12,4%		
	Vårdrelaterade infektioner mätning 2	13,4%	12,2%		
	Följsamhet basala hygien- och klädregler, mätning 1	65%	63%		
	Följsamhet basala hygien- och klädregler, mätning 2	60%	64%		
	Följsamhet MRSA-screening	81%	74%	93%	
	Höftfraktur, op inom 24 h	76%	70%	80%	
	Höftfraktur >65 år, andel protesop		61%	63-70%	
	Förträngn. halspulsåder, andel op <14 d	90%	86%	81%	
	Riskbedömning, trycksår, mätning 1	58%	51%		
	Riskbedömning, trycksår, mätning 2	65%	53%		
	Komplett nutritionsbedömning	52%	40%		
	Utlökaliserade patienter, genomsnitt/dag	31	21		
	Delaktighet i beslut om vård, minienkät	61%	62%		
En ekonomi i balans	Uppnått resultatkrav eller högre	-9	35	58	

2.2 Tillgänglighet

2.2.1 Vårdplatser och vistelsetid på akutmottagningen

Antalet vårdplatser som inte varit disponibla, framförallt på grund av sjuksköterskebrist, har varit fler 2013 än 2012, och beläggningen högre. I genomsnitt har 99 % av de disponibla vårdplatserna inom vuxenvården varit belagda kl. 08 på morgonen (2012: 97 %). Detta har bidragit till att antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter har ökat. I genomsnitt hade sjukhuset 31 utlokaliserade patienter per dag 2013 (2012: 21).

Vistelsetid på akutmottagningen under 4 timmar är en resultatindikator med målnivån 76 % och miniminivå för kvalitetsersättning > 68 %. Resultatet för vuxenakutmottagningarna var 68 %. Resultatet för Karolinskas barnakutmottagningar i Solna och Huddinge var 75 %. Karolinska har, framförallt på grund av bemanningsproblem, under 2013 haft brist på disponibla vårdplatser, vilket förlängt patienternas vistelsetid på akutmottagningarna efter beslut om inläggning. Detta är en olägenhet särskilt för multisjuka äldre patienter. Andelen patienter över 80 år med vistelsetid under 4 timmar på akutmottagningen är bara 47 % (2012: 54 %). En särskild arbetsgrupp har tillsatts för att föreslå åtgärder för att förbättra akutflödet för äldre och multisjuka patienter, och arbete pågår också med åtgärder som föreslagits eller framkommit i jämförelsen mellan Stockholms akutmottagningar.

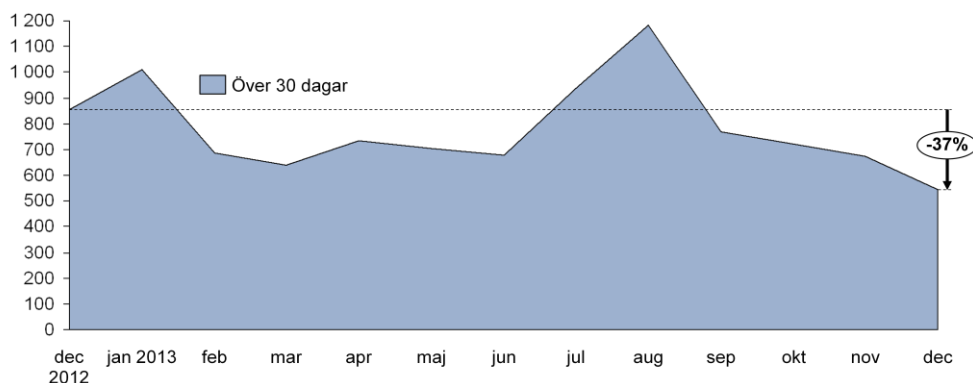
2.2.2 Telefontillgänglighet 2013

Enligt vårdavtalet ska vårdgivaren vid behov genomföra telefontillgänglighetsstudier samt vidta åtgärder utifrån resultaten av dessa studier. Mätningar har utförts varje månad under hela året. Antalet samtal var cirka 1,8 miljoner till hela Karolinska. Målet om i genomsnitt högst 30 sekunders medelsvarstid uppnåddes. I Solna var medelsvarstiden 22,0 sekunder (2012: 22,9) och i Huddinge 20,5 sekunder (2012: 20,8). Inga förbättringsåtgärder har behövt vidtas.

2.2.3 Vårdköer

Nybesök

Diagram: Vårdkö 2013 till nybesök som väntat över 30 dagar



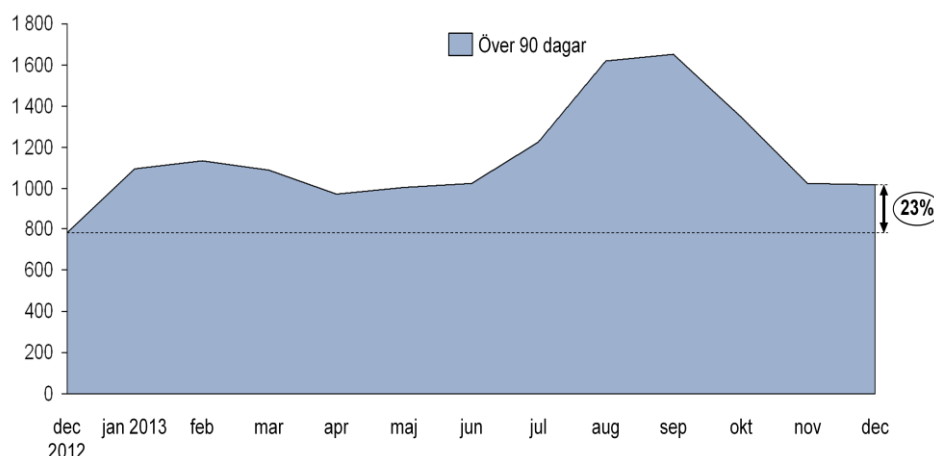
Antalet vårdsökande till nybesök som väntat över 30 dagar har minskat under 2013. Jämfört december 2012 innebär det en minskning med drygt ca 300 st eller 37 %. Vid senaste mätningen var antalet ca 550 st, att jämföra med sjukhusets mål vilket är färre än 300 väntande.

Flest antal väntande, över 30 dagar, återfanns vid (inom parentes värde dec 2012): Hörsel- och balanskliniken 99 st (180 st), Ortopedkliniken 35 st (95 st), Kvinnokliniken 31 st (43 st), Neurologkliniken 75 st (132 st).

Landstingets övergripande mål för tillgänglighet till nybesök är att alla patienter erbjuds vård inom 30 dagar (vårdgarantin). Årets resultat har belastats med ca 7 mkr i viteskostnader för öppenvård utanför vårdgarantin.

Operation/behandling

Diagram: Vårdkö 2013 till operation/behandling som väntat över 90 dagar



Vårdkön till Operation/Behandling som väntat över 90 dagar var längre än samma period föregående år. Vid senaste mätning var antalet ca 1070 st eller 23 % fler. Sjukhusets målsättning är att färre än 400 st tvingas vänta på vård längre tid än 90 dagar.

Flest antal väntande, över 90 dagar, återfanns vid (inom parentes värde dec 2012): ÖNH-kliniken, 458 st (378 st), Kliniken för rekonstruktiv plastikkirurgi 128 st (86 st), Kvinnokliniken 90 st (31 st), Ortopedkliniken 38 st (49 st), och Barnkirurgiska kliniken 47 st (62 st).

Landstingets övergripande mål för tillgänglighet till operation/behandling är att alla patienter erbjuds vård inom 90 dagar (vårdgarantin). Årets resultat har belastats med ca 16 mkr i viteskostnader för slutenvård utanför vårdgarantin.

Övrigt

Vård som erbjudits via Vårdgarantikansliet med tillhörande kostnadsansvar för sjukhuset har förekommit i mycket liten omfattning.

2.3 Kvalitet

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*. Karolinskas ledningssystem för vårdkvalitet utgår från föreskriften *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9) och utgör stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Huvudstrategin följer flödesprinciperna med standardiserade arbetssätt med rätt kompetens, fokus på patientnyttan och evidensbaserade metoder för bästa resultat och kostnadseffektivitet.

Vårdavtalets kvalitetsindikatorer samlas i sjukhusets egna *Kvalitets- och patientsäkerhetsmål* tillsammans med indikatorerna i *Öppna jämförelser*. Resultaten följs upp på alla nivåer; på förbättringstavlor i det dagliga arbetet i vården, på klinik- och divisionsuppföljningar och i sjukhusledningen för att sedan dokumenteras i sjukhusets årliga *Patientsäkerhetsberättelse och kvalitetsbokslut*. *Patientsäkerhetsdialogerna* på Karolinska är möten 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 register. Ett av sjukhusets långsiktiga mål är att rapportera till minst 90 % av relevanta nationella kvalitetsregister med en täckningsgrad på minst 90 %. Utgångsläget 2011 var att 60 % av registren hade en täckningsgrad på minst 90 %, och andelen 2012 var 69 %. Resultaten för 2013 är inte tillgängliga ännu beroende på fördröjning i registreringen. Många av kvalitetsregistren innehåller utfallsmått som redovisas i *Öppna jämförelser*. Ett av sjukhusets viktigaste mål 2013 var att minst hälften av resultaten i *Öppna jämförelser* skulle vara bättre än riksgenomsnittet. Utgångsläget 2011 var 37 %, och resultatet 2012 var 51 %, medan det 2013 stannade på 45 %. Resultaten behöver förbättras och ett arbete med att ta fram så många resultat som möjligt i realtid direkt från Karolinskas databas har påbörjats för att öka aktualiteten och fortlöpande kunna följa utvecklingen av vårdresultaten. Vidare pågår ett arbete med att synliggöra vårdresultat i form av värdebaserad vård, integrerat med Karolinskas flödesarbete.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) och vårdhygien

Andelen patienter med VRI var 11,8 % i vårmätningen och 13,4 % i höstmätningen 2013. (2011: 14 %, 2012: 12 %). Samtliga avdelningar deltog i mätningarna. Höstresultatet var givetvis en besvikelse. Knappt hälften av VRI uppkom på Karolinska, övriga på andra vårdinrättningar före inkomsten till sjukhuset. Karolinskas VRI finns framförallt bland patienter med sjukdomar och/eller behandlingar som innebär ökad risk för VRI, såsom

immunsupprimerande sjukdom eller behandling, central venkateter, urinkatetrar eller genomgånga operationer. Karolinska har en hög andel patienter med sådana risker, 57 %. Det VRI-förebyggande arbetet 2013 har bl. a. innehållit brett riktade utbildningar i hantering av urinkatetrar (320 medarbetare utbildade), framtagning av ny riktlinje om urinkateterhantering, riktade städinsatser i patientnära vårdmiljö och nytt städavtal och utbildning av städpersonalen. Vidare har Strama Karolinska tillsammans med Vårdhygien haft utbildningsinsatser för läkare angående VRI och antibiotikaförskrivning. För införande av IT-stödet Infektionsverktyget med projektledare från Karolinska och HSf har pilotprojekt startat under hösten på Infektionskliniken.

Följsamheten till basala hygien- och klädregler var 65 respektive 60 % i mätningarna 2013. Det är framförallt följsamhet till handsprit före handskar och/eller patientkontakt som brister. Klädföljsamheten är god, över 90 %.

Följsamheten till MRSA-screening-programmet har förbättrats men målnivån nås inte. Åtta kliniker har nått målnivån 93 % men på sjukhusnivå är resultatet 81 % (2012 74 %). Att följa resultaten dagligen på förbättringstavlorna har visat sig vara en framgångsfaktor.

Operation

Andelen patienter med höftfraktur som opereras inom 24 timmar är preliminärt 76 %, vilket inte når upp till målnivån 80 %. Andelen primärt protesopererade patienter med höftfraktur ser preliminärt ut att ligga i nivå med 2012 års resultat och når i så fall inte upp till målnivån 63-70 %.

Andelen patienter som opererades inom 14 dagar efter debut av symtom på förträngning av halspulsådern var preliminärt 90 %, vilket med god marginal innebär uppfyllelse av målnivån i vårdavtalet, 81 %. Också övriga resultat inom kärlkirurgin som presenteras i Öppna jämförelser är nationellt ledande.

Avvikelser i vården

För att identifiera och åtgärda bakomliggande orsaker och sätta in förebyggande åtgärder måste verksamheterna analysera sina avvikelser, negativa händelser och risker, som rapporteras i HändelseVis. År 2013 var antalet rapporter om vårdavvikelser 16 545 (2012:15 454). De vanligaste orsakerna var brister i vårddokumentation och informationsöverföring (32 %), följt av bristande vård (24 %). Inom bristande vård var bristande omvårdnad vanligast (27 %). Ledtiden för vid årsskiftet avslutade avvikelserrapporter var i medeltal 33 dagar (2012: 35).

Verksamheterna uppmuntras att initiera anmälan enligt lex Maria. Antalet ställningstaganden till lex Maria-anmälan var 129 stycken och 104 av dessa ärenden anmälades (2012:79, 2011:82). Vid en lex Maria-anmälan ska en händelseanalys genomföras för att identifiera och initiera åtgärder för att förhindra upprepning. Tiden från händelse till händelseanalys är tyvärr alltför lång och endast cirka hälften av anmälningsärendena har hittills genomgått händelseanalys.

En glädjande utveckling 2012 var att antalet läkemedelsrelaterade lex Maria-ärenden hade minskat påtagligt, från 20-25 per år till åtta. Tyvärr har antalet 2013 åter ökat, till 17, av vilka åtta skedde inom barnsjukvården, i de flesta fall beroende på räknefel, ex. 10 gånger för hög dos. En närmare analys av dessa ärenden pågår.

Antalet anmälningar (enskilda klagomål) till Socialstyrelsen (före 1 juni) och Inspektionen för vård och omsorg, IVO (efter 1 juni), var 214 under 2013, (2012:272, 2011:188).

Anmälningar till Patientnämnden (PaN) visar en fortsatt ökande trend. Sjukhuset hanterade år 2013 321 skriftliga ärenden (298, 272, 251 de närmast föregående åren), vilket utgör en tredjedel av samtliga ärenden (972) som inkommit till PaN från patienter på Karolinska. Två tredjedelar av PaN-ärendena rör vård och behandling, en tredjedel information och bemötande. Karolinska kommer under 2014 att fokusera på åtgärder för att minska antalet ärenden som rör bemötande.

Antalet anmälningar till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) ökar också och var 671 under 2013 (2012: 616, 2011: 561).

För att identifiera skador i vården som underlag för förbättringsarbete görs strukturerad journalgranskning i enlighet med vårdavtalet. IT-verktyget MAG har använts på klinikerna och på sjukhusövergripande nivå görs manuell granskning i enlighet med kraven i nationella patientsäkerhetssatsningen.

Läkemedelshantering

Ett omfattande arbete för att öka patientsäkerheten i samband med läkemedelshantering har pågått de senaste åren. Utöver de sju avdelningar som hittills har infört slutenvårdsdos är flera på gång. Antalet läkemedelsautomater har ökat från 43 år 2011 till 70 vid slutet av 2013 och ytterligare fyra är inköpta för installation i början av 2014. Förutom att öka patientsäkerheten leder åtgärderna inom läkemedelshantering till en uppstramning av sortimentet, minskad läkemedelskassation och ökad patientnära tid för sjuksköterskorna. Läkemedelsavstämning (läkemedelsgenomgång) och läkemedelsberättelse har införts inom slutenvården. En strukturerad process för kritisk granskning och bedömning av evidens, beräknad patientnytta och kostnadseffektivitet inför införande av nya läkemedel har införts och hanteras av Karolinskas läkemedelsråd.

Patientsäkerhetskulturmätning

Mätning av patientsäkerhetskulturen genomfördes under 2013. Enkäten skickades ut till sammanlagt 13 728 personer på Karolinska, inklusive centrala staber. Enkäten besvarades av 48 %, i nivå med föregående mätning 2010-2011. Parametrar som förbättrats var bl. a. en icke straff- och skuldbeläggandekultur, samarbete mellan vårdenheter, överlämningar och överföringar, och information och stöd till patient och till personal vid negativ händelse.

Patienternas synpunkter på vården

Patientnöjdheten avseende helhetsbedömning av vården som ”utmärkt” eller ”mycket bra”, mätt med Karolinskas minienkät (16 169 st) var 89 % (mål 90 %), vilket är samma resultat som de två senaste åren. Nöjdheten avseende delaktighet i beslut om vård och behandling var 61 %, (mål 70 %, 2012: 62 %, 2011: 60 %). Sedan ”delaktighet” blev ett måttetal i sjukhusets styrkort 2012 har många verksamheter påbörjat/genomfört aktiviteter för att förbättra patienters delaktighet i vården. I syfte att vidareutveckla inhämtandet av patienternas synpunkter på det dagliga arbetet har en pekskärm för patientnöjdhet införts och testas nu på ÖNH-akutmottagningen i Huddinge.

Den nationella patientenkäten som genomfördes inom Karolinskas barnsjukvård våren 2013 besvarades av 2 964 respondenter, motsvarande en svarsfrekvens på 51 % i slutenvård,

45 % i öppenvård och 40 % vid akutmottagningar, sammantaget något under riksgenomsnittet.

Tabell : Resultat i Nationell patientenkät barnsjukvård 2013

	Slutenvård			Öppenvård (Mottagning)			Akutmottagning		
	K	SLL	Riket	K	SLL	Riket	K	SLL	Riket
Bemötande	92	92	92	94	94	94	89	89	91
Delaktighet	79	79	82	83	83	85	75	76	78
Information	83	81	82	83	83	84	79	79	80
Tillgänglighet	85	83	86	81	81	84	55	54	58
Förtroende	89	88	87	89	89	90	84	83	84
Upplevd nytta	89	88	90	86	86	87	82	82	83
Helhetsintryck*	75	75	76	77	76	77	65	66	68
Rekommendera	88	87	90	90	90	91	77	79	82
Antal svarande	313			2335			316		
Svarsfrekvens, %	51	51	53	45	45	46	40	40	40

*Indikatorn "Helhetsintryck" mäts med en avvikande svarsskala vilken generar ett lägre värde.

Den patientupplevda kvaliteten (PUK-värdet, max 100) skattades högt både på ALB, Karolinska (K) och i genomsnitt i landet (riket) när det gäller indikatorn *bemötande*. Vidare skattades *upplevd nytta* högt inom sluten- och öppenvård, men något lägre på akutmottagningarna. Samma skattningsmönster sågs för *förtroende*. För samtliga dessa indikatorer var resultatet bättre än senaste mätning, 2011. Lägre skattningar sågs för *tillgänglighet*, men också det resultatet har förbättrats väsentligt för akutmottagningarna jämfört med 2011 (då 48, nu 55). Även öppenvårdens resultat avseende tillgänglighet har förbättrats sedan 2011 (då 77, nu 81). Beträffande *information* och *delaktighet* sågs lägre PUK-värden för akutmottagningar än för sluten- och öppenvård.

Frågor med särskilt hög förbättringspotential på såväl Karolinska som i riket i övrigt gällde möjligheten att påverka tidpunkt för vistelsen/besöket, information rörande eventuella läkemedelsbiverkningar, vilka varningstecken man bör vara uppmärksam på vid hemkomsten, övernattningsresurser för föräldrar, föräldrars möjlighet att köpa mat, information om uppkommen försening i öppenvården, telefontillgängligheten, samt information om i vilken ordning patienter prioriteras på akutmottagningen. Resultaten utgör underlag för barnsjukvårdens förbättringsarbete.

Inom barnsjukvården är involveringen av föräldrar och där så är möjligt även barnen fundamentalt för att åstadkomma ett gott hälsoutfall. Detta är ett ständigt pågående arbete. Ett exempel från neonatalverksamheten är en evidens-baserad modell, som utifrån vilken fas föräldrarna befinner sig i, möter och stödjer personalen föräldrarna för att de på bästa sätt ska kunna vara delaktiga i det egna barnets vård.

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

2.4 En ekonomi i balans

Årets resultat var -9 mkr, en avvikelse jämfört budget med -67 mkr. Sjukhuset har trots stora insatser inte kommit till rätta med vårdplatsbristen, operations kapaciteten och bemanningen. Förhoppningen är att förutsättningarna förändras i en mer gynnsam riktning och möjliggör målet under 2014.

2.5 Sjukhusstrategi - Flödesarbete

Sjukhusets huvudstrategi för att nå målen i verksamhetsplanen är flödesarbete. Flödesarbetet är ett förhållningssätt och det innebär att bygga system för ständiga förbättringar och lärande på alla nivåer i organisationen. Detta förutsätter att chefer och medarbetare arbetar aktivt med ständiga förbättringar, synliggör kvalitet och resultat med fokus på patientnyttan, samt kontinuerligt vidareutvecklar lednings- och stödsystemen. Allt flödesarbete sker utifrån patientens/kundens behov, utgår från våra värderingar och avser att säkerställa säkra och effektiva flöden med god kvalitet.

Det är chefernas ansvar att leda, träna och stödja medarbetarna i arbetet med ständiga förbättringar. I chefsuppgiften på Karolinska är det chefen som leder, tränar och stödjer medarbetarna i arbetet med ständiga förbättringar, så att teamet gemensamt uppnår bästa möjliga resultat. Chefer på alla nivåer utgör förebilder genom att samverka och stödja verksamheten i enlighet med strategierna för flödesarbete och utvecklande ledarskap. Ett system för ständiga förbättringar innebär att standardiserade arbetssätt upprätthålls, utmanas och förbättras kontinuerligt genom att förbättringsarbetet integreras som en naturlig del av verksamhetens hela uppdrag.

Strategin är att förbättra delflöde för delflöde inom respektive flöde. Under 2013 har vi arbetat med akuta, elektiva och administrativa flöden. Stegen för att systematiskt förbättra ett flöde är: Överenskommelse och uppdrag, Nuläge, Börläge, Ta fram nytt arbetssätt, Genomföra test och utvärdera, Implementera nytt arbetssätt och Ständiga förbättringar. I december 2013 pågick flödesarbete i olika steg i totalt cirka 90 flöden, varav 14 flöden är i Ständiga förbättringar.

Under 2013 var medeltid för väntan på läkare 1 h 21 minuter, vilket är i nivå med utfallet 2012. Karolinskas mål är 40 minuter. Andelen patienter som blir klara inom fyra timmar har minskat något mot 2012, 68 %. Karolinskas mål är 90 %. Under 2013 var antalet sökande patienter oförändrat mot 2012.

2.6 Målvärden 2014

Vad gäller rapportering av basårsvärde 2014 för landstingets nya mål och indikatorer har sjukhuset för närvarande inget att rapportera. Vi ber att få återkomma i frågan.

3. Verksamhetens omfattning och innehåll

3.1 Produktion Vård

3.1.1 Produktionsredovisning av vårdtillfällen, besök och poäng

- Antal slutenvårdstillfällen för huvudavtalet var per december 5,7 % lägre än budget och antalet öppenvårdsbesök var 1,1 % lägre än budget (obs att budget ej = vårdavtal 2013)
- Huvudavtalsintäkter var per december var 322 mkr lägre än budget. Sidoavtalens intäkter var 134,0 mkr högre än budget.
- Snittvikterna i slutenvård var 3,5 % högre än budgeterat. Karolinska har per december reducerat intäkterna med 57 mkr motsvarade viktförändringar över 1,5% (jmf görs mot avtalad vikt, ej budgeterad).

Karolinskas vårdavtal 2013 blev 448 vårdtillfällen lägre än budgeterat samt 4.743 besök högre än budgeterat. Samtliga jämförelser i denna bokslutsrapport utgår dock från de budgeterade värden som inrapporterats till LSF.

Huvudavtal

De totala huvudavtalsintäkterna per december var 322 mkr lägre än budgeterat.

Tabell : Förklaring Huvudavtalets avvikelser utfall och budget tom per 12 (mkr)

	SLV	ÖV	Övr	Summa
Avvikelse vårdintäkter före rabatt mm	-185	-73		-257
2012 års reglering	5	0		5
Återbetalning, glidning, >1,5%	-57	0		-57
Avdrag för överprod, rabatt	-	-		-
Ej uppfyllda kvalitetsmål 2013	0	0	-23	-23
Övrigt	5	5	1	10
S:A 2013	-231	-68	-23	-322

Inom slutenvården var produktionsvolymerna 5,7% lägre än budget per december samtidigt som snittvikterna ökade med 3,5 % jämfört med Lsf budget. Den lägre produktionsvolymen innebar minskade intäkter motsvarande 336 mkr (avvikelse vårdintäkter före rabatt mm) samtidigt som högre snittvikter ökade intäkterna med 151 mkr, nettoutfall för slutenvårdsintäkter blev därmed 185 mkr (se tabell nedan).

Tabell : Avvikelser (mkr), utfall/budget tom per 12, fördelning volym-/snittviktförändring

	SLV	ÖV	Summa
Volymavvikelse med budgeterad snittvikt	-336	-32	-368
Snittviktaavvikelse (glidning)	151	-40	111
S:A Avvikelse vårdintäkter före rabatt mm	-185	-73	-257

Den låga produktionen har flera orsaker, främst indisponibla vårdplatser till följd av rekryteringsproblem av personal. Det genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser tom perioden var 38 stycken (2,8 %) färre jämfört med motsvarande period föregående år. I takt med att vårdplatser öppnats, har andra stängts på grund av personalbrist. Rekrytering pågår för att bemanna vakanta tjänster.

Enligt huvudavtalet har Karolinska rätt till ersättning för 0,5% ökade snittvikter. För viktförändring över denna nivå krävs motivering/anlayser som tyder på tyngre vårdmix. Karolinskas snittviktsförändring mellan utfall och budget i sluten vård var tom perioden +3,5%. Mot avtal var förändringen +2,5%. För den del av viktförändringen som överstiger 1,5% har Karolinska reducerat intäkterna med 57 mkr (mot avtal). Sjukhuset anser att minst 1,5% av snittviktförändringen beror på tyngre vårdmix. Sjukhuset har tillsammans med beställarna kommit överens om att återbetala snittviktsförändring över 1,5%. Karolinskas snittvikter i sluten vård, sk casemix, exkl kostnadsytterfallsdelen dvs DRG-vikter exkl kytter, har ökat med 2,4% tom november 2013 jämfört med motsvarande period 2012 (utfall 2012 har justerats till 2013 års DRG-grupperare, DRG-vikter etc). De flesta klinikerna, ca 2/3, har ökade snittvikter. Jämfört med 2011 har casemix 2013 ökat med 3,7% över tvårsperioden (utfall tom per 11-2013/2011). Det var volymer med lättare DRG-vikter som minskade mest över tvåårsperioden. Vårdtillfällen med allra tyngst DRG-vikt har ökat något. Minskningen av "lättare" volymer var störst mellan 2012/2011 men fortsatte under 2013/2012.

Under 2013/2012 har även de "tyngre" volymerna minskat, utom de allra tyngsta. Casemixen ökar framförallt i de allra "lättaste" resp "tyngsta" DRG-grupperna. Ökningen var större andra året i tvåårsperioden, dvs 2013/2012. Den ökade casemixen berodde alltså främst på att volymer (vårdtillfällen) med "lättare" vikter försvann snarare än att volymer med "tyngre" vikter tillkom.

Den största minskningen av volymerna i sluten vård, skedde för de vårdtillfällen som hade de kortaste vårdtiderna. Vårdtillfällen med vårdtid 0 (in- och utskrivning sker samma dag) samt vårdtid 1 (in- och utsskrivning sker med en dags mellanrum), har minskat mest under 2013/2012 (utfall tom december båda åren). Det fanns också en minskning av antal vårdtillfällen med längre vårdtider men dessa förändringar var av mindre omfattning.

Vid halvårsskiftet 2013 ändrade Karolinska i KPP vilket gjorde att utfallet för kostnadsytterfall sjönk. Det var nödvändigt att göra förändringarna i KPP för att öka kvaliteten. Budgeten som är inlämnad till LSF bygger på de ursprungliga värden i KPP och hade högre budgeterade värden för kostnadsytterfall.

Utfallet av antal kostnadsytterfall var över budget vilket påverkade intäkterna positivt. Snittvikterna för kostnadsytterfallen blev dock lägre än budgeterat vilket påverkade intäkterna negativt. Sammantaget blev utfallet för kostnadsytterfall 131 mkr under budget. Om man jämför utfall med reviderad budget blev avvikelserna +86 mkr istället för -131 mkr. Kostnadsytterfallen (antal) ökade bla beroende på att antalet producerade timmar på intensivvården (central-IVA i Huddinge och Solna) ökat med 5,3% under 2013.

Influensasäsongen har varit ovanligt svår med tre olika influensavarianter samtidigt under denna period, vilket lett till mycket högt kapacitetsutnyttjande av IVA (med ökade bemanningskostnader som följd). Total operationstid har ökat 7%, antal opererade patienter har ökat 3% och operationstiden per patient har ökat med 3,4%, allt som en förändring mellan utfall tom december 2013 resp 2012.

Inom öppenvården var produktionsvolymerna något lägre än budget per december (-1,1%). Utfallet av antal besök 2013 var nästan identiskt med utfall 2012 (+2.400 bes, 0,2%). Ny- (-4,3%) och återbesök (-0,7%) minskar men besöken för telefonkontakter ökar (+12,4%). Det är framförallt den onkologiska kliniken som ökar sina besök för telefonkontakter. Kliniken har tidigare underregistrerat denna typ av kontakt pga för snäv tolkning av regelverket för registrering. Ny- och återbesöken minskar mest på Öron-, näs- och halskliniken (ÖNH). ÖNH stängde mottagningen på Danderyd i början av 2013.

Läkarbesöken minskar 2013 jämfört med utfall 2012 (-1,0%). Besöken för övrig personal ökar med 3,2%.

Besök för dagkirurgi resp. dagmedicin hade ett lägre utfall 2013 än 2012, -5,2% resp. -1,5%. Övriga besök ökar med 0,9% (besök för telefonkontakt). Det är främst Öron-, näs- och halskliniken som tappade dagkirurgiska besök, detta pga nedläggningen av mottagningen på Danderyd.

P.g.a. av lägre produktion än avtalat har Karolinska per december inte lämnat några rabatter för överproduktion.

Avdraget för ej uppfyllda kvalitetsmål 2012 blev 5 mkr lägre än vad som bedömdes i bokslutet 2012.

I likhet med 2012 görs bedömningen att vårdavtalets kvalitetsmål inte fullt ut kommer att uppnås för år 2013. En reducering av intäkten på 23,5 mkr har bokförts för 2013.

Sammanfattningsvis producerade Karolinska färre vårdtillfällen i sluten vård än budget/avtal. Det var framförallt volymer med korta vårdtider och låg DRG-vikt som minskade. De vårdtillfällen som producerades hade en högre casemix (DRG-vikt), högre andel kostnadsytterfall, längre tid på intensivvården samt längre sk knivtid per operation. Detta pekar på högre vårdtyngd. Öppenvårdens produktion var lika stor 2013 som 2012.

Sidoavtal

Nedanstående tabell sammanfattar de största avvikelserna avseende sidoavtal 2013.

<i>Tabell :Ackumulerad avvikelse mot budget för sidoavtal</i>	
	mkr
	ack. Dec
Sidoavtal	avv. budget
Vårdval förlossning	-2,5
Vårdval ortopedi	3,1
Vårdval ultraljud	-14,6
ECMO	41,9
Neuro-vårdkedja, ryggmärgsskadevård	6,3
Geriatrisk	-19,5
Brännskadeavtalet	26,5
Läkemedel	-5,2
SLL-strategiska satsningar på högspec.vård	55,8
HIPEC	13,7
Hemodialys	10,1
Cochlea	7,5
Mammografi	4,7
Övrigt	6,2
SUMMA	134,0

De totala sidoavtalsintäkterna per december var 134,0 mkr högre än budgeterat. Utfallet för december var 51,6 mkr högre än budget.

Antalet vårdtillfällen för vårdval förlossning blev som budgeterat efter en återhämtning av produktionen under hösten. Utfall (vårdtillfällen) 2013 var 1,8% högre än utfall 2012. I perioden har 3 060 tkr fakturerats som en extra ersättning under sommarperioden, jun-aug. Ersättning blev 1.000 kr per förlossning. Karolinskas marknadsandel 2013, mätt i antal, blev 29,2% vilket är störst i Stockholm. Sjukhusets andel var nästan lika stor 2013 (29,2%) som 2012 (29,3%). Utfallet för besöken i öppen vård blev knappt 2 000 besök högre än budgeterat (+5,9%).

Utfallet för vårdtillfällen i slutenvård avseende vårdval höft/knä var ca 50 st fler än budget och 20 st fler än 2012 års utfall. Karolinskas marknadsandel slutade på 9,1% för 2013, 2012 års andel var 8,5%.

Intäkten för vårdval ultraljud var också negativ jämfört budget. Utfört antal besök 2013 var lägre än både budget och föregående års utfall (-3.397 bes, -26,7%. Dessutom fanns det en felbudgetering mellan kvinnokliniken och olika vårdval.

ECMO-verksamhetens positiva avvikelse mellan utfall och budget beror på ett ökat antal patienter. Dessutom har vårdtiden för patienterna ökat.

Per december var Geriatriska kliniken intäkter 19,5 mkr lägre än budget. Avtalet och inrapporterad budget till LSF skiljer sig åt. Avtalet har högre volymer än budget. Geriatriken når inte upp till avtalade volymer. Produktionen var också lägre än föregående år, totalt 144 vårdtillfällen. Den geriatriska kliniken har under 2013 haft många färdigbehandlade patienter som väntat på utskrivning från kliniken. Dessa utskrivningar har dock inte kunnat verkställas på ett normalt sätt då mottagarna, främst Botkyrka och Huddinge kommun, inte kunnat ta emot patienterna. Patienterna har då legat kvar på den Geriatriska kliniken och förhindrat annan vård. Detta utgör den främsta orsaken till kliniken lägre produktion. Antalet färdigbehandlade patienter var ca 120 st under året.

Mindre bidragande orsaker till lägre produktion har också varit problem med vårdrelaterade infektioner (VRI) samt av calicieutbrott under oktober månad.

Brännskadevårdens avtalade intäkter täcker inte kostnaderna för vården i Uppsala (rikssjukvård). Beställarna har kompenserat Karolinskas högre kostnader med högre intäkter, utöver avtal/budget (26,5 mkr).

Cochleaverksamheten har under året fått en tilläggsbeställning som inte fanns med i den ursprungliga budgeten.

Neurovårdkedjan har under året fått en tilläggsbeställning pga ökat patientbehov. Tilläggsbeställningen är inte budgeterad.

Avvikelsen för Mammografi beror till största delen på en felbudgetering.

SLL-strategiska satsningar flyttades från övriga intäkter till sidoavtal efter det att budgeten fastslogs.

Nya avtal som ej var med i budgeten:

Avtal för Hipec-verksamheten blev klart efter det att budgeten rapporterades.

Även Hemdialysverksamheten har ett nytt avtal. Avtalet blev klart i oktober 2013 och är därför inte budgeterat 2013.

Tabell: SLL-vård

SLL vård antal vårdtillfällen/besök	Ack utfall 1312	Ack Budget 1312	Differens Utfall - Budget 1311	Ack utfall 1212	Förändr Ack utfall	Prognos 2013	Budget 2013	Bokslut 2012	Avvik Prognos Budget
Vårdavtalet för somatisk specialistvård									
Öppenvård akut	181 690	172 905	5,1%	180 085	0,9%	181 690	172 906	180 085	5,1%
Öppenvård elektiv	1 118 356	1 141 518	-2,0%	1 117 595	0,1%	1 118 356	1 141 518	1 117 595	-2,0%
Summa öppenvårdsbesök	1 300 046	1 314 424	-1,1%	1 297 680	0,2%	1 300 046	1 314 425	1 297 680	-1,1%
Slutenvård akut	57 100	60 407	-5,5%	59 333	-3,8%	57 100	60 407	59 333	-5,5%
Slutenvård elektiv	28 048	29 874	-6,1%	28 734	-2,4%	28 048	29 874	28 734	-6,1%
Summa slutenvård	85 148	90 280	-5,7%	88 067	-3,3%	85 148	90 280	88 067	-5,7%
varav kostnadsytterfall	7 719	6 310	22,3%	7 141	8,1%	7 719	6 310	7 141	22,3%
Vårdval för somatisk specialistvård									
Öppenvård	43 752	49 481	-11,6%	50 469	-13,3%	43 752	49 481	50 469	-11,6%
Slutenvård	9 218	9 168	0,5%	9 035	2,0%	9 218	9 168	9 035	0,5%
Sidoavtal, övrigt inom somatisk specialistvård									
Öppenvård	102 047	92 373	10,5%	95 108	7,3%	102 047	92 373	95 108	10,5%
Slutenvård	1 115	1 293	-13,8%	1 169	-4,6%	1 115	1 293	1 169	-13,8%
Totalt somatisk specialistvård									
Öppenvård	1 445 845	1 456 278	-0,7%	1 443 257	0,2%	1 445 845	1 456 278	1 443 257	-0,7%
Slutenvård	95 481	100 741	-5,2%	98 271	-2,8%	95 481	100 741	98 271	-5,2%
Geriatrisk vård									
Öppenvård	5 923	5 827	1,6%	5 664	4,6%	5 923	5 827	5 664	1,6%
Slutenvård	3 217	3 265	-1,5%	3 361	-4,3%	3 217	3 265	3 361	-1,5%

Tabell : All vård antal vårdtillfällen och besök

All vård antal vårdtillfällen/besök	Ack utfall 1312	Ack budget 1312	Utfall 1312 - Budget 1312 %	Ack utfall 1212	Förändring utfall 1312 - 1212	Prognos 2013	Budget 2013	Avvikelse helår Prognos - Budget		
Öppenvård akut	218 562	211 080	4%	219 911	-1 349	-1%	218 562	211 080	7 482	4%
Öppenvård elektiv	1 281 080	1 297 237	-1%	1 276 294	4 786	0%	1 281 080	1 297 237	-16 157	-1%
- Besök som saknas i VAL*	0			519						
Summa öppenvårdsbesök	1 499 642	1 508 317	-1%	1 496 205	3 437	0%	1 499 642	1 508 317	-8 675	-1%
varav utom län/utl. vård	47 874	46 377	3%	47 284	590	1%	47 874	46 377	1 497	3%
Slutenvård akut	68 705	74 883	-8%	73 911	-5 206	-7%	71 922	74 883	-2 961	-4%
Slutenvård elektiv	36 139	35 428	2%	33 991	2 148	6%	32 922	35 428	-2 506	-7%
Summa slutenvårdtillfällen	104 844	110 311	-5%	107 902	-3 058	-3%	104 844	110 311	-5 467	-5%
varav förlossning totalt									0	
varav utom län/utl. vård	6 146	6 306	-3%	6 290	-144	-2%	6 146	6 306	-160	-3%
* Besök för senaste månaden som ej registrerats i VAL vid månadsstängningen. Dessa besök finns nu med i Visare (eftersläpning + spinalis)										
Genomsnittligt ant disp. vårdplatser	1 314			1 352	-38	-3%	1 314		1 314	

Tabell : Vårdval

SLL vård antal vårdtillfällen/besök	Ack utfall 1312	Ack budget 1312	Differens Utfall - Budget 1311	Ack utfall 1212	Förändring utfall 1311 - 1211	Prognos 2013	Budget 2013	Bokslut 2012	Avvik Prognos Budget
Vårdval för somatisk specialistvård Öppenvård									
Vårdval Förlossning	34 418	32 507	5,9%	37 489	-8,2%	34 418	32 506	37 489	5,9%
Vårdval Höft/knä	1	155	-99,4%	250	-99,6%	1	155	250	-99,4%
Vårdval Ultraljud	9 333	16 819	-44,5%	12 730	-26,7%	9 333	16 819	12 730	-44,5%
Summa öppenvårdsbesök	43 752	49 481	-11,6%	50 469	-13,3%	43 752	49 481	50 469	-11,6%
Vårdval för somatisk specialistvård Slutenvård									
Vårdval Förlossning	8 944	8 948	0,0%	8 785	1,8%	8 944	8 948	8 785	0,0%
Vårdval Höft/knä	274	220	24,5%	250	9,6%	274	220	250	24,5%
Vårdval Ultraljud									
Summa slutenvårdstillfällen	9 218	9 168	0,5%	9 035	2,0%	9 218	9 168	9 035	0,5%

För vårdval Höft/knä ingår eventuella besök före och efter operation i slutenvårdsersättningen. Därmed registreras normalt sett inga separata besök.

Tabell : SLL vård antal poäng

SLL vård antal poäng	Ack utfall 1311	Budget 1311	Avvikelse utfall Budget	Prognos 2013	Budget 2013	Avvikelse helår Prognos - Budget
Vårdavtalet för somatisk specialistvård						
DRG-poäng	223 309	227 737	-4 428 -2%	223 309	227 737	-4 428 -2%
Sidoavtal inom somatisk specialistvård som ersätts med DRG						
DRG-poäng	3 951	14 553	-10 602 -73%	3 951	14 553	-10 602 -73%
Geriatrisk vård						
DRG-poäng	4 604	5 884	-1 280 -22%	4 604	5 884	-1 280 -22%

3.1.2 Produktivitet

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 2012. I samråd med Lsf redovisar vi (liksom tidigare år) båda modellerna men vill betona att för Karolinska blir Lsf modellen något missvisande (jämför inte ”äpplen och äpplen”)

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 kostnader relaterade till Nya Karolinska som programkontor NKS och MT/IKT. Vidare har totalkostnaden justerats för kostnader kopplade till labdivisionens externa försäljning

Enligt sjukhusets modell har produktiviteten minskat med 1,5 % vilket bedömts vara en mer korrekt bild av produktivitetsutvecklingen.

Den försämrade produktiviteten förklaras av att producerande poäng har minskat med 1,1 % samtidigt som justerade kostnader har ökat med 0,4 %. Se vidare bilagda beräkningar.

Tabell : Produktivitet år 2013 enligt olika beräkningsmodeller (LSF & K)

	Bokslut 2013	Bokslut 2012 ver LSF	Bokslut 2012 ver K	Förändr ver LSF	Förändr ver K
Kostnader och produktion, fasta priser och poäng enligt 2012 års grupperare och viktlista					
Justerad totalkostnad, (tkr)	13 432 412	13 382 805	13 382 805	0,4%	0,4%
Justerad bemanningskostnad, (tkr)	7 948 709	7 974 879	7 974 879	-0,3%	-0,3%
Totalt antal fasta produktionspoäng	264 718	274 471	267 721	-3,6%	-1,1%
Nyckeltal, fasta priser					
Justerad totalkostnad/ poäng (kr/poäng)	50 742	48 759	49 988	4,1%	1,5%
Justerad bemanningskostnad/ poäng (kr/poäng)	30 027	29 055	29 788	3,3%	0,8%
Produktivitetstal, fasta priser					
Poäng/ justerad totalkostnad (poäng/mkr)	19,7	20,5	20,0	-3,9%	-1,5%
Poäng/ justerad bemanningskostnad (poäng/mkr)	33,3	34,4	33,6	-3,2%	-0,8%

3.1.3 Produktion ur ett jämställdhetsperspektiv

Tabell : Produktion 2012-2013 relation mellan kvinnor och män

All vård antal vårdtillfällen/ besök	Kvinnor utfall 2013	Kvinnor utfall 2012	Förändring 2013-2012		Män utfall 2013	Män utfall 2012	Förändring 2013-2012	
Öppenvård	810 857	822 448	-11 591	-1,4%	688 785	673 757	15 028	2,2%
Slutenvård	56 131	57 897	-1 766	-3,1%	48 713	50 005	-1 292	-2,6%

Ca 54 % av vårdhändelserna i slutenvård nyttjas av kvinnor. Män nyttjar ca 46 %.
Ungefär samma relation mellan kvinnor och män gäller för öppenvård.

3.1.4 Vårdplatser

Tabell : Vårdplatser 2013-2013, sammanfattning

Antalet slutenvårdsplatser	Genomsnitt disponibla vårdplatser 2013	Genomsnitt disponibla vårdplatser 2012	Förändring Bokslut
Somatisk specialistvård	1 220	1 261	-41
Psykatri			0
Geriatrisk	111	112	-1
Totalt antal vårdplatser	1 331	1 373	-42

Antalet vårdplatser 2013(inkl tekniska) är 3 % lägre än 2012, orsaken är stängda vårdplatser beroende på bemanningsproblem. Antalet vårdplatser per klinik redovisas i bilaga.

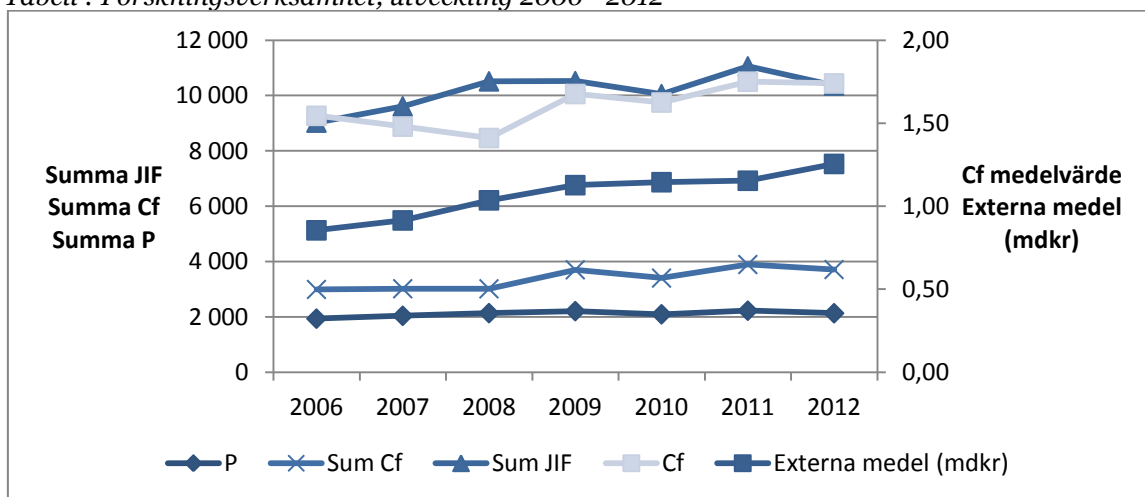
3.2 FoU

Forskningen och utbildning utgör mycket viktiga verksamhetsområden på Karolinska. Ungefär 1 900 personer var aktiva inom klinisk forskning på sjukhuset 2013. Över 100 000 timmar användes för att utbilda läkarstudenter. Totalt utfördes 38 500 utbildningsveckor för studenter (högskola) på sjukhuset. Ungefär 510 ST-läkare fanns på sjukhuset 2013.

Kvalitet på forskning mäts gärna genom fältnormerad citeringsgrad där världsgenomsnittet är 1. Karolinska har ett genomsnittligt värde på över 1,7 vilket är långt över världsgenomsnittet. Av alla artiklar som publicerats av forskare aktiva på sjukhuset har ett urval av tio mest citerade artiklar under 2013 gjorts. Artiklarna täcker vitt skilda områden; stamcells forskning, epidemiologi, reglering av fettomsättning och fettväv, ateroskleros, mekanismer bakom åldrande, behandling av kardiovaskulär sjukdom, inflammation och basala hjärnfunktioner.

Sjukhuset mäter utvecklingen av forskningsverksamheten genom Cf (fäktnormerad citeringsgrad), mängd artiklar, Summa Journal Impact Factor samt mängd externa medel. Framtagning av mätetalen görs under våren, varför 2013 års värden ännu inte finns tillgängliga. I nedanstående graf visas utvecklingen under de senaste åren:

Tabell : Forskningsverksamhet, utveckling 2006 - 2012



Ett nytt forskningshus (U2) planeras i anslutning till NKS nya sjukhusbyggnad. Forskningslokaler finns även i befintliga laboratoriebyggnaden L8. Avsikten är att skapa en stark sammanhållen infrastruktur för kliniska forskare med nära lokalisering både vården (sjukhusbyggnaden) och Karolinska Institutets Campus i Solna. Under 2013 har ett omfattande arbete gjorts med planering av och förberedelser för upphandling av utrustning, allokering av forskargrupperingar i lokalerna, samverkansmodell för forskning inom och mellan faciliteterna samt samordning av och samverkan om framtida experimentell verksamhet.

Stockholms läns landsting har från 2013 avsatt särskilda projektmedel för att förstärka utvecklingen inom primärvård, psykiatri och geriatrik (PPG) samt inom hälsa, medicin och teknik (HMT), vilket är forskning och utveckling i samarbete med KTH. Utlysning och bedömning av ansökningar hanterades av Karolinskas FoU-kansli. Granskning gjordes genom en oberoende prioriteringsgrupp. Projekten innefattar diagnostik och behandling inom sjukdomsområdena: HIV, hjärtkärlsjukdomar, flera cancerområden, graviditetsrelaterade sjukdomar och Alzheimer.

Karolinskas FoU-kansli handlägger även utlysning och bedömning av landstingets ALF-projektmedel för kliniskt inriktade medicinska forsknings- och utvecklingsprojekt med en tydlig koppling till hälso- och sjukvårdens behov, och 149 av 397 ansökningar beviljades. Vidare har fem kliniska forskartjänster, tio kliniska postdokortjänster och fem ST-forskartjänster fördelats i landstinget, samtliga avsedda för halvtid klinisk forskning.

Under 2013 har intensivt arbete pågått för att utveckla en kompetensmodell för sjuksköterskor och barnmorskor. Syftet är att visa hur sjuksköterskor och barnmorskor kan växa och utvecklas i den patientnära vården inom sjukhuset. Modellen beskriver

utvecklingsmöjligheter från nyexaminerad till erfaren sjuksköterska, med angivna minimikrav för varje nivå vad gäller klinisk erfarenhet och akademisk meritering.

FoU-ledningen har slutligen också under året haft en central roll i sjukhusets arbete med värdebaserad vård, där en central aktivitet är att integrera detta med flödesarbetet. Det övergripande målet är bättre värde i vården för våra patienter. Genom att verksamheten strävar efter förbättrad vårdkvalitet så kommer därigenom också forskningsresultat på ett naturligt sätt implementeras i vården.

4. Verksamhetens ekonomiska resultat

4.1 Årets resultat

Tabell: resultaträkning 2013 jämfört budget och f.g. år

Resultaträkning (Mkr)	Bokslut 2013	Budget 2013	Avvik mkr	Avvik %	Bokslut 2012	Förändr 2012-13 %
Vård SLL	11 628	11 817	-189	-2%	11 405	2%
Utom/utland	980	938	42	4%	1 009	-3%
Sjukvårdstj	1 160	1 148	12	1%	1 115	4%
Övriga Intäkter	1 108	1 116	-8	-1%	1 038	7%
FoUU	799	725	74	10%	754	6%
Verksamhetens intäkter	15 675	15 744	-69	0%	15 321	2,3%
Personal	-8 916	-9 032	116	1%	-8 692	-3%
Sjukvårdstj	-380	-316	-64	-20%	-350	-9%
Material	-1 253	-1 190	-63	-5%	-1 222	-2%
Läkemedel	-1 597	-1 700	103	6%	-1 617	1%
Hyra	-1 277	-1 308	31	2%	-1 252	-2%
Övriga kostnader	-1 916	-1 790	-126	-7%	-1 823	-5%
Verksamhetens kostnader	-15 338	-15 336	-2	0%	-14 956	2,6%
Avskrivningar	-309	-313	4	1%	-294	-5%
Finansnetto	-36	-37	0	1%	-36	-1%
Resultat	-9	58	-67		35	

Sjukhusets resultat för år 2013 var -9 mkr, 67 mkr lägre än budget. Resultatet var 44 mkr lägre än föregående års resultat.

Jämfört senaste prognosen i november försämrades årets resultat med 37 mkr (Intäkterna +45 mkr och kostnaderna -82 mkr). Större prognosavvikelse var vårdintäkter SLL +48 mkr, öppenvårdsläkemedel -28 mkr och övriga kostnader - 36 mkr.

Intäkterna var 69 mkr lägre än budget och kostnaderna 2 mkr högre än budget.

Tabell: Avvikelse mot budget per december 2013

Mkr	Intäkt	Kostnad	Resultat	Beslut av
Textkommentar	Avvikelse Ack utfall - periodbudg	Avvikelse Ack utfall- periodbudg	Avvikelse Ack utfall- periodbudg	LF/LS/ HSN (Belopp)
Vårdintäkter Huvudavtal volymavvikelse				
Slutenvård (-336 mkr) och Öppenvård (+32 mkr) *	-368	184	-184	-
Vårdintäkter Huvudavtal snittviktavvikelse				
Slutenvård (+151 mkr) och Öppenvård (-40 mkr)	111		111	-
Återbetald viktglidning över 1,5%	-57		-57	-
Ej uppfyllda kvalitetsmål	-23		-23	-
Huvudavtal, övrigt	15		15	-
Sidoavtal, ECMO	42	-42	0	-
Sidoavtal, lägre vårdvalsintäkter mm	-14	14	0	-
Sidoavtal, Brännskadevård mm	50	-50	0	-
Sidoavtal, strateg satsning hös pec.vård (flyttad från RR-rad Övr.intäkt)	56	-56	0	-
Högre utomlänsintäkter*	42	-21	21	-
Ökad försäljning labtjänster mm	13	-13	0	-
Programk NKS & MT IKT, senarelagd verksamhet	-43	43	0	-
Övr intäkter & tj - externa projekt mm	23	-23	0	-
FOUU - ökad projektverksamhet	74	-74	0	-
Personalkostnader, bl.a. effektivisering, senarelagd verksamhetsstart, m.m. (störst personalkostnads- avvikelser genereras via vårdintäktsavvikelser ovan)		116	116	-
Materialkostnader, ökade kostnader		-63	-63	-
Läkemedelskostnad inkl KÖL		103	103	-
Sjukvårdskostnader, bl.a. Op-tjänster, extern röntgen		-64	-64	-
Hyrekostnad, indexjusterad budget		31	31	-
Viteskostnader		-23	-23	-
Inhyrd personal		-29	-29	-
Övriga kostnader: ökade kostnader för Konsulter, Underhåll på fastigh och utrustn mm		-30	-30	-
Avskrivningar, senarelagda investeringar		4	4	-
			0	-
Ej RR-radfördela intäkts/kostnadspost	10	-5	5	-
S:a avvikelse	-69	2	-67	-
Finansnetto			1	-
S:a Resultatavvikelse			-66	-
* bedömd kostnadseffekt, 50% marginalkostnad				

Tabell : Förändring av utfall mellan 2012 och 2013

Mkr		
Textkommentar	förändr mkr	förändr %
Vårdintäkter Huvudavtal lägre volym slv 2013 än 2012	67	0,7%
Sidoavtal, utökning strateg satsning , ECMO mm	158	8,4%
Övr Intäkter	84	2,7%
FoUU	45	6,0%
Summa Intäkter	354	2,3%
Personal	-224	2,6%
Övriga kostnader inkl avskrivn	-174	2,7%
Summa Kostnader	-398	2,6%
S:a förändring	-44	

Jämförelse med föregående år har verksamhetens intäkter ökat med 2,3 % och verksamhetens kostnader med 2,6 %. Den lägre intäktsökningen kan härledas till den underproduktion som sjukhuset haft under 2013 och som är huvudorsaken till resultatförsämringen mellan åren.

4.1.1 Intäkter

Huvudavtalets intäkter var -323 mkr lägre än budget och den främsta orsaken var lägre vårdsvolymer än budgeterat. Låg produktionsvolym kompenseras bara till viss del av högre vårdtyngd.

Sidoavtalsintäkterna var 133 mkr högre än budget med en kraftig förbättring under månaden med +51 mkr. Sammantaget genererades störst positiv avvikelse via Strategisk högspec.vård 56 mkr., Ecmo 42 mkr och Brännskadevård 27 mkr.

Utomlänsintäkterna var 42 mkr högre än budget men 30 mkr lägre än föregående år.

Intäkter för FoUU var 74 mkr högre än budget p.g.a. en högre aktivitet avseende ALF-projekt än budgeterat.

Övriga intäkter var 20 mkr lägre än budgeterat vilket bl.a. förklaras av att sjukhusets strategiska satsningar initialt var budgeterade på raden övriga intäkter men överfördes senare till sidoavtal. Programkontoret Nya Karolinska och MT/IKT har haft en lägre aktivitetsnivå än planerat.

4.1.2 Vårdintäkter

Vårdintäkterna för huvudavtal och sidoavtal beskrivs mer i detalj med kopplingen till förändrade volymer under avsnitt 3.2 Produktion Vård.

4.1.3 Kostnader

Sjukhusets kostnader var 2 mkr högre än budget för 2013.

Kostnaden för personal var 116 mkr lägre än budgeterat. I huvudsak förklaras avvikelsen av ett högt vakansläge, framför allt av specialistsjuksköterskor, samt ej fördelade reservmedel. Se vidare separat avsnitt.

Läkemedelskostnaderna för öppen och slutenvård var sammantaget 103 mkr lägre än budget. Aktivt och strukturerat effektiviseringsarbete har huvudsakligen genererat överskottet samtidigt som lägre produktion också medfört lägre läkemedelskostnader.

Med undantag för hyra och avskrivningar var alla övriga kostnadsrader sammantaget högre än budget, ca -250 mkr. Avvikelserna kan bl.a. härledas till produktionsrelaterade poster som t.ex. inhyrd personal, vårdgarantiviten, verksamhetsorienterade konsulter och köpta sjukvårdstjänster. Andra orsaker är t.ex. en ökad extern projektverksamhet med stora konsultinsatser. Dessa motsvaras normalt av lika höga projektintäkter.

4.1.4 Övriga kostnadskommentarer

Diverse övriga tjänster

Konto 7590 Diverse övriga tjänster (ej konsulter) var för år 2013 sammantaget 186 mkr. Av dessa var 127 mkr kostnader för sjukhusets övergripande ansvar för FoUU-medel som berörda förvaltningar och bolag löpande fakturerade sjukhuset.

IT-kostnader

IT-kostnaderna minskade med 25 mkr (5 %) mellan år 2012 och 2013. SLL-interna minskade samtidigt som SLL-externa ökade.

mkr	År 2013	År 2012	förändr
IT-kostnad SLL-interna	-291	-338	47
IT-kostnad SLL-Externa	-179	-157	-22
IT totalt	-470	-495	25

Minskningen totalt och för SLL-interna förklaras av att år 2012 redovisades delar av IT-konsulttjänsterna som IT-kostnad. Under 2013 har delar av IT-verksamheten förts tillbaka till Karolinska. Se nästa avsnitt *Konsultkostnader*.

Konsultkostnader

mkr	År 2013	År 2012	förändr
Konsulttjänster IT	-123	-56	-67
Övriga Konsultarvoden	-338	-305	-33
Konsultkostnader totalt	-460	-360	-100

Konsultkostnaderna totalt ökade med 100 mkr mellan 2012 och 2013. Av dessa avser 67 mkr IT-konsulter som år 2012 redovisades som IT-kostnad.

Övriga konsultkostnader (konto 7561,7562 och 7569) ökade under året med 33 mkr. 20 mkr av dessa avser kostnader kopplade till Nya Karolinska (Programkontor NKS och MT/IKT).

IT-kostnaderna sammantaget (tjänster & konsulter) innebär en ökad kostnad med drygt 40 mkr. Ökningen förklaras delvis av att verksamhet har överförts från SLL-IT till Karolinskas ansvarsområde.

4.1.5 Koncernexterna intäkter och kostnader

Tabell: Utfall 2013 för SLL-externa intäkter och kostnader

SLL-extern resultaträkning Mkr	SLL-externt Bokslut 2013	SLL-externt Bokslut 2012	Förändr mkr	Förändr %	SLL-externt Budget 2013	Avvik Bokslut-Bu
Verksamhetens intäkter	1 827	1 881	-54	-2,9%	1 900	-73
Verksamhetens kostnader	-10 119	-9 855	-264	2,7%	-9 968	-151
Avskrivningar	-309	-294	-16	5,3%	-309	0
Finansnetto	0	0	0		0	0
Resultat	-8 601	-8 268	-333	4,0%	-8 377	-224

Bokslutet 2013 avseende SLL-externa intäkter och kostnader innebar jämfört föregående år en resultatförsämring för Koncernen med 333 mkr. Intäkterna var 54 mkr lägre, bl.a. p.g.a. lägre Utomlans/Utländsintäkter. Kostnaderna ökade med 264 mkr, bl.a. personalkostnader och övriga kostnader som sammantaget var 267 mkr högre än föregående år. Jämfört budget försämrades Koncernens resultat med 224 mkr.

4.1.6 Personal

Tabell: Bemanningskostnader, inhyrd personal och sjukfrånvaro
Utfall 2013 jämfört budget och föregående år

Bemanningskostnader Mkr	Bokslut 2013	Bokslut 2012	Förändr %	Budget 2013	Avvik Bokslut-Bu
Summa personalkostnader	-8 916	-8 692	2,6%	-9 032	116
varav förändring sem- och löneskuld	-23	-4	423%	-10	-13
varav lönekostnad	-6 125	-5 973	2,5%	-6 128	3
varav po-pålägg	-2 640	-2 596	1,7%	-2 775	135
Inhyrd personal	-79	-57	38%	-50	-29
varav läkare	-8	-10	-22%		
varav sjukvårdspersonal	-66	-44	52%		
varav övrig personal	-4	-3	50%		
Summa bemanningskostnad	-8 994	-8 749	3%	-9 082	88

Sjukfrånvaromått	Bokslut 2013	Bokslut 2012	Förändr %-enh	Budget 2013	Avvik %-enh
Procentuell sjukfrånvaro	5,5%	0	0,3%	5,0%	0,5%

Personal i korthet

- Personalkostnaderna inklusive övriga personalkostnader var 116 mkr lägre än budget (1,3 %)
- Lönekostnaden var 2,5 % högre än föregående år
- Personalvolymen mätt i genomsnittlig antal årsarbetare var 0,72 % lägre än föregående år
- Andelen närvaro, inklusive extratid, är i princip oförändrad jämfört med föregående år. Andelen extratid av den totala närvaron, är 5,3 %, vilket är en procentuell ökning jmf 2012 (4,9 %). Detta kan hänföras till det ansträngda bemanningsläget.
- Kostnaden för inhyrd extern personal har varit hög framförallt på grund av svårigheter att rekrytera sjuksköterskor
- Personalomsättningen har ökat med drygt 1 % jämfört 2012 och var 2013 11,8 %, motsvarande för sjuksköterskor var 13,9%

Jämförelse utfall och budget för ackumulerad period

Bemanningskostnaderna totalt för år 2013 var 88 mkr (1 %) lägre än budget.

Lönekostnaderna, vilka utgör den största delkomponenten av personalkostnaderna, förväntas vara i en högre nivå 2014 än vid årsbokslutet 2013. Målsättningen under 2014 är att ersätta inhyrd personal och extrapersonal med rekrytering av idag vakanta tjänster. En hög personalomsättning under året har medfört ökade kostnader p.g.a. inskolningar, mindre rutinerad personal m.m.

Inhyrd personal

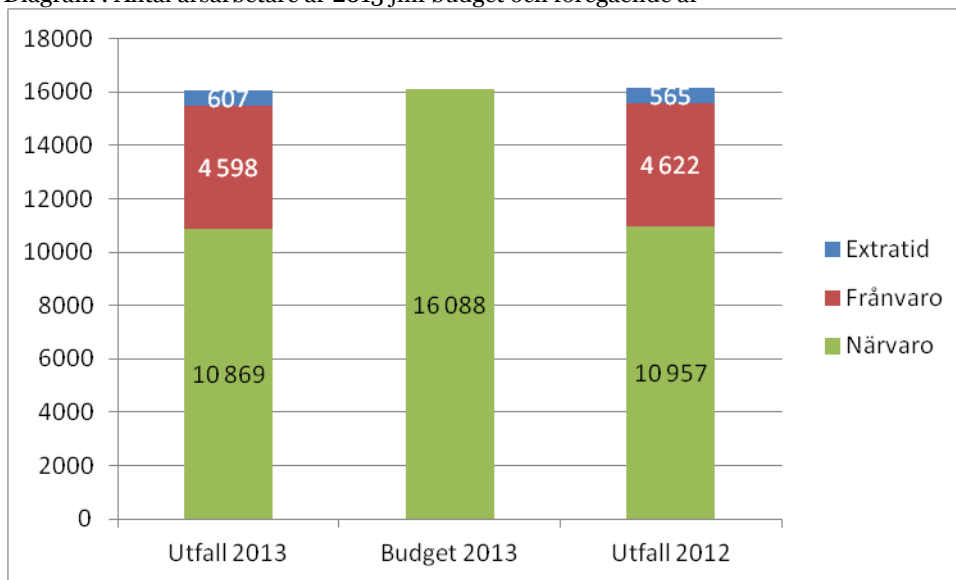
Karolinska har under 2013 haft kostnader för inhyrd personal om 79 mkr. Det motsvarar en kostnadsökning på 38% jfr med föregående år (57 mkr). Det är främst kostnaderna för inhyrd övrig sjukvårdspersonal som har ökat (exkl. läkare) och kostnaden totalt för 2013 är 66 mkr. Kostnaden för övrig inhyrning av personal har ökat med 1,4 mkr med föregående år, motsvarar en ökning om 49%.

Utveckling helårsarbete samt verksamhetsförändringars effekt

Personalvolym/Helårsarbete	Bokslut 2013	Budget 2013	Avvikelse		Förändr %	LF/LS/HS
			Bokslut- bu	Bokslut 2012		
Helårsarbeten exkl. extratid	15 467	16 088	-621	15 579	-0,72%	

Antal Helårsarbete exkl. extratid har minskat med 112 stycken jämfört med föregående år, vilket motsvarar en minskning på 0,72 %. Avvikelsen jämfört med budget beror ffa på dålig kvalitet i budget för personalvolym. Stora ansträngningar för att förbättra kvaliteten i volymbudgeten framförallt gällande fördelning närvaro/frånvaro har genomförts under året och fortsätter även under 2014.

Diagram : Antal årsarbetare år 2013 jmf budget och föregående år



Tabell Antal årsarbetare (inkl extratid och frånvaro) per division/central stab 2013-2012

Division	2013-12-31	2012-12-31	Förändr antal	Förändr %
ALB	2 246	2 299	-53	-2%
MK2	2 008	2 069	-61	-3%
MK1	1 305	1 300	5	0%
Huvud	2 459	2 475	-16	-1%
Onk/Thx	2 227	2 253	-26	-1%
Akut	2 679	2 702	-23	-1%
Lab	2 027	1 992	34	2%
Staber	1 124	1 055	69	7%
Summa	16 074	16 144	-70	-0,4%

Akkumulerat december 2013 har antalet helårsarbete minskat med 70 jämfört med samma period 2012. Samtliga divisionerna har en ändrad personalvolym mellan – 2 % till +7% jämfört med föregående år.

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

Sjukfrånvaro

Under 2013 uppgick den totala sjukfrånvaron till 5,5 %. I dagar motsvarar det en ökning med 0,8 dagar. Kvinnornas sjukfrånvaro är betydligt högre än männens och uppgår till 6,3 % jämfört med 2,5 % för männen. Periodens värde överstiger Karolinskas målvärde med 0,5 procentenheter. En anledning till den höga sjukfrånvaron är de dubbla influensperioderna som inföll under 2013. Detta gjorde att sjukfrånvaron steg i landet generellt, ökningen är inte unik för Karolinska.

Sjukfrånvaron delas upp i olika intervall, 1-14 dagar, 15-90 dagar samt 91 dagar eller mer. I intervallet 1-14 dagar minskar kvinnornas sjukfrånvaro med 0,1 dagar. Männens sjukfrånvaro är i stort sätt oförändrad jämfört med 2012. Totalt sätt minskar antalet sjukdagar med 0,09 dagar i intervallet 1-14 dagar. I intervallet 15-90 dagar har antalet sjukdagar ökat med 0,54 dagar. Kvinnors sjukfrånvaro har ökat med 0,65 dagar medan männens sjukfrånvaro har ökat marginellt. I intervallet 91 dagar eller mer har antalet sjukdagar ökat med 0,34 dagar. Kvinnornas sjukfrånvaro har ökat med 0,5 dagar medan männens har minskat med 0,26 dagar.

Den största ökningen av sjukfrånvaro kan ses hos barnmorskor och paramedicinsk personal där ökningen är 14,7% resp. 19,6 % (motsvarar ca 2 dagar per anställd under 2013)

4.2 Resultatdisposition

	mkr
Årets resultat före bokslutsdispositioner	-9
- varav resultatkrav	58
Resultat som återställs under de två nästkommande åren	-67

4.3 Investeringar

Tabell : Investeringar 2013, utfall jämfört budget

Investeringar Mkr	Bokslut 2013	Nuvarande status	Budget LF 2013	Avvik Bokslut-Bu
Datortomograf Thorax	10	Slutfaktura 2014	15	-5
Två stycken Angioutrustning	11	En av två levererad	23	-12
Uppgradering av DT (G20)	5	Pågående	15	-10
Utrustning till dubbla vårdavd	0	Ej genomfört	12	-12
Övriga ospecificerade objekt	271		223	48
Totalt investeringar	297		288	9

I årets utfall ingår försenade investeringar från 2011 och 2012.

Större utrustningsinvesteringar under året är:

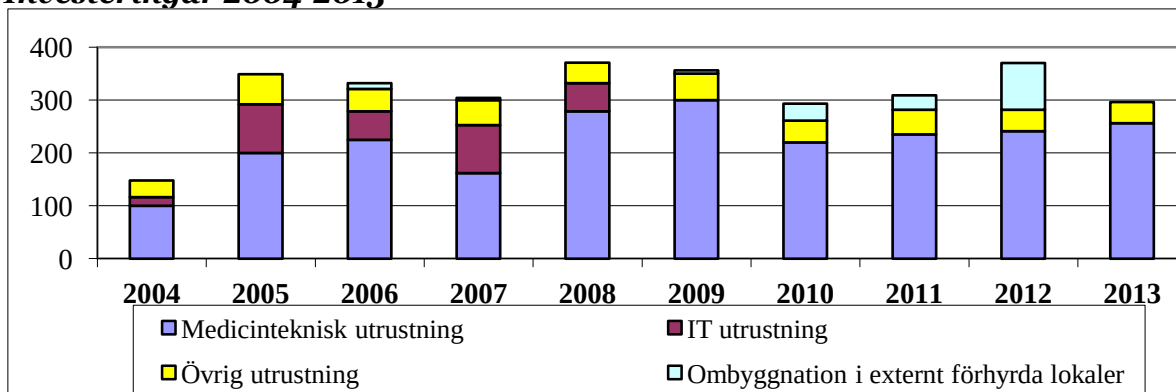
	Mkr
Utrustning till PKL (AKM), Novum (budget 2010)	38
Operationsrobot, urologen (donation)	21
MR kamera, onkologen (budget 2011)	19
Angiografiutrustning, röntgen, Solna (budget 2012 och 2013)	16
DT, röntgen, Solna (budget 2011)	10

Under 2014 kommer resterande utrustning för 19 Mkr att investeras i PKL där driftstart beräknas till april 2014.

Operationsroboten är en donation. Intäkter redovisas i takt med att roboten skrivs av.

Större fastighetsinvestering färdigställd under 2013 är Sjukhusfysik i Huddinge för 48 Mkr.

Investeringar 2004-2013



Av årets investeringar på 297 mkr avsåg 257 mkr medicinteknisk utrustning och 40 mkr övrig utrustning.

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

4.4 Balansräkning

Balansräkning (Mkr)	2013	2012	Förändring Mkr
Tillgångar			
Anläggningstillgångar	974	995	-21
Omsättningstillgångar	3 440	3 540	-100
varav kassa och bank	-152	988	-1 140
Summa tillgångar	4 414	4 535	-121
Eget kapital	941	1 007	-66
Avsättningar (samt ev Minoritetsintresse)			0
Skulder			
Långfristiga skulder	1 000	1 000	0
Kortfristiga skulder	2 473	2 528	-55
Summa skulder och eget kapital	4 414	4 535	-121

Egna kapitalets förändring förklaras av årsresultatet på – 9 Mkr och avsättning till landstingskapital för resultatkravet år 2012, 58 Mkr.

4.5 Kassaflödesanalys

Kassaflödesanalys Mkr	2013-12-31
Den löpande verksamheten	
Kassaflöde från den löpande verksamheten	242
Investeringsverksamheten	
Kassaflöde från investeringsverksamheten	-288
Finansieringsverksamheten	
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	-1 140
Årets kassaflöde	-1 186

Utebliven likvid per dec från beställarna på 946 Mkr har påverkat bankmedlen negativt.

5. Uppföljning av styrdokument

5.1 Styrningsrapport

Till förvaltningsberättelsen har bilagts följande styrningsdokument:

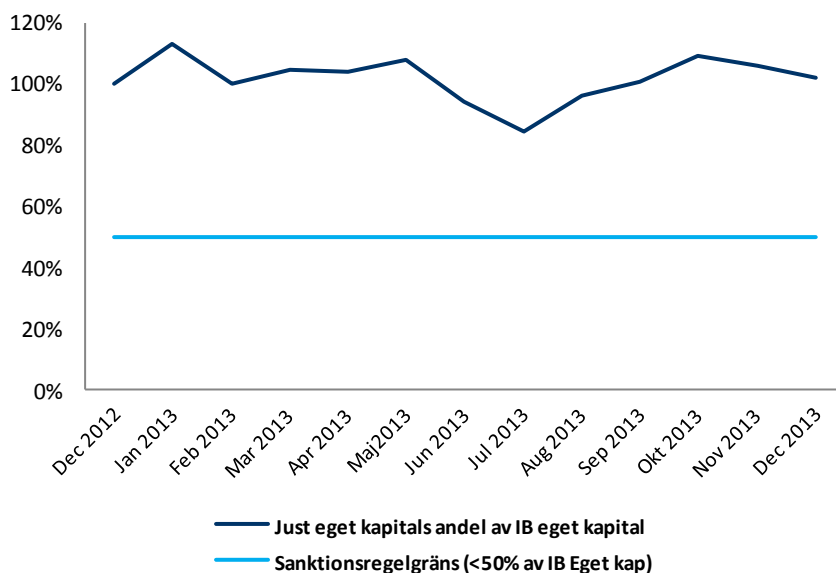
Styrningsrapport för Karolinska Universitetssjukhuset
Uppföljning policyer
Försäkran intern kontroll

5.2 Landstingets finanspolicy

Sjukhuset följer landstingets finanspolicy utan avsteg. Till förvaltningsberättelsen har bilagts Uppföljning av finanspolicy 2013.

5.3 Styrstrategi – sanktionsregel

Diagram : Utveckling av justerat eget kapital jämfört sanktionsregelgräns 2013



Resultatet per december var -9 mkr (+22 mkr efter justering för semesterskuld-förändringen som inte påverkar det egna kapitalet enligt beräkningsmodellen). Det egna kapitalets andel per december av det ingående egna kapitalet var 102 % d.v.s. god marginal till sanktionsregelgränsen på 50 %.

6. Medarbetare

Under 2013 har många verksamheter inom Karolinska brottats med stor personalbrist främst inom yrkesgruppen sjuksköterskor. Karolinska har under Q4 2013 genomfört ett omfattande arbete för att möjliggöra löpande uppföljning av vakansläget för sjuksköterskor. Detta beskrivs ytterligare under personal – och kompetensförsörjning, rekryteringsläget.

En mängd olika initiativ har initierats för att främja rekryteringen se vidare under avsnittet "orsaksanalys till underproduktion med koppling till bemanning". En inventering av alla pågående HR-projekt inom sjukhuset har genomförts och en projektportfölj har upprättats. Detta har givit sjukhuset större möjligheter att följa utvecklingen och sprida kunskapen om pågående projekt och initiativ. Se bilaga "Projektportfölj HR Karolinska 2014.ppt"

Rekrytering av vårdpersonal från andra länder inom EU/EES

Under 2013 har Karolinska påbörjat ett arbete för att utöka rekryteringen av vårdpersonal från andra länder inom EU/EES. Ett samarbete mellan Karolinska och SLSO har påbörjats och kontakter har redan etablerats med Spanien kring främst operationssjuksköterskor.

Upphandling rekryteringstjänst för sjuksköterskor

Under perioden juli till september genomfördes en upphandling av rekryteringstjänster för rekrytering av sjuksköterskor. Målsättningen är att nå en bredare urvalsgrupp i hela landet men även nå sjuksköterskor från andra nordiska länder främst Danmark.

Ramavtal tecknades med åtta leverantörer, sex svenska och två danska. En särskild resurs har avdelats inom Centrala HR i uppdrag att löpande arbeta med både leverantörer och beställande verksamheter och effekterna kan inte fullt ut utvärderas förrän vid halvårsskiftet 2014.

Rekryteringscenters uppstart och effekt

Under hösten har en samordnande funktion, Rekryteringscenter, för sjukhusets rekrytering av sjuksköterskor startats. Syftet är främst att på ett bättre sätt ta tillvara de sökande vi har, få en samordning för att undvika intern konkurrens inom sjukhuset, avlasta chefer från en hårt belastande uppgift, men även att använda nya kanaler, budskap och metoder för att attrahera de sökande.

Rekryteringscentret har både i uppgift att rekrytera ordinarie sjuksköterskor och sommarvikarier av kategorierna sjuksköterskor och undersköterskor. Centret hade en etableringsfas under september-oktober och påbörjade det faktiska annonserings- och rekryteringsarbetet under november. Behovet är omfattande både av sommarvikarier och ordinarie personal och extra resurser sätts in under januari-april när intervjuer sker i större omfattning.

Personalbostäder – stöd för personalförsörjningen

Tillgången till personalbostäder utgör ett viktigt bidrag i rekryteringssituationen. Efterfrågan på personalbostäder styrs av de behov som uppkommer vid nyrekryteringar samt av medarbetare med kortare eller längre placeringar i utbildnings- eller utbytessyfte där Karolinska står som värd. I dagsläget är det svårt att utlova personalbostad i rekryteringssammanhang eftersom behovet av bostäder är större än utbudet. Under 2013 har kön till bostäder konstant varit ca 50-90 personer jämnt fördelad över divisionerna. Cirka 35-40% av de som står i kö erbjuds bostad.

Utifrån kösituationen och antalet förfrågningar är bedömningen att lägenhetsbeståndet bör utökas kraftigt och samtal har förts med olika fastighetsaktörer om möjligheter till samarbete gällande bostäder.

Sjukhuset hyr idag (dec 2013) 85 st. lägenheter i 5 olika fastigheter, en ökning med 10 % under året. Beläggningen har varit 98-100 %.

Orsaksanalys till underproduktion med koppling till bemanning

Den interna projektgruppen TAG (tväranalytisk grupp) har under 2013 gjort en rotorsaksanalys för att identifiera orsaker till underproduktion. De tio verksamheter som i september 2013 stod för drygt 80 % av underproduktionen deltog i analysen. Bland de främsta orsakerna till underproduktion framhöll sex av de tio klinikerna att sjuksköterskebrist var den största orsaken till underproduktionen. Vidare har orsaken till bristen på sjuksköterskor ytterligare analyserats och följande orsaker till bristen har framkommit.

- a. Brist på Sjuksköterskor (nationellt) – konkurrensen är stenhård om alla sjuksköterskor
- b. Ledarskap/organisation - Flera åtgärder pågår, se avsnitt om chef och ledarskap.
- c. Bemanningsmixen (usk/ssk) - Flera åtgärder samt projekt initierade
- d. Lön – konkurrens som vi ej kan möta från andra vårdgivare - Diskussion förs löpande och individuella bedömningar görs löpande

Följande åtgärder har under året vidtagits för att behålla och främja rekrytering på Karolinska:

- Riktade lönesatsningar t.ex. kvarstannandebonus och Rekryteringsbonus
- Systematisk uppföljning av gamla och nya medarbetare – fokus avgångsenkät med direkta åtgärder
- Förändrade introduktionsprogram på divisions- och kliniknivå
- Kompetens/karriärmodell för sjuksköterskor – ökar attraktionskraft
- Förändra ledningsspann och organisation för att skapa bättre förutsättningar för chefsjuksköterska – från "schemarad" till individ
- Översyn Bemanningsmix i syfte att rätt kompetens ska göra rätt saker – syfte förbättra arbetsmiljö och patientsäkerhet
- ProCompetence/Koll – Uppfattas som positivt då man tydliggör kompetens och underlag för planering på såväl avdelning som individnivå
- Testa och förankra nyckeltal för bemanning och behovsplanering - för förbättrad styrning
- Alternativa rekryteringsvägar - Skapa idébank med förslag för hur man kan bli/ uppfattas som attraktiv arbetsgivare och locka fler att söka, samt säkerställa rätt person på rätt plats, dvs. anställa rätt. – pågår

Personal - och kompetensförsörjning

Kompetensanalys

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.

Under 2014 kommer arbetet med att införa en sjukhusgemensam kompetensförsörjningsprocess att påbörjas, i vilken en mer detaljerad kompetensanalys ingår. Karolinskas personal- och kompetensförsörjningsplan kommer att uppdateras kontinuerligt under året.

Den tidigare nämnda personalbristen som idag råder är betydande inom flera yrkesgrupper bl.a. Grundutbildade sjuksköterskor, Barnsjuksköterskor, Patologer, An-, Op-, IVA-sjuksköterskor, Neuroradiologer samt specialistläkare i anestesi och intensivvård. Enligt antaganden (prognosmodeller och manuella uträkningar) inför FHS kommer dessa brister att kvarstå eller till och med att öka. Att säkra långsiktig tillgång på dessa yrkeskategorier är en av sjukhusets mest prioriterade uppgifter.

Beträffande Biomedicinska analytiker ser vi ett ökat behov från och med 2014 och framåt på grund av bland annat stora pensionsavgångar.

Framtidens medicinsktekniska utveckling kommer troligen ha påverkan på nuvarande yrkesgruppsfördelning. Behov av nya kompetenser kan uppstå och nuvarande prognos är att behovet av MT-ingenjörer med civilingenjörskompetens, systemvetare och logistikere med akademisk examen kommer att öka.

Rekryteringsläget

Under 2013 har sjukhuset tagit in temporära resurser (inhyrd personal, övertid/fyllnadstid och timlön) för sjuksköterskor för ca 380 mkr. De temporära resurserna har kompenserat för ca 350 helårsarbetande sjuksköterskor. Om man istället för temporär personal hade lyckats tillsvidareanställa resurser hade det motsvarat ca 500 helårsarbetande sjuksköterskor (baserat på medellön för sjuksköterskor). Det hade genererat 150 ytterligare sjuksköterskeresurser som hade kunnat användas till att producera vård och öppna upp stängda vårdplatser. Eftersom de temporära resurserna kostar betydligt mer än den "egna" bemanningen så har många divisioner ett underskott jämfört med budget, trots vakansläget.

Då det saknas-automatiserat systemstöd som visar uppgifter om vakanser per yrkeskategori, har vi valt att enbart samla in uppgifter om de yrkeskategorier där vi har, eller med största sannolikhet kommer att ha, en brist i framtiden. För övriga yrkeskategorier saknas således uppgifter om vakansläget i vår sammanställning. Se även Bilaga Informationsinsamling POK-plan.xlsx

Under 2014 planerar Karolinska att påbörja användningen av den för sjukhuset anpassade Prognosmodellen, för att identifiera kritiska kompetensgap. Dessa ska ligga till grund för verksamhetens kompetensplanering.

Plan för personal- och kompetensförsörjning

Se "Projektportfölj HR Karolinska 2014.ppt"

KOLL

2013

Sjukhuset har beslutat att de verksamheter som vill införa KOLL/Procompetence skall göra det. I oktober/november tillsattes lokal processledare. Följande verksamheter har helt eller delvis infört

KOLL/Procompetence HR, LNP, Thorax/kärlmottagningen, MT, (Locum), Neo, Löneenheten, Biblioteket

2014

Målsättningen för det fortsatta arbetet är att samtliga verksamheter ska ha infört KOLL/Procompetence 2016-12 21 vilket kräver en utbyggd support och projektledarorganisation för att underlätta införandet ute i verksamheterna.

Chef- och ledarskap

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. 2013 genomfördes 45 utbildningar med totalt 499 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 7 har börjat under 2013 och 28 ledningsgrupper har genomfört den 1000-milaservice på 2 dagar. Programmet fortsätter under 2014.

Chefshandledningen syftar till att ge cheferna stöd i att utveckla sitt eget chef- och ledarskap. Under 2013 har 7 grupper avslutas och 5 grupper börjat. Hittills har totalt 55 grupper fullföljt handledningsprogrammet. Aktiviteten kommer att fortsätta under 2014.

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.
- Sjukvårdens ledarskapsakademi

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

Chefscoachning erbjuds som en möjlighet för chefer som behöver stöd i att fortsätta utvecklas i sin ledarroll för att bli en ännu bättre ledare. Under 2013 inleddes 28 coachningar.

Utvecklande ledarskap

Under året inleddes utbildningar inom Utvecklande ledarskap som tillsammans med det nya chefsuppdraget ska tydliggöra och stärka ledarskapet för att ännu bättre stödja förbättringsarbetet. Detta arbete kommer att intensifieras under 2014 då samtliga chefer utbildas.

Utvecklingsarbete

Under året utvecklades ett nytt 1-årigt mentorskapsprogram som påbörjas i januari 2014.

Framtidsrådet

Karolinskas framtidsråd bildades under hösten 2013 och har till uppgift att bistå sjukhusledningen med nya tankesätt. För att kunna möta kraven på framtidens sjukvård behöver Karolinska se på hur vården och sjukhuset kan utvecklas. Rådet ska fungera som ett diskussionsforum där idéer om förändringar eller förslag till åtgärder lyfts till ledningen. Rådet består av 7-10 st. idéambassadörer, som är under 40 år och kommer från olika yrkesgrupper inom sjukhuset. Uppdraget som idéambassadör löper under cirka 1,5 år.

Hälsofrämjande arbetsmiljö

En bra dag på jobbet

Vi vill förmedla en helhetssyn på arbetsmiljö och hälsa där man arbetar efterbehandlande, förebyggande och främjande på såväl individ-, grupp- och organisationsnivå. 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.

Det har även tagits fram en verktygslåda med en mängd arbetsverktyg inom bland annat områdena stress- och stresshantering, systematisk arbetsglädjearbete, reflektion, hälsa på arbetsplatsen och livsstilsvanor. Verktygen används lokalt på arbetsplatserna för att öka hälsan och trivseln på arbetsplatsen.

Grundutbildning i arbetsmiljö

Grundutbildningarna för chefer och skyddsombud har utvecklats för att ge en helhetssyn med både fysiska och psykosociala frågor samt hälsofrämjandet som en naturlig del i det systematiska arbetsmiljöarbetet.

Medarbetarundersökning

Svarsfrekvensen för 2013 års medarbetaruppföljning var 82 %, vilket motsvarar det högsta deltagandet någonsin. Detta visar på ett starkt engagemang hos medarbetare och chefer på Karolinska Universitetssjukhuset.

Resultaten från medarbetarundersökningen 2013 vittnar om att Karolinska Universitetssjukhusets attraktionskraft som arbetsgivare har försämrats. Andelen ambassadörer¹ inom Karolinska Universitetssjukhuset har minskat med 3 %. Främst är det stora yrkesgrupper, läkare och sjuksköterskor, som är mindre stolta över sin arbetsgivare och mindre benägna att rekommendera sin arbetsgivare till andra.

¹ **Definition av ambassadör:** Han eller hon som svarat en 7:a eller 8:a på samtliga av frågorna: *Attraktiv arbetsgivare, Stolt att arbeta på Karolinska, Rekommenderar Karolinska*

Det som dock har blivit bättre i resultatet jämfört med tidigare år är att förtroendet för den närmaste chefen stärkts, vilket är viktigt för den psykosociala arbetsmiljön. Även kränkande särbehandling från arbetskamrat/chef har minskat vilket är positivt.

Trots att många upplever stress i sitt arbete är ändå medarbetarnas motivation samt om de tycker att det är roligt att gå till jobbet är två väldigt viktiga frågor som ligger på en fortsatt bra nivå.

Det har anordnats ett flertal frukostseminarium allmänt om medarbetarundersökningen och dess resultat. Dessa var riktade specifikt mot nya chefer, erfarna chefer, läkarchefer och HR-konsulter. Även specifika frukostseminarier om kränkande särbehandling, stresshantering, kommunikation och feedback anordnades. För övrigt används resultaten från medarbetarenkäten lokalt i verksamheten för att skapa hälsofrämjande arbetsplatser.

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 alternativ~~ haft tillgång till våra två toppmoderna personalgym. 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

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. Veckan skall med sitt budskap inspirera de anställda att bry sig om och ta ansvar för sin egen hälsa och arbetsklimat.

Effektivisera riskförebyggande arbetet

Under år 2013 har 2 671 unika arbetsmiljöavvikelser rapporterats in i HändelseVis. Av dessa var 946 risker, 937 tillbud och 788 skada/sjukdom/ohälsa. Av de totala 2 671 arbetsmiljöavvikelsena var fördelningen 2 265 för kvinnor och 406 för män.

Resultatet av arbetsmiljöavvikelsena från Händelsevis kan numera användas till att få en effektivare riskbedömning och bättre prioritering vilka arbetsuppgifter/arbetsmoment, där det behöver göras fördjupade riskbedömningar eller riktade skyddsronder.

I den årliga medarbetarundersökningen inbegrips även sjukhusets årliga psykosociala arbetsmiljöundersökning. Under året har ett arbete påbörjats för att ta fram ett nytt verktyg för att möta de krav som ställs utifrån ett riskperspektiv. För chefer innebär detta att arbetet med att skapa handlingsplaner kommer att kunna ske mer systematiskt och automatiserat vilket kommer underlätta deras arbete.

Under året så har det genomförts ett flertal risk- och konsekvensbedömningar gällande de stora förändringar som Nya Karolinska Solna (NKS) innebär. Nytt verktyg för konsekvensbedömning vid ändringar av verksamhet och riskbedömning på arbetsplatsen vid exempelvis riktade skyddsronder har tagits fram under året. Detta utvecklingsarbete sker i samverkan med de fackliga organisationerna.

Råd och stöd för samverkansgrupper/skyddskommittéer

Kompletterande riktlinjer i Råd och stöd för samverkansgrupper/skyddskommittéer har tagits fram och som kommer att leda till bättre prioritering i arbetsmiljöarbetet och tydliga handlingsplaner på arbetsmiljöområdet. Dessa riktlinjer har under året implementerats på 43 av sjukhuset kliniker genom workshops.

Arbetsmiljöinspektioner

Under året har ett intensivt arbete pågått för att vidta åtgärder med anledning av Arbetsmiljöverkets inspektionsmeddelanden och beslut. Det har bland annat handlat om ärenden relaterade till stress och psykosocial arbetsmiljö, samt för kort avstånd mellan vårdsängar.

Arbetsanpassning och rehabilitering

Karolinska har fyra rehabkonsulter som stöttar chefer i arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering. Processen för sjukanmälan och rehabilitering har reviderats under året.

Karolinska har även egna personalsjukgymnaster, ergonomer och friskvårdskonsulter på personalgymmen som arbetar för att förbättra medarbetarnas hälsa.

Karolinska har ett samarbete med företagshälsovården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att utveckla samarbete och förbättra sjuk- och rehabiliteringsarbetet. Försäkringskassan har avsatt handläggare för respektive division vilket främjar samarbetet mellan aktörerna.

Jämställdhet & mångfald

Till grund för Karolinskas arbete med jämställdhet och mångfald finns en treårsplan som ska följas upp och revideras 2014. I uppföljningen av 2013 års statistik och åtgärder visar att vissa aktiviteter redan har slutförts men också att flertalet av målen ännu inte är uppfyllda. Exempelvis har kvinnors sjukskrivningstal ökat (kvinnor 6, 27 % och män 2,51 %). Långtidssjukskrivningarna bland kvinnor står för den största ökningen.

Ett arbete med att kartlägga och analysera Karolinskas löner utifrån ett jämställdhetsperspektiv påbörjades under året. Då landstingets löner som helhet kommer att granskas av Diskrimineringsombudsmannen under 2014 sker arbetet i samverkan med övriga landstinget. Lönerna som granskas är uttagna 31 december 2013.

I den certifierade jämställdhet- och mångfaldsutbildningen som anordnas av Stockholms läns landsting har antalet deltagare från Karolinska sjunkit. Under 2013 har en chef (kvinna) och två handläggare (kvinnor) gått utbildningen.

För att belysa könsrelaterad stress inom läkargruppen pågår projektet "Läkarnas arbetsmiljö". Områden och aktiviteter har definierats för ett fortsatt arbete. Projektet genomförs i samverkan med Läkarföreningen och medaktörer är utvecklings- och forskningsprojektet HOUPE (Health and Organisation among University hospital Physicans) samt ICQuality. Landstinget har tagit fram en digitalt hbt-utbildning. Syftet med utbildningen är att ge en grundläggande kompetens för samtliga medarbetare. Utbildningen finns idag på Lärtorgen men kommer in i Karolinskas lärplattform under 2014 för att få en ökad spridning

Landstinget ska ha en fortsatt hög ambitionsnivå vad gäller att bedriva ett aktivt arbete för att underlätta anställning för personer med funktionsnedsättning. Ett fortsatt attityd- och kunskapsarbete kring frågor som rör funktionsnedsättning startade 2013 där två företrädare från Karolinska deltar i utvecklingsgruppen.

7. Miljö

En redovisning av området Miljö har upprättats och bilagts till förvaltningsberättelsen.

8. Funktionsnedsättning

Frågeformuläret angående uppföljning av landstingets program avseende funktionsnedsättning redovisas i bilaga till förvaltningsberättelsen.

9. Folkhälsoarbetet

Har förvaltningen/bolaget en handlingsplan för genomförande av landstingets folkhälsopolicy och landstingets handlingsplan för hälsa?

Ja	Nej	Kommentar
X		Ja, beslutad av sjukhusledningen 2010-12-06

Har förvaltningen/bolaget ansvarig/samordnare för arbete med folkhälsopolicyn?

Ja	Nej	Kommentar
X		Gunnar Öhlén, chefläkare

Har förvaltningen/bolaget under året fattat beslut som stödjer landstingets folkhälsopolicy eller på annat sätt verkat för att genomföra policyn?

Ja	Nej	Kommentar - Om ja, ge gärna exempel
X		De indikatorer inom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser som ingår i vårdavtalet ingår i våra kvalitetsmål. Under 2013 har det sjukhusövergripande projekt som startade 2012 fortsatt arbetet med att konkretisera myndighetskrav och nationella riktlinjer för evidensbaserade insatser på

		livsstilsområdet. Informationsmaterial till personal har tagits fram och en webbaserad utbildning för all personal har utarbetats i samarbete med KI och sundkurs.se. På chefsdagen i oktober 2013 informerades alla Karolinskas cirka 600 chefer om det pågående hälsofrämjande aktiviteterna och betydelsen för förebyggande av sjukdomar och för tillfrisknande.
--	--	--

10. Upphandling och inköp

Frågeformuläret landstingets upphandling och inköp har besvarats och bifogats som bilaga till förvaltningsberättelsen.

11. Styrelsebehandling

Denna förvaltningsberättelse för helåret januari-december 2013 kommer att styrelsebehandlas den 19 februari 2014.

Stockholm 2014-01-30

Birgir Jakobsson

Bilagor:

A1 & A2 - Produktivitet

B - Vårdplatser

C - Investeringar

D1 - Rekryteringsläge

D2 - Hälsobokslut

D3 - Projektportfölj 2014

E – Konsultkostnader och inhyrd personal per konto

F1 - Sammanställning policyer

F2 - Styrningsrapport

F3 - Försäkrans Intern kontroll

G - Uppföljning finanspolicy 2013

H - Uppföljning funktionsnedsättning

I - Upphandling frågeformulär

K - Miljöbokslut

L - Uttalande förvaltningsledning