



Karolinska

Universitetssjukhuset

Årsrapport 2014

## Innehållsförteckning

1	Sammanfattning.....	3
1.1	Sammanfattning 2014.....	3
1.2	Ledningens åtgärder under 2014.....	4
1.3	Förväntad utveckling 2015.....	5
2	Styrning.....	5
2.1	Måluppföljning.....	5
2.1.1	Förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.....	5
2.1.2	Förbättrad kvalitet i hälso- och sjukvården.....	8
2.1.3	Ekonomi i balans.....	13
2.1.4	Hållbar tillväxt och utveckling.....	13
2.1.5	Lokala mål – värdebaserad vård.....	13
2.2	Uppföljning av uppdrag.....	14
2.2.1	Uppdrag givna under 2014.....	15
2.3	Internkontroll.....	15
2.4	Efterlevnad av styrande dokument.....	17
2.4.1	Styrstrategi akutsjukhus – sanktionsregel.....	18
3	Verksamhet.....	18
3.1	Produktion Vård.....	18
3.1.1	Huvudavtal.....	18
1.1.1	Vårdintäkter SLL.....	21
3.1.2	Produktivitet.....	25
3.1.3	Produktion ur ett jämställdhetsperspektiv.....	26
3.1.4	Vårdplatser.....	26
3.2	FoU-verksamhet.....	27
4	Verksamhetsstöd.....	29
4.1	Karolinska Universitetssjukhuset som arbetsgivare.....	29
4.1.1	Personalpolicy.....	29
4.1.2	Verksamhetsförändringar och omstruktureringar.....	29
4.1.3	Bemanning.....	30
4.1.4	Kompetensförsörjning.....	31
4.1.5	Chef- och ledarskap.....	32
4.1.6	Hälsofrämjande arbetsmiljö.....	34

4.1.7	Sjukfrånvaro .....	35
4.1.8	Jämställdhet och mångfald .....	36
4.2	Miljö .....	36
4.2.1	Miljöutmaning 2016 .....	36
4.2.2	Klimatneutrala tjänsteresor .....	37
4.2.3	Ekologiska livsmedel .....	37
4.2.4	Ledningssystem .....	37
4.2.5	Övrig redovisning .....	38
4.2.5.1	Klimateffektivt .....	38
4.2.5.2	Resurseffektivt .....	39
4.2.5.3	Hälsofrämjande .....	39
4.2.5.4	Miljökrav vid upphandling .....	40
4.3	Socialt ansvarstagande .....	41
4.3.1	Likvärdig behandling av alla invånare .....	41
4.3.2	Delaktighet för personer med funktionsnedsättning .....	42
4.4	Säkra processer .....	42
4.4.1	Informationssäkerhet .....	42
4.4.2	Säkerhet .....	43
4.5	Folkhälsoarbetet .....	44
4.6	Upphandling och inköp .....	44
5	Ekonomi .....	45
5.1	Årets resultat .....	45
5.1.1	Avvikelse mot årets budget .....	46
5.1.2	Utfall 2014 jämfört utfall 2013 .....	48
5.1.3	SLL-externa intäkter och kostnader .....	49
5.2	Investeringar .....	50
5.3	Balansräkning .....	51
5.4	Kassaflödesanalys .....	51
5.5	Landstingets finanspolicy .....	52
6	Övrigt .....	52
7	Styrelsebehandling .....	52

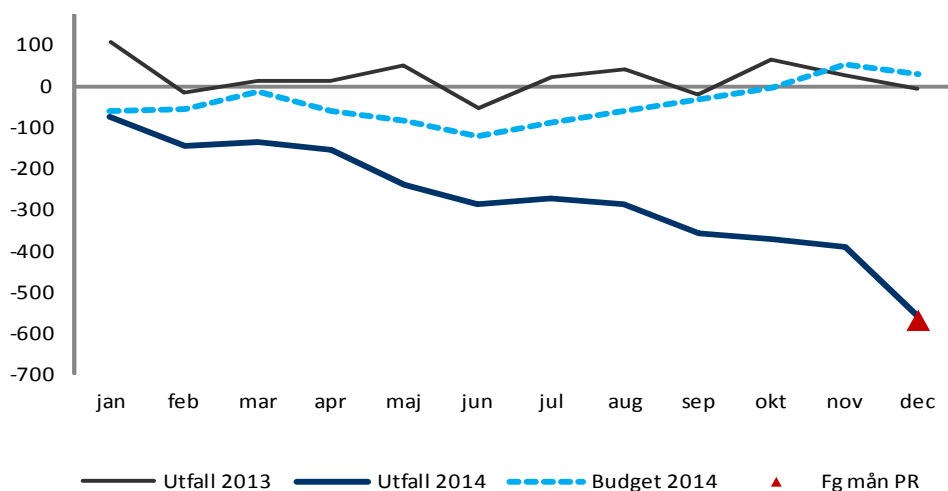
# 1 Sammanfattning

## 1.1 Sammanfattning 2014

Karolinskas vårdproduktion 2014 för all vård 1 % högre än föregående år för slutenvården och 7 % högre för öppenvården jämfört föregående år. Stora ansträngningar har gjorts för att korta vårdköer och öka tillgängligheten. Antalet vårdplatser har ökat och är nu på samma nivå som föregående år. Vårdplatserna har delvis varit bemannade med inhyrd personal vilket har inneburit högre kostnader. Konkurrensen om personal har dessutom drivit upp löneläget framförallt för sjuksköterskor/ barnmorskor, medellönen har ökat med 5 %.

Kostnadsutvecklingstakten har varit hög under hela 2014. Pågående åtgärdsprogram har inte givit förväntat resultat. Därutöver har sjukhuset tvingats skriva ned intäkter p.g.a. lägre ersättning för sjukhusets planering av NKS-projektet än budgeterat (- 69 mkr).

Sjukhusets resultat för 2014 var - 561 mkr, 591 mkr lägre än budget och 553 mkr lägre än föregående år.



Resultaträkning (Mkr)	Ack Periodvärden				Ack Periodv f.g. år	
	Bokslut Dec 2014	Budget Dec 2014	Avvik	Avvik %	Bokslut Dec 2013	Förändr 2013-14 %
Vårdintäkter SLL	11 858	11 872	-14	0%	11 628	2%
Utomlänsintäkter	1 007	999	8	1%	980	3%
Övriga Intäkter	3 298	3 023	275	9%	3 067	8%
Verksamhetens intäkter	16 162	15 894	268	2%	15 675	3,1%
Personal	-9 484	-9 032	-452	-5%	-8 916	-6%
Övriga kostnader inkl avskrivn	-7 197	-6 796	-401	-6%	-6 731	-7%
Verksamhetens kostnader	-16 681	-15 828	-853	-5%	-15 647	6,6%
Finansnetto	-43	-36	-7	-18%	-36	-17%
Resultat	-561	30	-591		-9	

## 1.2 Ledningens åtgärder under 2014

Under 2014 har Karolinskas handlingsplan för att nå balans i ekonomin omfattat tre områden:

### 1. Återställa god intern kontroll och budget-efterlevnad

Varje chef behöver säkra att Karolinska nu och framåt sätter in åtgärder när utfall avviker ifrån budget.

### 2. Investering som leder till förbättrad tillgänglighet, vårdproduktion och avkastning

Sedan början av 2014 har bedrivits ett omfattande arbete att både minska köer och återta produktionskapacitet (operationskapacitet och vårdplatser)

### 3. Säkerställa att Karolinska når sitt uppdrag inom givna ekonomiska ramar

Alla verksamheter har fått i uppdrag att ta fram åtgärdsplaner för att balansera intäkter och kostnader. Exempel på åtgärder är att minska konsultkostnader inom VO produktion och se över verksamhetens bemanningsmix för att skifta från inhyrd till egen personal.

Åtgärder med effekt 2015 och på medellång sikt inkluderar:

- Kostnadsreduktion om 100 mkr fördelat över stabsfunktioner
- Genomlysning, värdering och organisering ing av administrativa resurser.

Åtgärdsplanerna har inte räckt till för att nå balans i ekonomin under år 2014.

### 1.3 Förväntad utveckling 2015

Bedömningen för 2015 är att Karolinskas åtgärdsplaner kommer att börja ge resultat i ekonomin under våren och detta kommer att följas noggrant under året.

Fyra huvudprinciper gäller för sjukhusets verksamheter när åtgärdsplaner genomförs:

- Kvalitet och patientsäkerhet måste vara kvar på en hög nivå.
- Budgeten ska hållas, samtidigt som produktionen inte får gå ned och inga vårdplatser får stängas.
- Varje chef ska ta ansvar för sin budget. Alla chefer ska känna till sin kostnadsutveckling.
- Alla chefer måste agera tidigt om utvecklingen går åt fel håll.

## 2 Styrning

### 2.1 Måluppföljning

Stockholms läns landstings övergripande mål	Dimension/ Parameter	Bokslut 2014	Mål 2014	Bokslut 2013
Tillgänglighet	Vistelseid på akutmottagning, kortare än 4 tim	62%	78%	68%
	Pat. som väntat mer än 30 dagar till nybesök	605	0	473
	Pat. som väntat mer än 90 dagar till op/behandling	755	0	991
Kvalitet	Andel patienter med VRI	10%	11%	12%
	Följsamhet till MRSA-screening programmet	78%	90%	75%
	Andel patienter med förträngd halspulsåder som op inom 14 dag	87%	82%	86%
	Mediantid door-to needle vid trombolys	47 min	50 min	52 min
	Höftfraktur operation inom 24 tim	79%	83%	

#### 2.1.1 Förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Målnivån (78 %) för andelen vuxna patienter med vistelsetid på akutmottagningen understigande 4 timmar uppnås inte under andra tertialet. Utfallet per december var 62 % att jämföra med utfallet 67 % per december 2013. På barnakutmottagningarna var andelen patienter med vistelsetid under 4 timmar 69 % per december 2014 (2013-12: 78 %).

Under en följd av år har ett kontinuerligt flödesarbete pågått för att förbättra tillgängligheten och omhändertagandet och möta det ökande antalet sökande på akutmottagningarna. Det senaste året har bristen på disponibla (bemannade) vårdplatser gjort att inläggningsprocessen förlängts eller t.o.m. ominställd – många patienter har istället vistats, utretts och behandlats på akutmottagningarna. Därför har en Akutvårdsenhet (AKVA) inrättats för patienter med behov av mycket kort slutenvård, men som beräknas kunna utskrivas till hemmet inom 12-18 timmar.

Bristen på bemannade vårdplatser orsakas av brist på sjuksköterskor och en lång rad åtgärder har vidtagits för att möta denna utmaning, såsom traineeprogram, reaktiveringsprogram, annonsintensifiering, kompetensmodell för kliniskt verksamma sjuksköterskor, rekryteringscentrum, resursförstärkning till sjukhusets bemanningscentrum, tjänster för disputerade sjuksköterskor, förbättrade introduktionsprogram och utvecklande ledarskapsprogram.

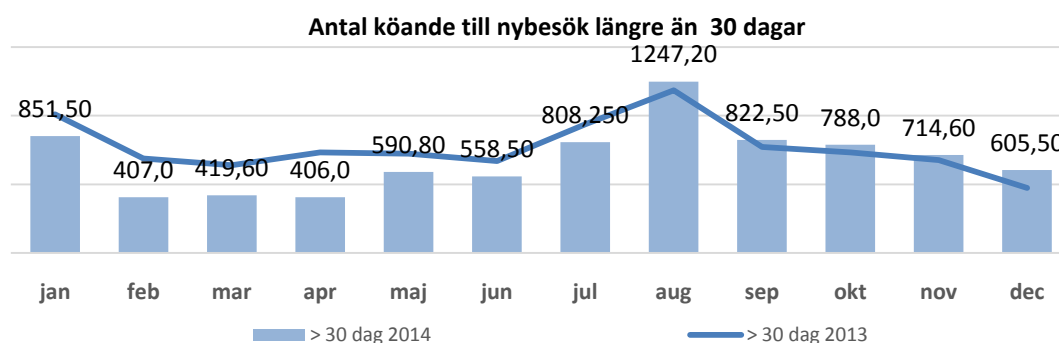
Andra pågående eller planerade åtgärder för att förbättra tillgängligheten till slutenvårdsplatser är inrättande av en avdelning för färdigbehandlade patienter, utökad samverkan med geriatrikwarden, utbildning i samordnad vårdplanering, beslutsstöd för utskrivande läkare, avtal med externa vårdgivare, separation av akuta och elektiva flöden, utlokalisering av patienter till enheter med vårdlogiska samband m.m.

### **Telefontillgänglighet 2014**

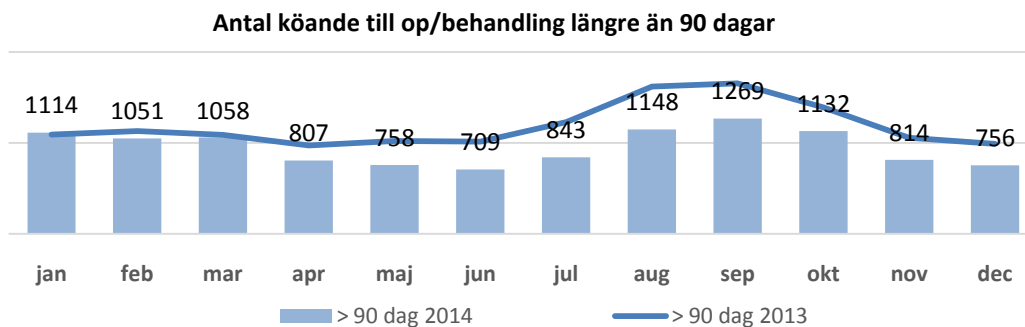
Enligt vårdavtalet ska vårdgivaren vid behov genomföra telefontillgänglighetsstudier samt vidta åtgärder utifrån resultaten av dessa studier. Mätningar har utförts fr. o m januari t. o m oktober månad. Under november och december månad genomfördes ingen mätning på grund av leverantörsbytet. Antal samtal var cirka 1,55 miljoner till hela Karolinska. Målet om i genomsnitt högst 30 sekunders medelsvarstid uppnåddes. I Huddinge var medelsvarstiden 20,2 sekunder (2013: 22,0) och i Solna 18,4 sekunder (2013: 20,5). Inga förbättringsåtgärder har behövt vidtas.

## Vårdköer

Enligt vårdgarantin ska vårdsökande till nya läkarbesök erbjudas vård inom 30 dagar, för vårdsökande till operation/behandling är motsvarande tid, vård inom 90 dagar. Sjukhusets målsättning är att avveckla alla vårdköer.



Under drygt första halvan av 2014 utvecklades kön till nybesök positivt med kortare köer än föregående år. Fr.o.m. augusti blev vårdkön åter längre än föregående år. Ca 60 % av vårdkön återfinns vid fem kliniker där alla har längre kö än dec 2013. Vid sjukhusets övriga kliniker är kön sammantaget kortare än i december 2013.



Under alla månader 2014 var kön till op/behandling kortare än motsvarande månader föregående år. Ca 75 % av vårdkön återfinns vid fem kliniker där flertalet har längre kö än i december 2013. Vid sjukhusets övriga kliniker är kön sammantaget kortare än dec 2013.



### 2.1.2 Förbättrad kvalitet i hälso- och sjukvården

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. 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 %, resultatet 2012 var 51 %, medan det 2013 resp. 2014 stannade på 45 resp. 47 %. Resultaten behöver kraftigt förbättras och ett arbete med att ta fram så många resultat som möjligt i realtid direkt från Karolinskas databas pågår för att öka aktualiteten och fortlöpande kunna följa utvecklingen av vårdresultaten. Vidare pågår ett systematiskt förbättringsarbete, värdebaserad vård, med syfte att synliggöra och kontinuerligt förbättra vårdresultat i respektive vårdflöde .

#### Vårdrelaterade infektioner (VRI) och vårdhygien

Andelen patienter med VRI har legat mellan 10 – 11 % och deltagandet i uppföljningarna var högt. 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

genomgångna operationer. Karolinska har en hög andel patienter med sådana risker, 57 %. Det VRI-förebyggande arbetet 2014 har bl. a. innehållit brett riktade utbildningar i hantering av urinkatetrar och centrala venkatetrar. Strama Karolinska tillsammans med Vårdhygien återför och diskuterar kontinuerligt med klinikerna deras data om antibiotikaresistens, antibiotikaförbrukning samt har utbildningsinsatser för läkare angående VRI och antibiotikaförskrivning. Arbetet med breddinförande av Infektionsverktyget har startat under hösten och ska vara slutfört på hela sjukhuset under våren 2015.

Under 2013-14 har ett Vinnovafinansierat projekt med inriktning mot smittspridning genomförts på sjukhuset. I slutfasen av projektet genomfördes bland annat fem examensprojekt i samarbete med olika högskolor. Ett av projekten utmynnade i en ny patient/anhörigbroschyr och andra konkreta åtgärder direkt riktade till att öka patienter och närståendes delaktighet i åtgärder mot smittspridning.

Följsamheten till basala hygien- och klädregler ligger fortsatt lågt omkring 60 % i mätningarna 2014. Det är framförallt följsamhet till handsprit före handskar och/eller patientkontakt som brister. Klädföljsamheten är god, över 90 %.

Följsamheten till vårdprogrammet för MRSA-screening var 78 % i första mätningen 2014 (2013 75 %, mål 90 %). En strukturerad journalmall i TakeCare har införts för att underlätta följsamhet, dokumentation och uppföljning.

### **Operation/interventioner**

Den kärlikirurgiska indikatorn, andel patienter med förträngning av halspulsåder som opereras inom 14 dagar från symtomdebut blev 87 %, vilket gör att målet 82 % uppnåddes.

Andelen patienter som trombolysbehandlats vid ischemisk stroke kommer att uppnås. Därutöver har 9 % av patienterna genomgått trombektomi. Tiden från dörr till nål (median 47 min) är kortare än 2013 års resultat (median 52 min) och målet kommer troligen att uppnås. På grund av brist på personal har tillräckliga resurser för registrering till Riksstroke inte kunnat avsättas, och stor eftersläpning föreligger, vilket kommer att kräva särskilda insatser under årets slut för att åtgärda.

Andelen patienter med höftfraktur som opereras inom 24 timmar är preliminärt 79 %, vilket är under målnivån 83 %.

Det totala slutresultatet 2014 för uppnådda mål i kvalitetsdelen av vårdavtalet var 92 % (2012 91 %).

### **Avvikelse 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 2014 var antalet rapporter om vårdavvikelser 15446 (2013:16 545). De vanligaste

orsakerna var brister i vårddokumentation och informationsöverföring (32 %), följt av bristande vård (26 %). Inom bristande vård var bristande omvårdnad vanligast (27 %), efter övrigt bristande vård (37 %). Ledtiden för vid årsskiftet avslutade avvikelserapporter var i medeltal 41 dagar (2013: 33).

Verksamheterna uppmantras att initiera anmälan enligt lex Maria. Antalet ställningstaganden till lex Maria-anmälan var 101 stycken och 65 av dessa ärenden anmäldes (2013:104, 2012:80). 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.

Antalet läkemedelsrelaterade lex Maria-ärenden har minskat till 13 st. En närmare analys av dessa ärenden pågår.

Antalet anmälningar (enskilda klagomål) till Inspektionen för vård och omsorg, IVO var 267 under 2014, (2013:214).

Anmälningar till Patientnämnden (PaN) visar en fortsatt ökande trend. Sjukhuset hanterade år 2014 331 skriftliga ärenden (321,298, 272, 251 de närmast föregående åren), vilket utgör en knapp tredjedel av samtliga ärenden (1175) 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 2015 att fokusera på åtgärder för att minska antalet ärenden som rör bemötande.

Antalet anmälningar till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) var 654 under 2014 (2013: 671, 2012: 616).

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 patientsäkerhetsstrategin. Klinikerna har redovisat resultaten och identifierade förbättringsområden samt pågående eller avslutade förbättringsarbeten. De sjukhusövergripande resultaten för 2013-2014 (1 januari 2013 -30 juni 2014) visade att den totala skadenivån (undvikbara och icke undvikbara skador) låg på 27,5 % varav 16,8 % bedömdes som undvikbara skador. De vanligaste förekommande skadorna (undvikbara och icke undvikbara skador) var vårdrelaterade infektioner (28,8%), läkemedelsrelaterade skador (13,5%), kirurgiska skador (8 %) och trycksår kategori 2-4 (5,8 %).

Under 2014 har två webbutbildningar i läkemedelshantering för sjuksköterskor (barn respektive vuxen) färdigställt och introducerats. Avsikten är att utbildningen skall genomgå av samtliga nyanställda sjuksköterskor och repeteras med ett par års intervall.

Ett omfattande arbete för att öka patientsäkerheten i samband med läkemedelshantering har pågått under ett antal år. Totalt har hittills 19 avdelningar infört slutenvårdsdos, bland andra hela geriatriken, och flera är på gång. Antalet läkemedelsautomater är nu 90 och endast ett fåtal installationer återstår. Under året har också en gemensam automat för hela Huddinge respektive Solna installerats på centrala platser. I denna automat finns reservlager och lager av sällan använda läkemedel. 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 under införande inom slutenvården och tre seminarier har genomförts under hösten 2014. För att stimulera till förbättringsarbete mäts sedan oktober korrekta ordinationer varje månad inom slutenvården. Resultatet har hittills inte kommit över 71 %.

### **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. Resultaten har analyserats och handlingsplaner har upprättats i enlighet med patientsäkerhetsöverenskommelsen för 2014.

### **Patienternas synpunkter på vården**

Patientnöjdheten avseende helhetsbedömning av vården som "utmärkt" eller "mycket bra", mätt med *Karolinskas minienkät* (16 468 st.) var 89 % (mål 90 %), vilket är samma resultat som de tre senaste åren. Nöjdheten avseende delaktighet i beslut om vård och behandling var 61 %, (mål 70 %, 2013: 61 %, 2012: 62 %, 2011: 60 %). Sedan "delaktighet" blev ett måttal i sjukhusets styrkort 2012 har fokus på aktiviteter för att förbättra patienters delaktighet i vården ökat. I syfte att vidareutveckla inhämtandet av patienternas synpunkter på det dagliga arbetet pågår tester av pekskärm vid bl.a. Akutklinikerna och Transplantationskliniken. Vidare har test av webbenkät genomförts vid en av sjukhusets slutenvårdsavdelningar.

Den *nationella patientenkäten* som genomfördes inom Karolinskas vuxensjukvård våren 2014 besvarades av 7473 respondenter, motsvarande en svarsfrekvens på 60 % i slutenvård, 57 % i öppenvård, sammantaget något under riksgenomsnittet.

**Resultat (PUK-värde) i Nationell patientenkät somatisk vuxensjukvård 2014**

INDIKATORER	Slutenvård			Öppenvård*		
	K	SLL	Riket	K	SLL	Riket
<b>Bemötande</b>	92	92	92	94	95	94
<b>Delaktighet</b>	76	77	77	82	82	82
<b>Information</b>	80	81	81	84	84	84
<b>Tillgänglighet</b>	79	80	80	80	81	80
<b>Förtroende</b>	86	88	88	92	92	93
<b>Upplevd nytta</b>	89	90	90	87	87	87
<b>Helhetsintryck**</b>	77	77	78	80	81	80
<b>Rekommendera</b>	89	90	91	92	93	93
<b>Antal svarande</b>	2270			5603		
<b>Svarsfrekvens, %</b>	60	61	64	57	56	60

\* Enbart mottagningsvård

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

Den patientupplevda kvaliteten (PUK-värdet, max 100) skattades högt både på, Karolinska (K) och i genomsnitt i landet (riket) när det gäller indikatorn *bemötande*. Övriga indikatorer som fick höga skattningar var *förtroende*, *upplevd nytta* samt indikatorn *rekommendera*. Lägre skattningar sågs vid *delaktighet*, *information* samt *tillgänglighet*. Vid jämförelse mellan sluten- och öppenvård fick alla indikatorerna inom öppenvården högre skattningar än slutenvården, undantaget indikatorn *upplevd nytta där* det sågs ett lägre PUK-värde jämfört med slutenvården. Vid jämförelse mot senaste mätningstillfälle 2012 ses en liten ökning av PUK-värdena för samtliga av indikatorerna inom öppenvården. Resultaten för slutenvården var något mer skiftande, dock även här med mycket små skillnader jämfört med 2012. När det gäller övriga enkätfrågor sågs störst förbättring mellan 2012 och 2014 i läkarnas förklaring av risker och fördelar med behandlingen (Slv.: då 72, nu 77), hur väl informationen stämde med hur patienten kände sig efter behandling (Slv.: då 70, nu 74). Frågor med fortsatt hög förbättringspotential var frågor rörande möjlighet att påverka tidpunkt för besöket/vistelsen (Slv.: då 39, nu 38, Öpv.: då 54 nu 56), sjukhusmaten (Slv.: då 44, nu 48) samt information om uppkommen försening vid mottagningar (Öpv.: då 36, nu 35). Största försämringen sågs i information till patienten rörande uppkommen väntetid på att få tillgång till rum/säng (Slv.: då 71, nu 66). samt beträffande frågan rörande patientens kännedom

om vilken läkare som var ansvarig för deras vård (Slv.: då 64, nu 60). Resultaten utgör underlag för verksamheternas kontinuerliga förbättringsarbete.

**Nationell patientenkät** har under hösten även genomförts på akutmottagningar och inom den slutna BB/Förlossningsvården, men dessa resultat är ännu inte klara.

### 2.1.3 Ekonomi i balans

Stockholms läns landstings övergripande mål	Dimension/ Parameter	Bokslut 2014	Mål 2014	Bokslut 2013
Ekonomi i balans	Uppnått resultatkrav eller högre	-561	30 mkr	-9 mkr

Årets resultat var -561 mkr, en avvikelse jämfört budget med -591 mkr. Sjukhusets åtgärdsplaner har inte fått förväntad effekt under 2014. Bedömningen för 2015 är att påbörjade och planerade åtgärdsplaner kommer att börja ge resultat i ekonomin under våren och under hela 2015 behövs fortsatt arbete med kompenserande åtgärder för att nå en ekonomi i balans.

### 2.1.4 Hållbar tillväxt och utveckling

Se avsnitt 4.2 Miljö.

### 2.1.5 Lokala mål – värdebaserad vård

#### Värdebaserad vård

”Värdebaserad vård med patientmedverkan” är en långsiktig strategi för sjukhusets styrning och arbetssätt som syftar till att åstadkomma så friska patienter som möjligt med en så låg resursåtgång som möjligt. Karolinska vill förstärka fokus på vårdkvalitet genom att mäta och följa vårdkvalitet längs hela patientflöden, med stöd av bland annat kvalitetsregister. Fokus ligger på att definiera och följa upp de utfall som verkligen betyder mest för patienterna. Patientmedverkan innebär att sjukhuset tillsammans med patienter definierar de utfall som är relevanta för patientgruppen. Målet är att 80 % av patientgruppsvolymerna arbetar värdebaserat 2018.

Karolinska följer patientens väg genom sjukhuset och begränsar inte arbetet till enskilda kliniker. I dagsläget är ca 260 unika patientgrupper definierade och denna kartläggning ligger till grund för arbetet med värdebaserad vård. I genomsnitt samarbetar ca 5 organisatoriska enheter på Karolinska runt en och samma patient under ett vårdtillfälle. För att säkerställa fokus på hela patientens resa genom vården har en ny roll definierats – Patientflödesansvarig (PFA). Rollen som PFA syftar till att verka mot ett ökat värde för sitt patientflöde genom att definiera, äga och följa upp kvalitets-, kostnads- och resursmål, tydliggöra förbättringsområden samt utveckla samarbetsformer kopplade till patientens hela vårdepisod. Ledarskapet hos en PFA är kritiskt för framgång, liksom förankringen hos varje involverad verksamhetschef. Till sin hjälp har en PFA ett multidisciplinärt och multiprofessionellt team som representerar hela patientflödet, och utöver klinisk kompetens ingår även personer med stor erfarenhet av klinisk forskning och arbete med kvalitetsregister. Centralt är också en tydlig patientmedverkan, dvs. patienter är aktiva deltagare i arbetsgruppen.

Patientgrupperna definieras noggrant för att säkerställa att utfallsjämförelser kan göras både nationellt och internationellt. Arbetet inleds med kartläggning respektive patientflöde och urval patientrelevanta utfallsmått. Digitala styrkort tas fram för varje patientgrupp där utfallsmåtten kan följas i relation till interna mål och även jämföra med t.ex. andra sjukhus. I styrkortet finns också kostnader och resursåtgång för respektive patientgrupp. Baserat på utfallen görs sedan prioriteringar kring vilka förbättringar som behövs i patientflödet. Här bygger Karolinska vidare på den långa traditionen av flödesarbetet och arbetar aktivt med att effektivt tydliggöra bland annat forskningsresultat och implementera dem i vården av en patient och fokuserar på innovativa lösningar av till exempel medicinskteknisk art. Teamen runt en patientgrupp tar därefter löpande fram handlingsplaner med konkreta aktiviteter för att successivt förbättra utfallen; en process med ständiga förbättringar. Genom att kortcykliskt mäta utfallen och kommunicera dessa internt till dem som arbetar med patienterna får sjukhuset en tydlig vårdkvalitetsuppföljning och ett kontinuerligt kvalitetsfokus i verksamheten.

I dagsläget är ca 10 patientgrupper i pilotfas och de står för ca 10 % av den totala patientvolymen. Målet 2015 är att nå 20 % av volymen.

## **2.2 Uppföljning av uppdrag**

### **2.2.1 Uppdrag givna i budget 2014**

I årsrapporten ska Sjukhusen återrapportera uppdrag givna i budget 2014.

I bilaga A1 återrapporteras uppdragen:

47 att hantera kostförsörjningen vid NKS

48 att i budget beakta totalkostnaden för NKS under planperioden 2015-2017.

## **2.3 Internkontroll**

Landstingsfullmäktige beslutade under 2013 om ny policy för intern kontroll (LS 1303-0431). I policyn skrivs att "Förvaltningschefer och verkställande direktörer ansvarar för att i enlighet med landstingets policy för internkontroll utforma konkreta och lokala regler och anvisningar för att upprätthålla en god internkontroll. Dessa regler ska antas av nämnd respektive styrelse." Sjukhusets styrelse beslutade om sådana lokala regler och anvisningar i februari 2014 i dokumentet "Karolinskas system och modell (med regler och anvisningar) för att upprätthålla en god intern kontroll".

Systemet/modellen för att hantera intern kontroll är i enlighet med landstingets policy. Sjukhuset arbetar i enlighet med modellen vilket innebär att den försäkran om att nödvändiga åtgärder vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll i enlighet med denna kan lämnas (se sjukhusdirektörens Försäkran kring intern kontroll i samband med årsrapporten).

Under 2015 har utvecklingen av olika ledningssystem inom sjukhuset fortsatt främst vad gäller vårdkvalitet, informationssäkerhet och medicinsk teknik. I Landstingsrevisorernas rapport "IT-säkerhet i nätverksansluten medicinteknisk utrustning" skrivs att "Genom sitt ledningssystem för informationssäkerhet bedöms Karolinska universitetssjukhuset ha möjlighet att styra ansvarsfrågor och samverkan mellan IT och MT... Sammantaget finns goda förutsättningar för effektiv samverkan och tydliga ansvarsförhållanden vid Karolinska." Granskningen tyder på att sjukhusets ledningssystem för informationssäkerhet börja ha positiva effekter på sjukhusets informationssäkerhet.

En förutsättning för ledningssystem är dokumentstyrning.

Dokumentstyrning används av i stort sett alla kliniker och staber.

Förutsättningen för att kunna publicera dokument även utanför den egna kliniken på sjukhusets intranät Inuti är att dokumenten är dokumentstyrda.



Ett arbete har bedrivits för att skapa en bättre struktur för dokumenthantering av sjukhusgemensamma dokument.

Sjukhusets modell för riskanalys fortsätter att utvecklas och har använts för ett flertal olika riskanalyser, bl.a. som underlag för tillstånd från strålsäkerhetsmyndigheten att bevilja tillstånd för att upphandla stråleterapeutisk utrustning samt förvärva, inneha och överlåta strålkällor för brachyterapi samt strålknivsterapi. Tillståndet är nödvändigt för att sjukhuset skall kunna genomföra upphandlingarna av strålutrustningen. Andra riskanalyser som genomförts är avseende innovationsplatsen, TakeCare och projekt.

I slutet av året startades tillsammans med Locum en riskanalys avseende de befintliga operationslokalerna i Huddinge fram till dessa att den nya operationsbyggnaden är klar (CHOPIN). Den befintliga operationsavdelningen på Huddinge sjukhus är idag 40 år gammal. Samtliga fastighetstekniska installationer har nått sin tekniska livslängd med god marginal. Risken att något av de fastighetstekniska systemen som försörjer operationsavdelningen ska drabbas av driftstörningar eller större haverier de närmaste åren har hög sannolikhet. Driftstörningar p.g.a. lokalerna inträffar kontinuerligt. Lokalerna är inte heller ändamålsenliga för den verksamhet som bedrivs där. Ett aktivt arbete genom s.k. förvaltningsstyrning bedrivs vid avdelningen för att använda befintlig kapacitet effektivare. Trots de beskrivna lokalproblemen tillsammans med generella rekryteringssvårigheter av personal har operationsverksamheten vid Huddinge under 2014 ökat antal operationer. Antal elektiva ingrepp som kräver anestesi har ökat med 13,4 % jämfört med 2013 och med 2,9 % jämfört 2012. Operationstid för samma ingrepp har ökat med 8,9 % jämfört 2013 och med 1,9 % jämfört 2012. Samtidigt med denna ökning har antal och operationstid för de akuta ingreppen ej minskat.

I landstingsrevisorernas rapport "Risken för oegentligheter inom Karolinska Universitetssjukhuset" pekas på olika områden inom den interna kontrollen som behöver stärkas, bl.a. vad gäller de anställdas bisysslor och inom området upphandling inköp. Rapporten visar inte på några faktiska oegentligheter inom Karolinska. Sjukhusets styrelse kommer att yttra sig över rapporten i mars 2015.

Sjukhuset har bedrivit ett förbättringsarbete för att förbättra den interna styrningen och kontrollen avseende externa projekt.

Inspektionen för vård och omsorg har under året haft verksamhetstillsyn enligt 7 kap §1 patientsäkerhetslagen (2010:659) på Gastrokliniken, Kvinnokliniken och Patologikliniken.

I november 2014 redovisades i sjukhusledningen de områden i kontrollplanen där genomförda åtgärder fortfarande inte hade haft tillräcklig effekt (se bilagorna Styrningsrapport och Intern kontrollplan med lägesrapport januari 2015).

Antalet risker i kontrollplanen är 30 st (exkl landstingsrevisorernas rekommendationer). För 22 dessa bedöms åtgärder ha vidtagits, för 7 att åtgärder inte full ut vidtagits och för 1 att åtgärder inte vidtagits. För 10 st av riskerna bedöms åtgärderna ha haft tillräcklig effekt, för 12 st bedöms åtgärderna inte haft tillräcklig effekt och för 8 st har effekten varit otillräcklig.

För landstingsrevisorernas rekommendationer lämnas endast en samlad bedömning.

Den samlade bedömningen är att sjukhusets interna kontroll är tillräcklig. För landstingsrevisorernas rekommendationer lämnas i kontrollplanen endast en samlad bedömning.

Den samlade bedömningen är att sjukhusets interna kontroll är tillräcklig.

## **2.4 Efterlevnad av styrande dokument**

Karolinska Universitetssjukhuset har följsamhet till samtliga styrande dokument/policyer

Se bilagda dokument:

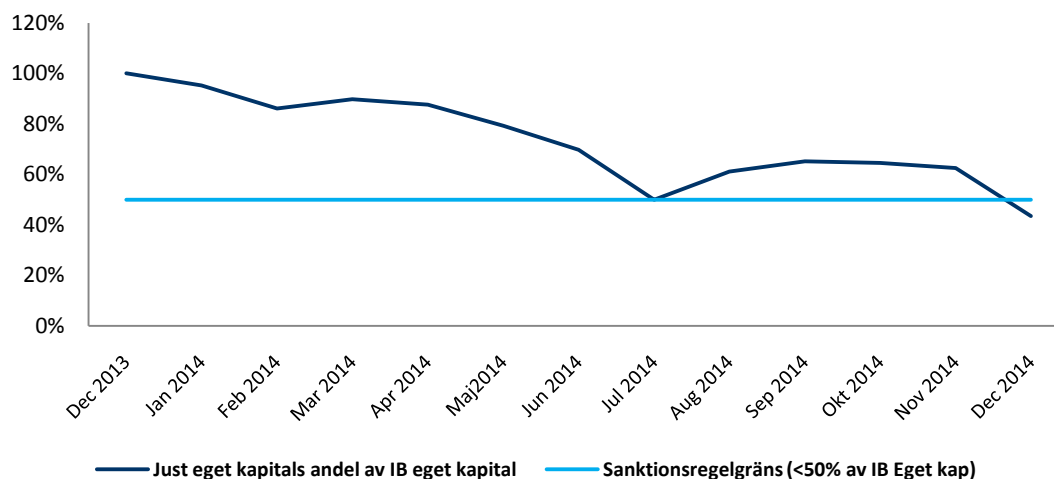
Bilaga F1 - Efterlevnad av policyer och övriga styrdokument

Styrningsrapport

Intern kontrollplan

Försäkran Intern kontroll

### 2.4.1 Styrstrategi akutsjukhus – sanktionsregel



Under året har sjukhusets negativa resultat påverkat det egna kapitalet så att gränsen för sanktioner (50 %) nåddes i juli men passerades först i december 2014. Landstinget har meddelat att de inte avser tillämpa sanktionsregelverket för Karolinska 2015.

## 3 Verksamhet

### 3.1 Produktion Vård

- Den totala slutenvårdsproduktionen var 1 % högre 2014 än 2013. Öppenvården var 7 % högre än 2013. För Huvudavtalet var motsvarande utfall 0,8 % respektive 6,7 %.
- Huvudavtalsintäkterna var 1 mkr lägre än budget och sidoavtalsintäkterna 13 mkr lägre än budget.

#### 3.1.1 Huvudavtal

I kommentarerna för Vårdintäkter kommenteras volymförändringar främst mot föregående år, och mot avtal. Budgeten är inte relevant då den fastställdes innan avtalet var färdigförhandlat.

Antal vårdtillfällen i december månad 2014 var 445 (+6,5 %) fler än december 2013. Motsvarande avvikelse för öppenvården var +9 076 bes (+8,8 %). Antalet vardagar i december 2014 var lika många som i december 2013. 136 vårdtillfällen av ökningen för slutenvården, (+445 vårdtillfällen ovan), härrör från en omregistrering av öppenvårdsbesök till vårdtillfällen på akutmottagningarna i Huddinge resp Solna (se vidare nedan). Fler vårdplatser öppnades i september.

Slutenvårdsvolymer 2014 var 0,8 % högre än föregående år och öppenvårdsvolymer 6,7 % högre än föregående år. I utfallet finns 68 vårdtillfällen som lagts till utöver de som finns i databaserna (omregistrering av vård från öpv till slv på Akutklinikerna). Besöken som omregistreras uppfyller ett antal strikta villkor tex att vården är av slutenvårdskaraktär och att vistelsetiden på akutmottagningarna överstiger åtta timmar. Sammantaget, inkl vardagsjustering (-1,5 vardag) pga färre vardagar i år jämfört föregående år, blir avvikelsen för slutenvården +960 vårdtillfällen (+1,1 %) resp +94 092 bes (+7,3 %) i öppenvården. De flesta klinikerna hade lägre slutenvårdsproduktion 2014 än 2013, främst Gastrocentrum, Öron-Näsa-Halskliniken, Infektionskliniken samt barnklinikerna. Den låga produktionen i slutenvården har flera orsaker, främst indisponibla vårdplatser till följd av rekryteringsproblem av personal. Det genomsnittliga antalet disponibla vårdplatser tom perioden var 45 stycken (3,3 %) färre jämfört med motsvarande period föregående år. Rekrytering pågår för att bemanna vakanta tjänster. Rekryteringsläget har förbättrats. Under 2014 är det fler sjuksköterskor som har börjat än som har slutat. Medelvårdtiden tom december 2014 var 2,2 % lägre än samma period 2013.

Nya vårdplatser har öppnats i september. Ortopedkliniken öppnade 7 vårdplatser, Gastrokirurgiskt centrum 9 vårdplatser, Infektionskliniken 24 vårdplatser och Akutmottagningarna (AVA2) 6 vårdplatser. I mars 2014 startade en ny verksamhet i Solna, AKVA. AKVA är en vårdenhet på akutklinikerna som har korta vårdtider och som är öppet vardagar. Den första oktober skulle Geriatriken öppna 6 st nya vårdplatser, detta för att omhänderta färdigbehandlade patienter vilka väntar på utslussning till kommunerna. Även denna driftstart har senarelagts till nästa år. I öppenvården var det framförallt ny- (+21.900, +7,9%) och återbesök (+26.233, +3,7%) som ökade jämfört föregående år. Även besökstyperna för de sk indirekta besöken där vårdpersonalen sköter patientkontakterna via

telefon och brevkontakt ökade (+22.751,+14,6%). Ökningen av ny- och återbesök samt indirekta besök gäller både läkarbesök och besök från övrig personal. Sammantaget ökade de direkta besöken, dvs besök med patientkontakt med +57.023 bes (+5,2%) och de indirekta besöken, dvs besök där möte med patienten inte förekommer utan sker via telefon, brev etc, ökade med 29.569 besök (+14,5%). Ökningen för direkta besöken var alltså större i antal än för de indirekta besöken men den procentuella förändringen var större för de indirekta besöken.

De dagkirurgiska ingreppen ökade med 4,6 % (+1 143 besök) mellan december 2014 och dito 2013 (utfall 2013 är omkört med 2014 års DRG-grupperare). Utfallet för dagendoskopier (+1 390 bes, +7,4 %) och dagmedicin (5 390 bes, +2,5 %) var också högre 2014 än 2013. Definitionen av besök i dagkirurgi, dagendoskopier, dagmedicin och övriga besök följer Socialstyrelsens gruppering av DRG-koder. Bristen på vårdplatser har lett till en strävan att flytta mer vård från slutenvård till öppenvård, även om detta oftast innebär en ekonomisk förlust för sjukhuset. Antalet läkare var fler i år än förra året vilket bidrog till ökad produktion i öppenvården.

SLL vård	Ack utfall	Ack Budget	Differens Utfall - Budget	Ack utfall	Förändr Ack utfall 1412- 1312	Prognos 2014	Budget 2014	Bokslut 2013	Avvik Prognos Budget
antal vårdtillfällen/besök	1412	1412	1412	1312	1412- 1312				
<i>Vårdavtalet för somatisk specialistvård</i>									
Öppenvård akut	191 861	180 813	6,1%	181 391	5,8%	191 861	180 813	181 391	6,1%
Öppenvård elektiv	1 193 198	1 149 568	3,8%	1 117 076	6,8%	1 193 198	1 149 568	1 117 076	3,8%
Summa öppenvårdsbesök	1 385 059	1 330 381	4,1%	1 298 467	6,7%	1 385 059	1 330 381	1 298 467	4,1%
Slutenvård akut	57 577	59 779	-3,7%	57 111	0,8%	57 577	59 779	57 111	-3,7%
Slutenvård elektivt	28 276	30 816	-8,2%	28 052	0,8%	28 276	30 817	28 052	-8,2%
Summa slutenvård	85 853	90 595	-5,2%	85 163	0,8%	85 853	90 596	85 163	-5,2%
varav kostnadsytterfall	7 900	9 030	-12,5%	7 847	0,7%	7 900	7 150	7 847	10,5%
<i>Vårdval för somatisk specialistvård</i>									
Öppenvård	47 538	49 316	-3,6%	43 827	8,5%	47 538	49 316	43 827	-3,6%
Slutenvård	8 751	9 168	-4,5%	9 218	-5,1%	8 751	9 168	9 218	-4,5%
<i>Sidoavtal, övrigt inom somatisk specialistvård</i>									
Öppenvård	113 383	92 373	22,7%	102 094	11,1%	113 383	92 373	102 094	22,7%
Slutenvård	1 212	1 293	-6,3%	1 117	8,5%	1 212	1 293	1 117	-6,3%
<b>Totalt somatisk specialistvård</b>									
Öppenvård	1 545 980	1 472 070	5,0%	1 444 388	7,0%	1 545 980	1 472 070	1 444 388	5,0%
Slutenvård	95 816	101 056	-5,2%	95 498	0,3%	95 816	101 057	95 498	-5,2%
<b>Geriatrisk vård</b>									
Öppenvård	6 970	5 827	19,6%	5 925	17,6%	6 970	5 827	5 925	19,6%
Slutenvård	3 344	3 265	2,4%	3 216	4,0%	3 344	3 265	3 216	2,4%

All vård antal vårdtillfällen/besök	Ack utfall 1412	Ack Budget 1412	Differens Utfall - Budget 1412	Ack utfall 1312	Förändr Ack utfall 1412-1312	Prognos 2014	Budget 2014	Avvik Prognos Budget		
Öppenvård akut	230 569	219 856	5%	218 271	12 298	6%	230 569	219 856	10 713	5%
Öppenvård elektiv	1 378 615	1 298 003	6%	1 279 926	98 689	8%	1 378 615	1 298 003	80 612	6%
- Besök som saknas i VAL*							0			
<b>Summa öppenvårdsbesök</b>	<b>1 609 184</b>	<b>1 517 859</b>	<b>6%</b>	<b>1 498 197</b>	<b>110 987</b>	<b>7%</b>	<b>1 609 184</b>	<b>1 517 859</b>	<b>91 325</b>	<b>6%</b>
<i>varav utomlän/utl. vård</i>	<i>56 234</i>	<i>43 580</i>	<i>29%</i>	<i>47 884</i>	<i>8 350</i>	<i>17%</i>	<i>56 234</i>	<i>43 580</i>	<i>12 654</i>	<i>29%</i>
Slutenvård akut	68 772	71 995	-4%	71 610	-2 838	-4%	72 116	71 995	121	0%
Slutenvård elektiv	36 869	38 906	-5%	33 251	3 618	11%	33 525	38 906	-5 381	-14%
<b>Summa slutenvårdstillfällen</b>	<b>105 641</b>	<b>110 901</b>	<b>-5%</b>	<b>104 861</b>	<b>780</b>	<b>1%</b>	<b>105 641</b>	<b>110 901</b>	<b>-5 260</b>	<b>-5%</b>
<i>varav förlossning totalt</i>									0	
<i>varav utomlän/utl. vård</i>	<i>6 481</i>	<i>6 599</i>	<i>-8%</i>	<i>6 147</i>	<i>334</i>	<i>5%</i>	<i>6 481</i>	<i>6 599</i>	<i>-118</i>	<i>-2%</i>
* Besök för senaste månaden som ej registrerats i VAL vid månadsstängningen. Dessa besök finns nu med i Visare( eftersläpning + spinalis)										
Genomsnittligt ant disp. vårdp	1 301			1 346	-45	-3%	1 301	1 346	-45	-3%

SLL vård antal vårdtillfällen/besök	Ack utfall 1412	Ack Budget 1412	Differens Utfall - Budget 1412	Ack utfall 1312	Förändr Ack utfall 1412- 1312	Prognos 2014	Budget 2014	Bokslut 2013	Avvik Prognos Budget	
<i>Vårdval för somatisk specialistvård Öppenvård</i>										
Vårdval Förlossning	34 858	36 586	-4,7%	34 494	1,1%	34 858	36 586	34 494	-4,7%	
Vårdval Höft/knä	267	0	0,0%	1		267	0	1	0,0%	
Vårdval Ultraljud	12 413	12 730	-2,5%	9 332	33,0%	12 413	12 730	9 332	-2,5%	
Summa öppenvårdsbesök	47 538	49 316	-3,6%	43 827	8,5%	47 538	49 316	43 827	-3,6%	
<i>Vårdval för somatisk specialistvård Slutenvård</i>										
Vårdval Förlossning	8 472	8 948	-5,3%	8 944	-5,3%	8 472	8 948	8 944	-5,3%	
Vårdval Höft/knä	279	220	26,8%	274	1,8%	279	220	274	26,8%	
Vårdval Ultraljud										
Summa slutenvårdstillfällen	8 751	9 168	-4,5%	9 218	-5,1%	8 751	9 168	9 218	-4,5%	

SLL vård antal poäng	Ack utfall 1412	Ack Budget 1412	Avvikelse utfall Budget	Prognos 2014	Budget 2014	Avvikelse helår Prognos - Budget		
<i>Vårdavtalet för somatisk specialistvård</i>								
DRG-poäng	229 662	230 469	-807	0%	229 662	230 469	-807	0%
<i>Sidoavtal inom somatisk specialistvård som ersätts med DRG</i>								
DRG-poäng	3 970	3 970	0	0%	3 970	3 970	0	0%
<i>Geriatrisk vård</i>								
DRG-poäng	5 263	4 778	485	10%	5 263	4 778	485	10%

### 1.1.1 Vårdintäkter SLL

- Utfallet för huvudavtalet per december var 1 mkr lägre än budget. Sidoavtalens intäkter var 13 mkr lägre än budget.
- Snittvikterna i slutenvård var 4,3 % högre än budgeterat (LSF-budget), men i och med att vikterna var 0,7 % lägre än avtal har ingen återbetalning till HSf skett. Karolinska har enligt avtalet rätt till snittviktsförändringar upp till 1,5 % utöver avtal.

- Den höga produktionen i öppenvård har medfört att 52,6 mkr har återbetalats till HSf i sk rabatt.

Förklaring Huvudavtalets avvikelser utfall och budget tom per 12 (mkr)				
	SLV	ÖV	Övr	Summa
Avvikelse vårdintäkter före rabatt mm	29	47		76
2013 års reglering	-1	-4		-6
Återbetalning, glidning, >1,5%	0	0		0
Avdrag för överprod, rabatt	-53	-		-53
Ej uppfyllda kvalitetsmål 2014	0	0	-16	-16
Omregistrering ÖV till SLV, akutmottagningar	1			1
Övrigt	-4	0	0	-3
S:A 2014	-28	43	-16	-1

Bruttoeffekten på intäktsutfallet för slutenvård var att den minskade volymen påverkade intäkterna negativt med 319 mkr, samtidigt som de ökade snittvikterna ökade bruttointäkten med 348 mkr jämfört med Lsf budget (ej samma som avtal)

Avvikelser (mkr), utfall/budget tom per 12, fördelning volym-/snittviktförändring			
	SLV	ÖV	Summa
Volymavvikelse med budgeterad snittvikt	-319	92	-228
Snittviktavvikelse (glidning)	348	-45	303
S:A Avvikelse vårdintäkter före rabatt mm	29	47	76

Enligt huvudavtalet har Karolinska rätt till ersättning för 1,5 % ökade snittvikter. För viktförändring över denna nivå krävs motivering/analyser som tyder på tyngre vårdmix. Snittviktsförändringen jämfört med budget är inte relevant då avtalet baseras på en annan nivå. Viktförändringen mot avtal, för slutenvård, blev tom perioden -0,7 %. Ingen återbetalning till HSf, avseende viktförändring tom december, har gjorts.

Intäkterna för slutenvården (före rabatter) var 0,2 % lägre än 2013. Detta berodde på lägre totalsnittvikt (-1,0 %), förändringen av antal vårdtillfällen var 0,7 %. De lägre intäkterna finns på kostnadsytterfallsdelen, innerfallen ökar men totalt var intäkterna 0,2 % lägre. De minskade intäkterna för kostnadsytterfallen beror på lägre volymer dvs färre vårdtillfällen för kostnadsytterfall 2014 jämfört 2013. En del av den negativa avvikelsen avseende snittvikter beror på tillkomsten av verksamheten AKVA samt omregistreringen av öppenvårdsbesök till vårdtillfällen i slutenvård. Utan AKVA och omregistreringen till SLV skulle intäkterna varit 1,3 % lägre än 2013, snittviktsförändringen +1,2 % och volymavvikelsen (-2,5 %).

Vårdtyngden (casemix, CMI), dvs DRG-vikt för alla vårdtillfällen i slutenvård men exkl kostnadsytterfallsdelen, var 0,9% högre per december 2014

än per samma period 2013. CMI ökade 2012/2013 och ökade även 2013/2014. CMI ökar både för de lättare och tyngre DRG-grupperna. CMI ökar mest för MK1 (+5,3 %) och Huvuddivisionen (+3,0 %). Omregistreringen av öppenvårdsbesök på akutmottagningarna och verksamheten på AKVA har låga DRG-snittvikter. Om dessa exkluderas ökar CMI med 2,9 % istället för 0,9 %, per december 2014/2013.

Per december var antalet vårdtillfällen i slutenvård högre än samma period föregående år. Både de lättare och de tyngre DRG-grupperna (gruppering av vårdtillfällen i fem olika grupper beroende på DRG-vikt) står för ökningen. Ökningen är dock störst i den näst lägsta gruppen. Detta beror på omregistreringen av besök till vårdtillfällen på akutmottagningarna. Förra året var det en minskning som var koncentrerad till de lättare DRG-grupperna.

Förutom CMI ökar även knivtiden (+2,5 %) och ASA-graden (+2,1 %) per operation i slutenvård, per december 2014/2013. Samtliga tre mått är tecken på ökad vårdtyngd. ASA-graden är anestesilogernas bedömningsgradering av sjukligheten hos patienterna.

Antalet operationer i slutenvård var något färre i år än förra året (-169 op, -0,5 %). Det var operationerna med korta knivtider som minskade, de med längre knivtider ökade. Sammantaget minskade antalet operationer i slutenvård. Dagkirurgiska och polikliniska operationer ökade.

Slutregleringen för avtal 2013 innebar en ökad kostnad motsvarande 6 mkr jämfört med bokslutet 2013.

En omregistrering av besök i öppen vård till vårdtillfällen i slutenvård på de båda akutmottagningarna pågår. Besöken som omregistreras uppfyller ett antal strikta villkor tex att vården är av slutenvårdskaraktär och att vistelsetiden på akutmottagningarna överstiger åtta timmar. Omregistreringen var klar tom december för Huddinge och tom november för Solna. Utfallet för december månad har skattats till 1 mkr (68 vårdtillfällen). För 2015 kommer omregistrering att medges t.o.m. den 31 mars.

## **Sidoavtal**



<b>Akkumulerad avvikelse mot budget för sidoavtal</b>	
	<b>mkr</b>
	<b>ack. Dec</b>
<b>Sidoavtal</b>	<b>avv. budget</b>
Vårdval förlossning	-29,1
Vårdval ortopedi	5,7
Vårdval ultraljud	-12,6
ECMO	-1,4
Geriatrisk	-27,6
Neurovårdkedja, ryggmärgsskadeavtalet	23,0
Brännskadeavtalet	-7,2
Cochlea	8,6
HIPEC	-10,3
Hyperhidros	5,0
Ers speciäläkemedel Soliris VPRIV	-1,6
Hemdialys	20,8
Läkemedel ÖV- recept (KÖL)	7,7
Käkkirurgi	-4,3
Övrigt	9,9
<b>SUMMA</b>	<b>-13,4</b>

De totala sidoavtalsintäkterna per december var 13,4 mkr lägre än budgeterat. Exempel på avtal med större avvikelser var Vårdval förlossning (-29,1 mkr), Geriatrisk (-27,6 mkr), Neurovårdkedja/ryggmärgsskadevård (+23,0 mkr) och hemdialys (+20,8 mkr).

Avseende vårdval förlossning gjordes det en återbetalning på 29,6 mkr till HSF i december. Skälet till återbetalningen var att poängpriset korrigerades nedåt pga av felräkning från HSf. Ingen hänsyn till ändrade ytterfallsgränser för kostnadsytterfall hade gjorts. Även de andra vårdgivarna inom vårdval förlossning avkrävdes kreditering.

Starten av BB-Sophia under 2014 har påverkat oss och de andra sjukhusen volymmässigt. Karolinska har förlorat 2,0 % -enheter i marknadsandelar (utfall tom december 2014/2013), SÖS -1,7 % -enh, BB-Stockholm -2,6 %-enh och DS -2,8%-enh. Karolinska hade 2014 en marknadsandel på 27,2%, SÖS 25,4%, BB-Stockholm 11,6%, Danderyd 21,1% och BB-Sophia 8,9 %.

Geriatriska kliniken producerade fler vårdtillfällen (+4,0 %) och besök (+17,6%) i år jämfört med föregående år. Produktionen ökade under senare delen av året. I början av året hade kliniken stora problem med calisiutbrott som var både längre och mera omfattande än normalt. Dessutom var det problem med färdigbehandlade patienter. Kommunerna förmådde inte att ta emot färdigbehandlade patienter i normal omfattning pga personal- och

platsbrist. Detta resulterade i att Geriatriska kliniken hade en lägre produktion än budgeterat. Budgeten höjdes 2014 jämfört 2013 då klinken tog på sig ett högre avtal. Klinikens medelvårdtid har minskat 1,6 % och den totala snittvikten samt DRG-snittvikten, har minskat tom 12-2014/2013 (utfall 2013 är omkört med 2014 årsgrupperare, vikter etc).

Neurovårdkedjan/ryggmärgsskadeavtalet hade ett utfall som översteg budget. Fler patienter än förväntat och en prisökning gav ett överskott mot budget.

Sidoavtalet Hemdialys hade också ett utfall som var högre än budgeterat. Intäktskompensation utöver avtal, fler patienter samt en för låg budget resulterade i ett överskott.

HIPEC-vårdens intäkter var lägre pga. att kostnaden per patient minskat. Kostnaden är lägre än ursprungligt estimerat. Vårdval ultraljud kommer inte upp i budgeterad nivå (tkr). Brännskadeavtalet har flyttats från sidoavtal till huvudavtal/överförts till HSf.

### 3.1.2 Produktivitet

Vid beräkning av produktiviteten har sjukhuset i likhet med tidigare årsbokslut gjort egna bedömningar av antalet producerade poäng för år 2013. Karolinskas beräkningsmodell, som är avstämd med Lsf, ger ett mer korrekt värde än den Lsf har anvisat.

För att ge ett mer rättvisande produktivitetstal har vi även 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 också justerats för kostnader kopplade till labdivisionens externa försäljning.

Enligt sjukhusets beräkningsmodell har produktiviteten minskat med 4,7 %.

Den försämrade produktiviteten förklaras av att producerande poäng har minskat med 0,1 % (lägre vikter) samtidigt som justerade kostnader har ökat med 4,9 %.

*Tabell : Produktivitet år 2014 enligt Karolinskas beräkningsmodell*

	<b>Bokslut 2014</b>	<b>Bokslut 2013</b>	<b>Förändr</b>
<b>Kostnader och produktion, fasta priser och poäng enligt 2013 års grupperare och viktlista</b>			
Justerad totalkostnad, (tkr)	14 304 700	13 642 014	4,9%
Justerad bemanningskostnad, (tkr)	8 483 021	8 109 896	4,6%
Totalt antal fasta produktionspoäng	258 297	258 540	-0,1%
<b>Nyckeltal, fasta priser</b>			
Justerad totalkostnad/ poäng (kr/poäng)	55 381	52 766	5,0%
Justerad bemanningskostnad/ poäng (kr/poäng)	32 842	31 368	4,7%
<b>Produktivitetstal, fasta priser</b>			
Poäng/ justerad totalkostnad (poäng/mkr)	18,1	19,0	<b>-4,7%</b>
Poäng/ justerad bemanningskostnad (poäng/mkr)	30,4	31,9	<b>-4,5%</b>

### 3.1.3 Produktion ur ett jämställdhetsperspektiv

Tabell : Produktion 2014-2013 relation mellan kvinnor och män

All vård antal vårdtillfällen/besök	Kvinnor utfall 2014	Kvinnor utfall 2013	Förändring 2014-2013 Kvinnor		Män utfall 2014	Män utfall 2013	Förändring 2014-2013 Män	
Öppenvård	866 635	810 110	56 524	7,0%	742 549	688 087	54 463	7,9%
Slutenvård	56 665	56 137	528	0,9%	48 908	48 724	184	0,4%

Vårdutnyttjandet fördelar sig mellan kvinnor och män för såväl öppenvård och slutenvård som ca 54 % respektive 46 % .

### 3.1.4 Vårdplatser

Tabell : Vårdplatser 2013-2013, sammanfattning

Antalet slutenvårdsplatser	Genomsnitt disponibla vårdplatser 2014	Genomsnitt disponibla vårdplatser 2013	Förändring Bokslut
Somatisk specialistvård	1 190	1 236	-46
Psykatri			0
Geriatrik	111	110	1
<b>Totalt antal vårdplatser</b>	<b>1 301</b>	<b>1 346</b>	<b>-45</b>

Genomsnittligt antal vårdplatser per dag januari till december var 1 301 vpl vilket var 45 färre än jmf 2013 (1 346 vpl).

Flera vårdavdelningar har öppnats under hösten:

- Gastrocentrum 10 vpl
- Ortopeden/Infektion 5 vpl
- AVA2 6 vpl
- Infektion 24 vpl inhyrd bemanning

### **3.2 FoU-verksamhet**

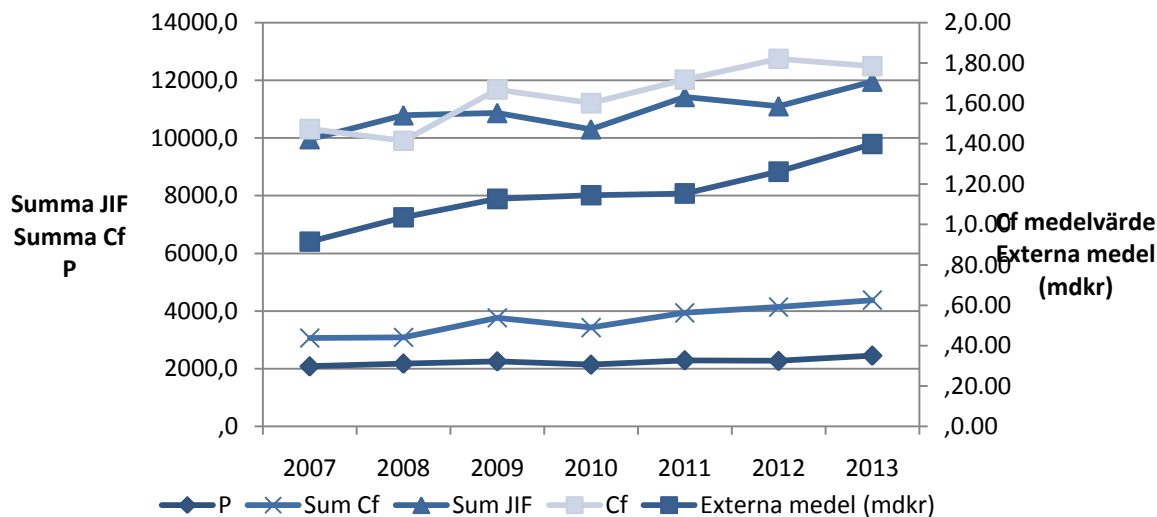
Forskning och utbildning utgör mycket viktiga verksamhetsområden på Karolinska. Ungefär 1 900 personer är aktiva inom klinisk forskning på sjukhuset och ungefär 150 st professorer/universitetslektorer är aktiva i den kliniska miljön. Utbildningen har också en given anknytning till den kliniska forskning som bedrivs på Karolinska Universitetssjukhuset. Varje termin tar sjukhuset emot många tusen studerande från universitet och högskolor, gymnasieskolor, komvux och yrkeshögskolor.

Totalt utfördes ca 40 000 utbildningsveckor för studenter (högskola) på sjukhuset. Totalt antal helårsplatser (HÅP) för läkarstudenter var drygt 538 2014. Ungefär 580 ST-läkare fanns på sjukhuset 2014. Den kliniska utbildningen på universitets-/högskolenivå sker i nära samverkan främst med Karolinska Institutet men även med andra universitet och högskolor. Den kliniska utbildningen på gymnasienivå sker i nära samverkan med Stockholms gymnasier, komvux och yrkeshögskolor.

Kvalitet på forskning mäts gärna genom fältnormerad citeringsgrad där världsgenomsnittet är 1. Karolinska har ett genomsnittligt värde på 1,78 1,76 (står det i styrkortet) vilket är långt över världsgenomsnittet.

Sjukhuset mäter utvecklingen av forsknings verksamheten genom Cf (fältnormerad citeringsgrad), mängd artiklar, Summa Journal Impact Factor samt mängd externa medel. I nedanstående graf visas utvecklingen under de senaste åren:

Tabell: Forsknings verksamhet, utveckling 2007 - 2013



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

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 162 av 417 ansökningar beviljades. Vidare har fem kliniska forskartjänster, tio kliniska postdokortjänster och fyra ST-forskartjänster fördelats i landstinget, samtliga avsedda för halvtid klinisk forskning.

FoU-ledningen har 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.

Slutligen har FoU en central del i planeringen av NKS, vilket är engagerande och tidskrävande. FoU har naturligtvis ett särskilt intresse och ett särskilt ansvar för planeringen av forskningshuset, för vilket vi har ett stort engagemang och ansvar.

## 4 Verksamhetsstöd

### 4.1 Karolinska Universitetssjukhuset som arbetsgivare

#### 4.1.1 Personalpolicy

Karolinskas arbete med värderingar, ansvar, medmänsklighet och helhetssyn, har under 2015 fortsatt med fokus på Patienten alltid först. Under året inleddes utbildningar inom Utvecklande ledarskap som tillsammans med det nya chefsuppdraget ska tydliggöra och stärka ledarskapet för att ännu bättre stödja förbättringsarbetet. Under året har fokus varit på att tydliggöra ledarskap, olika stödjande funktion och roller kring bla värderbaserad vård för att nå verksamhetens mål och en bra arbetsmiljö.

#### 4.1.2 Verksamhetsförändringar och omstruktureringar

Förberedelser för att bli klara för nya Karolinska Solna pågår för fullt. Mellan 2015 och 2019 kommer ny- och ombyggnationer att pågå vid Karolinska i Huddinge. I planerna ingår en nybyggnad på ca 39 000 kvadratmeter som uppförs vid sidobyggnaderna B2 och B4 på södra sidan av sjukhusets byggnadskomplex. Dessutom kommer omfattande ombyggnationer göras i de lokaler som ligger invid den nya byggnaden i B2 och B4. Den nya byggnaden kommer att inrymma verksamhet för operation, intervention (skopi-ledda behandlingar), röntgen och sterilteknik. I befintligt hus, i direkt anslutning till den nya byggnaden, placeras verksamheter med starka beroenden till det nya huset, till exempel uppvakningsvård och förlossning. Ny utbyggnad och ombyggnader sker inom ramen för projektet CHOPIN som är en förkortning för Centrum i Huddinge för Operation och Intervention. Detaljplanering pågår och i juni 2015 förväntas landstingsfullmäktige beslut om hur projektet ska genomföras i sin helhet. Därefter kan byggnationerna påbörjas. Fram tills dess genomförs förberedelser, till exempel det markarbete.

### 4.1.3 Bemanning

Tabell: Bemanningskostnader & sjukfrånvaro 2013 - 2014

Bemanningskostnader Mkr	Bokslut 2014	Bokslut 2013	Förändr %	Budget 2014	Avvik Bokslut-Bu
<b>Summa personalkostnader</b>	<b>-9 484</b>	<b>-8 916</b>	<b>6,4%</b>	<b>-9 032</b>	<b>-452</b>
<i>varav förändring sem.skuld</i>	-26	-23	15%	-15	-11
<i>varav lönekostnad</i>	-6 535	-6 125	7%	-6 174	-361
<i>varav po-pålägg</i>	-2 785	-2 640	5%	-2 717	-68
<b>Inhyrd personal</b>	<b>-190</b>	<b>-77</b>	<b>147%</b>	<b>-60</b>	<b>-130</b>
<i>varav läkare</i>	-15	-6	132%		
<i>varav sjukvårdsp / ssk</i>	-157	-66	137%		
<i>varav övrig personal</i>	-18	-4	321%		
<b>Summa bemanningskostnad</b>	<b>-9 674</b>	<b>-8 993</b>	<b>7,6%</b>	<b>-9 092</b>	<b>-582</b>

Sjukfrånvaromått	Bokslut 2014	Bokslut 2013	Förändr %-enh	Budget 2014	Avvik %-enh
Procentuell sjukfrånvaro	5,58	5,54	0,04	5,00	0,58

Lönekostnaderna, vilka utgör den största delkomponenten av personalkostnaderna, har ökat med 6,4 %, dvs. med 568 mkr jämfört med årsbokslut 2013. Kostnadsökningen har till ca 50 % drivits av ökade personalvolym, ändrade befattningsstrukturer och ändrade relationer mellan närvaro och frånvaro samt till 50 % av höjda löner.

Den sammanlagda volymökningen mätt i antal helårsarbete (HÅA) har varit 2,7 % och medellönerna har ökat med 3,3 %. Volymökningen återfinns inom yrkesgrupperna läkare, under/barnsköterskor och övrig personal, sjuksköterskornas volym är stort sätt oförändrad jämfört med föregående år.

Lönekostnadsutvecklingen 2014 har avvikit mot vad som budgeterats med 5,5 %. Både antalet anställda och lönenivåerna har ökat mer än vad budgeten gav utrymme för. Löneglidningen är delvis en effekt av makroekonomiska faktorer. Arbetsmarknadens underskott på sjuksköterskor har pressat upp lönenivåerna på nyanställda och samtidigt ökat pressen på högre löner för sedan tidigare anställd personal.

Sjukfrånvaron har utfallit 0,58 % högre än det uppsatta målvärdet. De senaste tre åren har långtidssjukfrånvaron ökat och utgör den största

andelen av den totala sjukfrånvaron. Den korta sjukfrånvaron har dock minskat under samma period och är nu på den lägsta nivån sedan 2011.

#### 4.1.3.1 Inhyrd personal

Kostnaderna för inhyrd personal har ökat med 113 mkr eller 147 % jämfört med bokslut 2013. Främst är det inhyrningskostnaderna för sjukvårdpersonal som har ökat (91 mkr) men kostnaden för inhyrning av läkare och övrig personal har också ökat, 9 mkr respektive 14 mkr. Kostnadsökningen avseende inhyrd sjukvårdpersonal förklaras delvis av samma orsaker som lönekostnadsökningen för sjuksköterskor, konkurrensen om specialistutbildade sjuksköterskor på arbetsmarknaden har tvingat organisationen att vända sig till externa bemanningsföretag.

#### 4.1.3.2 Utveckling helårsarbete samt verksamhetsförändringars effekt

Tabell: Personalvolym helårsarbete 2013 - 2014

Personalvolym/helårsarbete Antal	Bokslut 2014	Budget 2014	Avvik Bokslut- Bu	Bokslut 2013	Förändr %	LF/LS/HS N beslut (Ja/Nej)
Helårsarbeten exkl. extratid (personalvolym)	16 511	16 223	288	16 074	2,7%	

Personalvolymerna har 2014 ökat med 2,7 % jämfört med 2013. Volymerna för yrkesgruppen sjuksköterska har inte förändrats utan ökningen återfinns bland läkare, undersköterska/barnsköterska samt övrig personal. Fördelningen mellan närvaro och frånvarovolymer skiljer sig mycket lite mellan åren.

I jämförelse med budgeterad ökning har personalvolymerna avvikit med + 1,8 %.

#### 4.1.4 Kompetensförsörjning

Karolinskas satsningar i slutet av 2013 och början av 2014 med att bla starta upp ett rekryteringscenter, öka synligheten med hjälp av tunnelbanekampanjen etc resulterade i ett ökat inflöde av främst sjuksköterskor. Däremot har kvarstannande i samma grupp minskat något under året.



Konkurrensen om sjuksköterskor i Stockholmsregionen gäller både grundutbildade och specialistsjuk-sköterskor. Bland specialistsjuksköterskorna rör det främst barnsjuksköterskor, intensivvårdssjuksköterskor samt sjuksköterskor inom onkologi och operation. Bland läkare finns brister exempelvis inom barn- och ungdomsmedicin samt neonatologi.

Under 2014 har arbetet med den för Karolinska anpassade Prognosmodellen fortsatt. Verktöget har utvecklats och uppdaterats, och under hösten togs ett första, dock ej av verksamheterna verifierat, sjukhusövergripande resultat fram. Verifiering kommer att ske genom workshops med respektive klinik. Det arbetet har påbörjats under slutet av 2014 och planeras att slutföras under 2015.

Införande av KOLL-landstingets kompetensplaneringsmodell inklusive IT-verktöget ProCompetence har under året resulterat i att ytterligare ett antal kliniker startat upp. Däremot behöver en process- och förvaltningsorganisation inom Karolinska byggas upp och förstärkas för att klara fortsatt implementering.

Bilagan Kompetensförsörjningsplan 2014 kommer att inrapporteras separat från Karolinskas HR-avdelning.

#### **4.1.5 Chef- och ledarskap**

För att attrahera och utveckla Karolinskas chefer genomförs årligen flertalet aktiviteter. Under året inleddes utbildningar inom Utvecklande ledarskap som tillsammans med det nya chefsuppdraget ska tydliggöra och stärka ledarskapet för att ännu bättre stödja förbättringsarbetet.

##### **Utvecklande ledarskap**

Under 2014 genomförde 548 chefer och 51 fackliga och specialister från staberna utbildningen. Samtidigt genomförde 57 HR-konsulter en grundläggande ledarskapsutbildning för att kunna stödja cheferna.

##### **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. Introduktionen för chefer har utökats till att omfatta även en grundläggande ledarskapsutbildning, Utvecklande ledarskap. Under året har övriga delar av chefsprogrammet fortsatt som tidigare. 2014 genomfördes 37 utbildningar med totalt 402 deltagare (75 % kvinnor och 25

% män). Under 2013 genomfördes 45 utbildningar med totalt 499 deltagare.

**Ledningsgruppsutveckling** har erbjudits för att skapa effektiva och mer strategiska ledningsgrupper för att hantera långsiktiga och övergripande frågor. Flertalet ledningsgrupper har redan genomfört detta, dock har ytterligare 7 startat under 2014. 12 ledningsgrupper har genomfört en uppföljningsdag under 2014.

**Chefshandledningen** syftar till att ge cheferna stöd i att utveckla sitt eget chef- och ledarskap. Under 2014 har 5 grupper avslutas och 5 grupper påbörjats, (95% kvinnor och 5% män). Hittills har totalt 60 grupper fullföljt handledningsprogrammet.

För att kunna vidareutveckla våra chefer deltar Karolinska i ett antal konsortie- och samarbetsprogram;

- GEM – IFL vid Handelshögskolan
- HUR – samarbete mellan universitetssjukhusen i Sverige
- Sjukvårdens ledarskapsakademi

**Chefscoaching** 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 15 coachningar.

### **Mentorprogram**

Karolinskas interna mentorprogram är en del i den individuella ledarutvecklingen för såväl adepten som för mentorn. Genom mentorprogrammet får den enskilde chefen tillgång till nätverk, möjlighet till ny och utvecklad kunskap, personlig utveckling samt tid för reflektion. Under 2014 startades det första programmet med 9 mentor-adeptpar.

I chefsprogrammets övriga delar har fördelningen varit 83 % kvinnor och 17 % män.

**Chefsutvärdering** har skett årligen avseende verksamhetschefsnivån av sjukhusdirektör, HR-direktör och respektive divisions- eller stabschef. Under 2014 har chefsuppdraget, rekryteringsprocessen för chefer, mallar för utvecklingssamtal och format för chefsutvärdering vidareutvecklats. Det kommer att införas under 2015 och målsättning är att det skall underlätta vår förmåga att attrahera, identifiera, utvärdera, rekrytera, utveckla, behålla och avveckla chefer.

#### 4.1.6 Hälsofrämjande arbetsmiljö

Årets medarbetarundersökning genomfördes 18 mars till 14 april med den högsta svarsfrekvensen sedan 2006 på 84 %. Undersökningen visar att medarbetarna tagit del av resultatet (93,3%) och flera arbetsplatser har inlett en process för förbättring (76,2%). Förtroendet för närmaste chef fortsätter öka samt mål- och resultatorienteringen upplevs bättre. Däremot minskar ambassadörskap och sjukhusets attraktivitet.

Under året har ett uppföljningsverktyg kopplat till medarbetarundersökningen tagits fram tillsammans med leverantören för att kunna uppfylla arbetsmiljölagens krav på hantering av den psykosociala arbetsmiljöronden. Syftet med verktyget är förbättra identifiering och hantering av risker i den psykosociala arbetsmiljön. Dialogverktyg har tagits fram för stöd i arbetet med att förbättra den psykosociala arbetsmiljön.

Karolinskas fysiska arbetsmiljöronde genomfördes i oktober. Den besvaras av chef och skyddsombud samt miljöombud då delar av undersökningen är kopplat till miljöavstämning. Resultatet kommer sammanställas och eventuella åtgärder kommer genomföras under 2015. Under 2015 kommer frågeställningarna i arbetsplatsundersökningen att ses över.

Under 2014 har 2464 arbetsmiljöavvikelser rapporterats i Händelsevis. Av dessa är 858 risker, 860 tillbud och 746 skada, sjukdom, ohälsa. Av det totala 2464 arbetsmiljöavvikelserna var fördelningen 2941 för kvinnor och 373 för män. De vanligaste arbetsmiljöavvikelserna som rapporterats är av psykosocial och organisatorisk karaktär kopplat i huvudsak till bemanningsproblematik, stick- och skärskador, smitta samt hot- och våldrisker från patienter och anhöriga. Ett partsgemensamt arbete med djupare analys av orsaker och eventuella åtgärder har påbörjats.

Under året aktualiserades ett nätverk med de professioner som arbetar med medarbetarnas hälsa och arbetsmiljö. Detta för att underlätta samarbete och ett effektivare nyttjande av sjukhusets resurser. I nätverket så ingår HR-specialister, rehabkonsulter, personalfysioterapeuter, ergonomer, friskvårdskonsulter från personalgymmen och sjukhuskyrkan.

Samtliga medarbetare erbjuds 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 tillgång till personalgymmen. 1571 medarbetare har under året registrerat friskvårdstimme varav 1362 kvinnor och 209 män (86 % kvinnor och 13 %

män). Totalt användande av friskvårdstimme är 23093 timmar, dock döljer sig ett stort mörkertal i registrering av friskvårdstimme. 4350 medarbetare har under använt sig av friskvårdssubventionen varav 3724 kvinnor och 626 män (86 % kvinnor och 14 % män).

Det finns drygt 400 hälsoinspiratörer på arbetsplatserna. Deras roll är att vara ett stöd till cheferna i hälsoarbetet på arbetsplatsen, inspirera till hälsosammare livsstil och bedriva hälsofrämjande aktiviteter. Varje år arrangeras en Hälsovecka där målgruppen är samtliga medarbetare. Föreläsningarna speglar resultatet av medarbetarenkäten, exempelvis kommunikation, värderingar, stress och återhämtning. Antalet besökare var 3 288 personer. Fyra specialiserade rehabkonsulter stöttar chefer i arbetet med rehabilitering och arbetsanpassning där behov finns. Karolinskas personalfysioterapeuter, ergonomer och friskvårdskonsulter på personalgymmen arbetar med att främja medarbetarnas hälsa.

Karolinska har ett samarbetsavtal med företagshälsovården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att utveckla samarbete och förbättra sjuk- och rehabiliteringsarbetet. Stort arbete har lagts ner på att få rutiner och arbetssätt att fungera i och med att Karolinska vid årsskiftet bytte leverantör av företagshälsovård.

#### **4.1.7 Sjukfrånvaro**

Sjukfrånvaron för perioden jan 2014-dec 2014 totalt var 5,6 % varav för kvinnor 6,4 % och män 2,4 %. Periodens värde överstiger Karolinskas målvärde med 0,6 procentenheter.

Den ackumulerade sjukfrånvaron för 2014 mätt i dagar per anställd visar att kvinnorna har ökat sin totala sjukfrånvaro med 0,29 dagar och männen har minskar med 0,3 dagar. Sjukfrånvaron uppdelat per intervall visar att kvinnorna har minskat något i intervallet 1-14 dagar (-0,3 dagar), män har också minskat med (-0,2 dagar) och totalt minskar sjukdagarna i intervallet 1-14 något (-0,3 dagar).

Sjukfrånvarointervallet 15-90 dagar är i princip oförändrat från förra året. Medan det i intervallet 91- dagar (+0,46 dagar totalt) ökar kvinnor (0,6 dagar) sjukfrånvaron medan män minskar (-0,14 dagar).

Totalt sett minskar intervallet 1-90 dagar, medan den ökning vi ser beror på ökad långtidssjukskrivning(91 dagar och mer).

Det är framför allt undersköterskor/barnskötare (0,31 % -enheter) och biomedicinska analytiker (0,22 % -enheter) barnmorskor (0,44 % -enheter) som utmärker sig gällande ökning av sjukfrånvaron jämfört med år 2013. Denna ökning beror enbart på den ökade långtidssjukskrivningen.

Sammanfattningsvis har den ackumulerade sjukfrånvaron (jan - dec) mätt i dagar ökat med 0,14 dagar (0,8 %) jämfört med samma period år 2014.

Frisktalerna har under året ökat från 58,1 % till 59,8 %. Frisktalet definieras utifrån en medarbetare som haft sjukfrånvaro under högst 5 kalenderdagar under ett år.

#### **4.1.8 Jämställdhet och mångfald**

För att höja kunskapsnivån inom jämställdhet och mångfald erbjuds en certifierad jämlikhets- och jämställdhetsutbildning för chefer och handläggare, samt webbaserade utbildningar inom mångfaldsområdet för samtliga medarbetare. Under året har 7 medarbetare, varav 5 kvinnor och 2 män, gått den certifierade jämlikhets- och jämställdhetsutbildningen.

För att öka kunskaperna och för att arbeta med en attitydförändring har personer med nedsatt funktionsförmåga erbjudits arbetspraktik, en webb utbildning har tagits fram och kommer att lanseras under 2015.

I det partsgemensamma projektet med att se över läkarnas arbetsmiljö utifrån ett genusperspektiv har flera åtgärdsområden definierats och fokusintervjuer genomförts.

Utbildningsinsatser och informationsinsatser med fokus på jämställdhet och mångfald har skett för ST-läkare inom LUST-programmet och på Karolinskas "Hälsovecka" som är öppet för alla medarbetare.

## **4.2 Miljö**

### **4.2.1 Miljöutmaning 2016**

Karolinska Universitetssjukhuset har ett Miljö- och Hållbarhetsprogram för åren 2012-2016 som fungerar som handlingsplan för hur sjukhuset ska arbeta för att minska den egna miljöpåverkan samt bidra till Miljöutmaning 2016.

Landstingets tre målområden Klimateffektivt, Resurseffektivt och Hälsöfrämjande miljöarbete har i sjukhusets program omformats till de två områdena Hälsöfrämjande miljöarbete och Resurs- och klimateffektivt miljöarbete. Varje område innehåller delmål och för varje delmål finns en gruppleddare och en plan fastställd. *Se mer under rubriken 4.2.5 Övrig redovisning.*

#### **4.2.2 Klimatneutrala tjänsteresor**

Under 2014 har arbete pågått med en reseriktlinje som ska leda till mer klimateffektivt resande och i först hand begränsa antalet flygresor mellan Stockholm och Göteborg. Reseriktlinjen har förankrats och godkänts av sjukhusets samverkansgrupp och HR-avdelningens ledningsgrupp och är nu redo för slutgiltigt beslut av sjukhusdirektör.

Sjukhuset har under 2014 arbetat för ökad användning av videokonferenser, dels genom inköp av nya videokonferensutrustningar samt dels genom utbildning av personal i relevanta system.

#### **4.2.3 Ekologiska livsmedel**

Inom området för ekologiska livsmedel har flertalet föreläsningar hållits om hållbar mat där frågor kring klimatpåverkan och ekologiska livsmedel har adresserats. Föreläsningarna har riktat sig till måltidsansvariga på Karolinska.

Karolinska har under året genomfört en upphandling av kosttjänster och i denna ställt relevanta miljökrav, bland annat för att öka andelen ekologiska råvaror.

Inköp av ekologiska livsmedel till patienter: 8 480 269 kr  
Totala inköp av livsmedel till patienter: 29 751 465 kr  
Andel ekologisk mat till patienter: 29 %

#### **4.2.4 Ledningssystem**

Karolinska universitetssjukhuset är miljöcertifierat enligt ISO-standard 14001:2004. Under 2014 har sjukhusets Miljöavdelning påbörjat arbetet att anpassa sjukhusets miljöarbete och ledningssystem till ny ISO 14001-standard, vilken bedöms fastställas under hösten 2015.

Miljöledningssystemet syftar till att säkerställa att Karolinska lever upp till de lagar och krav som ställs på verksamheten, samtidigt som verksamheten aktivt beaktar dess betydande miljöpåverkan (miljöaspekter) och att

miljöarbetet ständigt utvecklas och förbättras för en minskad negativ miljöpåverkan. För att driva ständiga förbättringar har sjukhusledningen fastställt ett Miljö- och Hållbarhetsprogram för Karolinska för perioden 2012-2016. Miljö- och Hållbarhetsprogrammet följer Stockholms läns landstings miljöpolitiska program *Miljöutmaning 2016*.

#### **4.2.5 Övrig redovisning**

##### **4.2.5.1 Klimateffektivt Effektivisera energianvändningen**

Karolinska har arbetat aktivt med energifrågor under flertalet år och uppnått betydande förändringar i energianvändning. Under 2014 utvärderades Karolinskas miljömålsarbete med fokus på energieffektivisering, samt de åtgärder som genomförts av arbetsgruppen inom ramarna för detta målarbete. Det bedömdes att de aktiviteter som genomförts med syfte att öka medvetenheten och engagemanget för energieffektivisering varit mycket uppskattade av verksamheten. Däremot kunde ett ökat engagemang och ökad medvetenhet inte kopplas samman med en mätbart minskad energianvändning, då medarbetarnas påverkan på energianvändningen i det aktuella läget bedöms vara mycket begränsad. Efter att ha diskuterat Karolinskas och Miljöavdelningens rådighet i energifrågan beslutades vid halvårsskiftet att arbetsgruppen skulle läggas vilande och att arbetet istället skulle fokuseras på att ställa energikrav vid upphandling av utrustning.

Med syfte att minska mängden äldre, mindre energieffektiv elektronik anordnades i maj en elavfallsinsamling i Solna. Resultatet bedömdes som mycket positivt.

Under 2014 har Karolinska, så som tidigare år, internt så väl som externt visat sitt engagemang för energi- och klimatfrågan genom att aktivt delta i Earth Hour.

##### **Lustgas och anestesigas**

Karolinska använder lustgas inom flera verksamheter, men främst på förlossningarna i Huddinge och Solna. Till de centrala lustgasnäten finns lustgasdestruktionsanläggningar anslutna. Under 2014 har lustgasdestruktionsanläggningarna fungerat bra både i Huddinge och i Solna. I Solna har arbetet pågått för att säkerställa att samarbetet mellan Caverion (driftoperatör), Locum (fastighetsförvaltare) och Bijiono (leverantör av lustgasdestruktionsanläggningen) fungerar. Bland annat har

driftpersonalen fått utbildning i lustgasdestruktionsanläggningen. Under 2014 släppte Karolinska ut 314 g lustgas per förlossning.

Under 2014 har det startats en anestesigasgrupp på Karolinska med deltagande från olika verksamheter som arbetar med anestesigaser. Grupperingen har arbetat med att sprida metaboltflödestekniken på sjukhuset via olika utbildningsinsatser och kunskapsöverföring. Metaboltflödestekniken ökar patientsäkerheten och sänker mängden använd anestesigas. Därmed minskas också Karolinskas klimatutsläpp, då anestesigaser har hög potential att bidra till den globala uppvärmningen (hög GWP). Det har hållits utbildningar dels på centrala anestesin i Solna samt på barnanestesin på Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Anestesigasgruppen kommer att fortsätta arbetet under 2015.

#### **4.2.5.2 Resurseffektivt**

##### **Minska mängden engångsmaterial**

Mängden använda engångsmaterial fortsätter öka i vårdverksamheten, som en följd av ändrade arbetssätt, åtgärder för ökad patientsäkerhet samt krav på ekonomiska besparingar. Engångsmaterialen bedöms dock ha en betydande miljö- och klimatpåverkan.

Under 2014 har Karolinska arbetat aktivt för att minska utvalda engångsprodukter, med hjälp av bland annat kommunikationsinsatser. Sjukhuset har också aktivt deltagit i central upphandling av plast- och pappersprodukter för att i samband med denna fasa ut oönskade engångsmaterial, så som exempelvis engångsmuggar av plast.

För att öka kunskapen om de kirurgiska instrumentens miljö- och klimatpåverkan har Karolinska, i samarbete med SLL, genomfört en Livscykelanalysstudie på instrument, vilken även lägger grund för framtida kravställande vid upphandling och verksamhetsutveckling. Arbetet ligger i linje med sjukhusets miljömål att minska inköpen av utvalda engångsprodukter med 20 procent till 2016, relativt inköpen år 2011. Arbetet drivs i projektform med en tvärorganisatorisk arbetsgrupp innefattande representanter från vården och de centrala staberna.

#### **4.2.5.3 Hälsöfrämjande**



### **Utfasning av miljö- och hälsofarliga kemikalier.**

Listan över märkningspliktiga kemikalier som används på Karolinska universitetssjukhuset uppdaterades under mars 2014, efter den årliga kemikalieinventeringen. Utfasningsgruppen, arbetsgrupp med representanter från Karolinska universitetslaboratoriets olika laboratorier, arbetade med att på olika sätt fasa ut hälsovådliga kemikalier bland annat genom substitution och tydligare inköpsrutiner. I slutet av året kunde gruppen konstatera att alla kemikalier som finns på SLLs avvecklingslista för laborativ verksamhet var utfasade. Detsamma kunde konstateras för vårdverksamheterna och avdelningarna för medicinsk teknik. Gruppen arbetar vidare med utfasning av CMR-ämnen, d.v.s. kemiska ämnen som är klassificerade som cancerframkallande, mutagena och reproduktionsstörande kemiska produkter, samt att bevaka att avvecklingsämnen inte återinförs på Karolinska.

### **Läkemedel**

Karolinska har satt upp två mål för att minska mängden miljöfarliga läkemedel. Det ena målet är att den förskrivna mängden felodipin och diklofenak ska minskas med 30 % från basåret 2011. Målet uppnåddes redan i oktober 2013, och 2014 har förskrivningen och rekvireringen av felodipin och diklofenak minskat med 40 % utifrån basåret .

Det andra målet är att minska andelen rekvirerade cefalosporiner och fluorokinoloner jämfört med annan antibiotika med 30 % till 2016. Under 2014 har rekvireringen av cefalosporiner och fluorokinoloner ökat något, men det har även den totala mängden antibiotika. Resultatet blir att mätetalet går i rätt riktning och är nu nere på 12,4 %. År 2011 var andelen cefalosporiner och fluorokinoloner totalt 16 % av total antibiotika. Målet är 11 % till 2016 utifrån basår 2011.

#### **4.2.5.4 Miljökrav vid upphandling**

Karolinska universitetssjukhuset har två avdelningar som upphandlar för sjukhusets räkning; Karolinskas Upphandlingsavdelningen och Karolinska Universitetslaboratoriets inköpsenhet. Dessa två avdelningar har genomfört 43 upphandlingar under 2014, varvid två fortfarande pågår. Övergripande styrs miljökrav i upphandling av rutinen ”*Miljökrav vid upphandling-STAB-0239*”. Vid tre upphandlingar missades det dock att ställa miljökrav. I dessa fall har avvikelser rapporterats för att undvika att det händer igen.

Under 2014 inleddes arbete för att stärka samarbetet mellan Miljöavdelningen och dessa två verksamheter, med syfte att utveckla och stödja i arbetet med miljökravställan. Arbetet kommer att fortgå under 2015.

## 4.3 Socialt ansvarstagande

### 4.3.1 Likvärdig behandling av alla invånare

#### *Könsuppdelad statistik*

<b>JA</b> Metoder och verktyg finns och används för analys av <b>all</b> köns-uppdelad statistik, samt för att vidta åtgärder vid ojämställdhet.	<b>DELVIS</b> Metoder och verktyg finns och används för analys av <b>viss</b> köns-uppdelad statistik.	<b>Nej</b> Metoder och verktyg finns inte för systematisk analys av könsuppdelad statistik.
	x	

Alla patienter på Karolinska ska bemötas och vårdas med respekt och omtanke oavsett personliga egenskaper, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell läggning. Den vård som erbjuds ska utformas med utgångspunkt i den enskilda patientens behov och önskemål. Ett sjukhusövergripande projekt pågår för att kartlägga nuläge och identifiera förbättringsområden gällande jämlik/ojämlik vård. Arbetet bedrivs i samarbete med KI, SKL, patientföreningar och Transkulturellt centrum.

Gruppen har bl.a. arbetat med att införa jämlikhetsaspekten i befintliga riktlinjer, ta fram nya riktlinjer inom relevanta områden och kommer att 2015 ta fram en konkret policy för jämlik vård för Karolinska. Olika aspekter för jämlik vård har uppmärksammats och kommunicerats till verksamheterna, t.ex. vård för papperslösa, hörselskadade och patienter som är i behov av information på sitt eget språk.

Arbetet för en jämlik vård kommer att fortsätta att drivas och utvecklas under 2015.

Flera pilotprojekt med omedelbar återföring av patientens upplevelse av vård och bemötande i form av omdöme på pekskärm pågår och en kartläggning av fördelar och nackdelar med de olika metoderna genomförs. Patientens upplevelse av bemötande mäts med minienkäter.

Tolk används i de fall behov finns.

En remittentenkät har genomförts som efterfrågat remittenters uppfattning om Karolinska ifråga om bl. a. bemötande och kommunikativ tillgänglighet. Förbättringsarbete utifrån inkomna svar pågår.

Karolinskas införande av Mina vårdkontakter pågår.

På Karolinska externa webbplats finns information på finska, ett av de nationella minoritetsspråken samt vissa delar på utvalda minoritetsspråk. Kort information på de övriga nationella minoritetsspråken är på väg att införas.

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

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

Se ovan

#### **4.3.2 Delaktighet för personer med funktionsnedsättning**

Redovisning sker i bilaga F5.

### **4.4 Säkra processer**

#### **4.4.1 Informationssäkerhet**

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

Karolinska Universitetssjukhuset bedriver ett systematiskt arbete inom området informationssäkerhet.

För delindikatorn Säkra processer - informationssäkerhet gäller följande för

1. har beslutade lokala styrdokument i enlighet med gällande riktlinjer
2. har precis påbörjat i slutet av 2014 ny e-utbildning (nya Disa) enligt gällande riktlinjer

3. har ej infört IT-stöd för systematiska säkerhetsgranskningar (Compliance Management)

#### 4.4.2 Säkerhet

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

Karolinska har ett utvecklat systematiskt säkerhetsarbete för skydd av materiella och immateriella värden. I allt säkerhetsarbete prioriteras skydd av liv, hälsa och personlig integritet, där patienten alltid sätts i fokus.

Sjukhuset har fastlagda och förankrade policy, riktlinjer, rutiner, utbildningar och uppföljningar inom bl.a. säkerhet, brandsäkerhet, brandfarlig vara, försäkringar, katastrofhantering, risk- och skyddsobjekt. Detta är genomfört i hela organisationen och uppföljning sker på olika nivåer från sjukhusledning till avdelning/klinik.

Inom Karolinskas verksamhet finns en säkerhetscentral som samordnar och leder det operativa säkerhetsarbetet för sjukhusen i Solna och Huddinge. Det strategiska arbetet leds av sjukhusets säkerhetsledning, som även stöttar utlokaliserad verksamhet i säkerhetsfrågor.

Sedan 2013 pågår arbetet med att harmonisera det systematiska säkerhetsarbetet och säkerhetskulturen med Nya Karolinska sjukhuset i Solna. Arbetet omfattar även att se över möjligheten till gemensamma säkerhetslösningar mellan Karolinska Institutet, Södersjukhuset och Danderyds sjukhus.

Under 2014 har sjukhuset även utökat samarbetet med flera myndigheter för att säkerställa sjukhusets verksamhet vid olika typer av särskilda händelser.

## 4.5 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 2014 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, bl a inkluderande en "Motivationsguide för samtal om levnadsvanor och upplevelse av hälsa", i 4000 exemplar kompletterat med en lansering av en webbaserad utbildning för all personal som utarbetats i samarbete med KI och sundkurs.se

## 4.6 Upphandling och inköp

Uppföljning av landstingets upphandling och inköp avlämnas som bilaga till rapporten.

## 5 Ekonomi

### 5.1 Årets resultat

Sjukhusets resultat för 2014 - 561 mkr, 591 mkr lägre än budget. Resultatet var 553 mkr lägre än vid samma period föregående år.

Årets resultat var i stort sett lika med senaste rapporterade prognos i november (-568 mkr).

Tabell: Resultaträkning år 2014 jämfört budget och föregående år

Resultaträkning (Mkr)	Ack Periodvärden				Ack Periodv f.g. år	
	Bokslut Dec 2014	Budget Dec 2014	Avvik	Avvik %	Bokslut Dec 2013	Förändr 2013-14 %
Vård SLL	11 858	11 872	-14	0%	11 628	2%
Utom/utland	1 007	999	8	1%	980	3%
Sjukv.tj	1 243	1 169	74	6%	1 160	7%
Övriga Intäkter	1 252	1 072	180	17%	1 109	13%
FoUU	803	782	21	3%	799	0%
<b>Verksamhetens intäkter</b>	<b>16 162</b>	<b>15 894</b>	<b>268</b>	<b>2%</b>	<b>15 675</b>	<b>3,1%</b>
Personal	-9 484	-9 032	-452	-5%	-8 916	-6%
Sjukvårdstj	-402	-371	-31	-8%	-380	-6%
Material	-1 335	-1 257	-78	-6%	-1 253	-7%
Läkemedel	-1 663	-1 691	28	2%	-1 597	-4%
Hyra	-1 272	-1 281	9	1%	-1 277	0%
Övriga kostnader	-2 217	-1 859	-358	-19%	-1 916	-16%
<b>Verksamhetens kostnader</b>	<b>-16 373</b>	<b>-15 491</b>	<b>-882</b>	<b>-6%</b>	<b>-15 338</b>	<b>6,7%</b>
Avskrivningar	-308	-337	29	8%	-309	0%
Finansnetto	-43	-36	-7	-18%	-36	-17%
<b>Resultat</b>	<b>-561</b>	<b>30</b>	<b>-591</b>		<b>-9</b>	

### 5.1.1 Avvikelse mot årets budget

Tabell: Avvikelse mot budget per december 2014

Mkr Textkommentar	Intäkt Avvikelse Ack utfall - periodbudg	Kostnad Avvikelse Ack utfall- periodbudg	Resultat Avvikelse Ack utfall- periodbudg	Beslut av LF/LS/ HSN (Belopp)
<b>Vårdintäkter Huvudavtal volymavvikelse</b>				
Slutenvård (-319 mkr) och Öppenvård (92 mkr)	-228		-228	-
<b>Vårdintäkter Huvudavtal snittviktavvikelse</b>				
Slutenvård (348 mkr) och Öppenvård (-45 mkr)	303		303	-
Rabatterad överproduktion	-53		-53	-
Övrig Huvudavtalsavvikelse bl.a. Kvalitetsmål 2014 (-16 mkr)	-24		-24	-
<b>Sidoavtal, Geriatrik</b>	-28	28	0	-
<b>Sidoavtal, vårdval</b>	-36	36	0	-
<b>Sidoavtal, övriga avtal bl.a. Hemdialys &amp; Neurovårdkedja</b>	50	-50	0	-
Utomlänsintäkter*)	8	-4	4	-
Sjukvårdstjänster, framför allt Labtjänster*)	74	-37	37	-
Övr intäker: SLL-satsning (38 mkr helår+10 mkr sommarers)	48	-48	0	-
Övriga intäker bl.a. ext projekt och NKS-relaterat	129	-129	0	-
FoUU, ökad projektverksamhet	21	-21	0	-
Personalkostnader, effekter av sent beslutad(LSF) budget- anpassning av Huvudavtal och Personal (231 mkr)		-200	-200	-
Materialkostnader		-78	-78	-
Läkemedelskostnad slv		35	35	-
Inhyrd personal		-130	-130	-
Konsultkostnader		-186	-186	-
Övriga		-39	-39	-
Avskrivningar		-29	-29	-
Ej RR-radfördelad intäkts/kostnadspost	3		3	-
<b>S:a avvikelse</b>	<b>268</b>	<b>-853</b>	<b>-584</b>	<b>-</b>
Finansnetto			-6	-
<b>S:a Resultatavvikelse</b>			<b>-591</b>	<b>-</b>
* bedömd kostnadseffekt, 50% marginalkostnad				

#### Kompletterande förklaringar till budgetavvikelser i tabellen ovan:

Resultatet -561 mkr innebar en avvikelse jämfört budget med -591 mkr.

Detaljer om huvudavtal och sidoavtal redovisas under punkt 3.1 Produktion

Utomlänsintäkterna blev 8 mkr högre än budget en förbättring jämfört med senaste prognosen.

Sjukvårdsintäkterna blev 74 mkr högre än budget. Labdivisionen svarar i princip för hela överskottet.

I novemberbokslutet skrevs Övriga intäkter ned med 69 mkr avseende uteblivna ersättningar för NKS planering. Utfallet för året blev trots detta 180 mkr högre än budget. Ökad extern projektverksamhet (bl.a. läkemedelsprövningar), ersättning för lönesatsning för vissa sjuksköterskor och sommarbemanning förklarar delar av avvikelsen.

Intäkterna för resultatraden FOU blev p.g.a. mer omfattande projektverksamhet 21 mkr högre än budget.

Utfallet för personalkostnader blev -452 mkr. En stor del av avvikelsen är relaterad till den neddragning av personalbudgeten med 231 mkr till Hsf:s budgeterade vårdersättningsnivå. Andra orsaker är SLL:s lönesatsning på vissa sjuksköterskor samt ökade kostnader för sommarbemanningen. Därutöver har personalvolymerna ökat jämfört föregående år. Se vidare under punkt 2.1.3 Bemanning

Materialkostnader blev 78 mkr högre än budget.

Läkemedelskostnaderna för slutenvård blev 35 mkr lägre än budget. Föregående års effektiviseringsarbete gav fortsatt positiva effekter.

Raden övriga kostnader/tjänster blev ca 358 mkr högre än budget. Konsulter och inhyrd personal har alla ökat mer än planerat under året och svarar för en stor del av avvikelsen. Se vidare under punkt 5.1.2 *Utfall 2014 jämfört utfall 2013* samt under punkt 5.1.2.1 *Konsultkostnader*

Årets avskrivningar blev 29 mkr lägre än budget.



### 5.1.2 Utfall 2014 jämfört utfall 2013

Tabell: Utfall år 2014 jämfört år 2013

Orsak förändring jämfört med föregående år Mkr	Intäkt Förändr 2014-2013	Kostnad Förändr 2014-2013	Resultat Förändr 2014-2013	Beslut av LF/LS/HSN (Belopp)
Huvudavtal	278		278	-
Sidoavtal	-48		-48	-
Utomläns	27		27	-
Såld sjukvårdstjänster Ökning externa Lab-tjänster	84		84	-
Externa projektintäk	25		25	-
Ersättning personalkostnad	60		60	-
Övriga Intäkter Programkontor mm	62		62	-
Personalkostnad skattad volymeffekt		-260	-260	-
Personalkostnad skattad löneglidning		-260	-260	-
Personalkostnad SLL-satsning 38 mkr + Sommarlöner 10 mkr		-48	-48	-
Köpta sjukvårdstjänster		-20	-20	-
Material		-82	-82	-
Läkemedel KÖL		-33	-33	-
Läkemedel slv		-33	-33	-
Konsulttjänster		-97	-97	-
Inhyrd personal		-113	-113	-
IT-tjänster		-32	-32	-
Rep underhåll		-27	-27	-
Övr Kostnader		-30	-30	-
				-
S:a avvikelse	488	-1 035	-547	-
Finansiella		0	-6	-
S:a avvikelse	488	-1 035	-553	-

#### Kompletterande förklaringar till tabellen, förändring mellan 2013-2014:

I tabellen ovan redovisas förändrade kostnader och intäkter jämfört föregående år.

Totala intäkter ökade med 3,1 % jämfört föregående år. Huvudavtalet, sidoavtalet och utomlänsintäkterna ökade sammantaget med 2 %. Alla övriga intäkter redovisade en intäktsökning med 7,5 %.

Kostnaderna inkl avskrivningar ökade med 6,6 % jämfört föregående år. Personalkostnaderna ökade med 6,4 % och alla övriga kostnader ökade med 6,9 %.

### 5.1.2.1 Konsultkostnader

I redovisningen av konsultkostnader nedan är IT-konsulter och övriga konsulttjänster delade i olika tabeller.

Mkr	Bokslut 2014	Bokslut 2013	Förändr %
<b>Konsultkostnad tot, konto 7561, 7562, 7569</b>	<b>-436</b>	<b>-338</b>	<b>29%</b>
<b>varav Finansierade via FoU, Ext Proj, NKS-relaterat</b>	<b>-280</b>	<b>-208</b>	<b>35%</b>
<b>Resterande konsultkostnad, Produktionsrelaterat</b>	<b>-156</b>	<b>-130</b>	<b>20%</b>

Total ökning av konsulttjänster (29 %) var till mer än 60 % finansierat via intäkter från FoU, externa projekt och NKS-relaterad ersättning. En stor del av resterande konsultkostnader utgjordes av administrativa insatser och verksamhetsutveckling.

Mkr	Bokslut 2014	Bokslut 2013	Förändr %
<b>Konsultkostnad IT, konto 7542</b>	<b>-150</b>	<b>-123</b>	<b>23%</b>

IT-konsultökningen kan bl.a. förklaras av att ordinarie bemanning av eHälsa inte kunnat genomföras i planerad takt.

### 5.1.3 SLL-externa intäkter och kostnader

I nedanstående tabell redovisas Karolinskas SLL externa intäkter och kostnader

SLL-extern resultaträkning Mkr	SLL-externt Bokslut 2014	SLL-externt Bokslut 2013	Förändr %	SLL-externt Budget 2014	Avvik Bokslut-Bu
<b>Verksamhetens intäkter</b>	<b>1 956</b>	<b>1 827</b>	<b>7,1%</b>	<b>1 902</b>	<b>54</b>
<b>Verksamhetens kostnader</b>	<b>-10 900</b>	<b>-10 119</b>	<b>7,7%</b>	<b>-10 185</b>	<b>-715</b>
Avskrivningar	-308	-309	-0,4%	-333	25
Finansnetto	0,3	1	-50,0%	0	0
<b>Resultat</b>	<b>-9 252</b>	<b>-8 601</b>	<b>7,6%</b>	<b>-8 616</b>	<b>-636</b>

Det SLL-externa resultatet för år 2014 har försämrats med ca 650 mkr föregående år och – 636 mkr jämfört budget. I huvudsak förklaras resultatet av ökade kostnader för personal samt övriga tjänster och kostnader. Intäktsökningen utgörs bl.a. av externa projektintäkter, patientavgifter och försäljning av laboratorietjänster.

## 5.2 Investeringar

Tabell : Investeringar 2014, utfall jämfört budget

Investeringar Mkr	Bokslut 2014	Budget LF 2014	Avvik Bokslut-Bu
Övriga ospecificerade objekt	208	228	-20
<b>Totalt investeringar</b>	<b>208</b>	<b>228</b>	<b>-20</b>

I årets utfall ingår försenade investeringar från 2013.

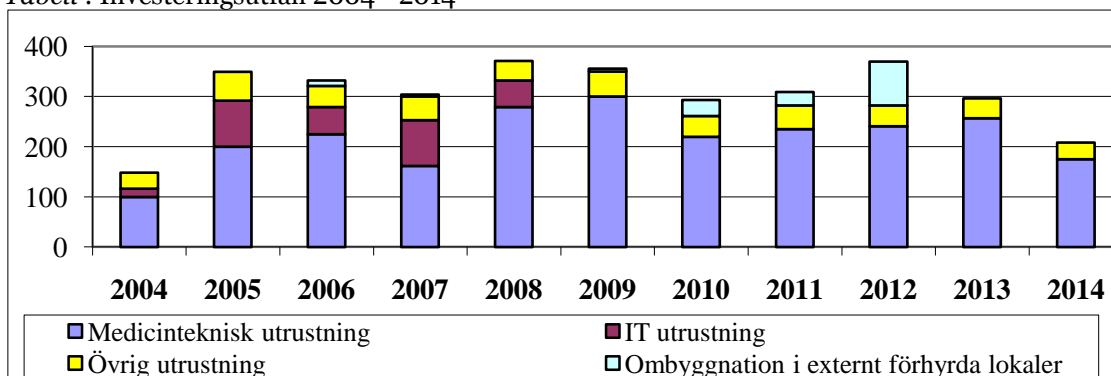
Större utrustningsinvesteringar under året är:	Mkr
DT, neuroradiologen	9,5
Förbättrat säkerhets- och passersystem vid sjukhuset	8,2
Läkemedelsautomater	8,0
MR utrustning (uppgradering), barnröntgen	7,0
Interventionsutrustning, röntgen Huddinge, delbetalning	6,6
Angiografiutrustning, neuroradiologen	6,1
Masspektrometrar, klinisk farmakologi	5,9

Större fastighetsinvesteringar som färdigställt under 2014 är:

	Mkr
K-59 Mini-invasiv dagkirurgi	13
M-52 Mottagning njurmedicin	9
PKL Novum	143

### Investeringar 2004-2014

Tabell : Investeringar utfall 2004 - 2014



Av årets investeringar på 208 mkr avsåg 175 mkr medicinteknisk utrustning och 33 mkr övrig utrustning.

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

### 5.3 Balansräkning

Balansräkning Mkr	2014-12-31	2013-12-31	Förändring
<b>Tillgångar</b>			
Anläggningstillgångar	869	974	-105
Omsättningstillgångar	3 005	3 440	-435
<i>varav kassa och bank</i>	279	-152	431
<b>SUMMA TILLGÅNGAR</b>	<b>3 874</b>	<b>4 414</b>	<b>-540</b>
<b>Eget kapital</b>	<b>321</b>	<b>941</b>	<b>-620</b>
<b>Avsättningar (samt ev. minoritetsintresse)</b>			<b>0</b>
<b>Skulder</b>	<b>3 553</b>	<b>3 473</b>	<b>80</b>
Långfristiga skulder	1 003	1 000	3
Kortfristiga skulder	2 550	2 473	77
<b>SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL</b>	<b>3 874</b>	<b>4 414</b>	<b>-540</b>

Anläggningstillgångarna minskar p.g.a. större avskrivningar och låga nyinvesteringar. Egna kapitalets minskning beror framför allt på årets resultat – 561 mkr.

### 5.4 Kassaflödesanalys

Kassaflödesanalys Mkr	2014-12-31
<b>Den löpande verksamheten</b>	
Kassaflöde från den löpande verksamheten	697 261
<b>Investeringsverksamheten</b>	
Kassaflöde från investeringsverksamheten	-207 702
<b>Finansieringsverksamheten</b>	
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	-58 200
<b>Årets kassaflöde</b>	<b>431 359</b>

## 5.5 Landstingets finanspolicy

Inga avsteg görs från landstingets finanspolicy.

## 6 Övrigt

Samma redovisningsprinciper har använts som i senaste årsrapport.

## 7 Styrelsebehandling

Denna rapport för år 2014 kommer att styrelsebehandlats vid nästa styrelsemöte.

Stockholm 30 januari 2015

Melvin Samsom  
Sjukhusdirektör

Bilagor:

- A1 - Uppdrag i budget 2014
- B1 - Vårdplatser
- B2 - Produktivitet
- C1 - Investeringar
- E – Övriga avsättningar
- F1 - Efterlevnad av policyer
- F2 - Styrningsrapport
- F4 - Försäkrans Intern kontroll
- F5 - Uppföljning funktionsnedsättning
- F6 - Uppföljning finanspolicy 2014
- F7 - Upphandling frågeformulär
- F8 - Intern kontrollplan
- G - Uttalande från förvaltningsledning