

Årsrapport 2021

Karolinska Universitetssjukhuset

ÅRSRAPPORT 2021
Karolinska universitetssjukhuset

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2022-03-31 att överlämna rapporten till nämnden för Karolinska universitetssjukhuset för yttrande senast 2022-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande
Digital signering

Snezana Kronic
Sekreterare
Digital signering

Sammanfattning – Karolinska Universitetssjukhuset

I den årliga revisionen prövas om verksamheten bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om den interna styrningen och kontrollen varit tillräcklig samt om räkenskaperna är rättvisande.

Bedömning för år 2021

	Tillfredsställande	Inte helt tillfredsställande	Otillfredsställande
Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	X		
	Tillräcklig	Inte helt tillräcklig	Otillräcklig
Intern styrning och kontroll	X		
	Rättvisande	Inte rättvisande	
Räkenskaper	X		

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Nämndens ekonomiska resultat uppgår till 740 mnr. Enligt beslut i fullmäktige ska nämndens merkostnader och minskade intäkter till följd av coronapandemin undantas vid avstämningen mot resultatkravet. Nämndens merkostnader under 2021 uppgår till 642 mnr och nämnden har erhållit full täckning för merkostnaderna. Revisionen konstaterar att Karolinskas resultat för 2021 är påverkat av flera tillfälliga intäkter och kostnader.

Nämndens ekonomiska resultat på 740 mnr är 657 mnr högre än fullmäktiges resultatkrav på 83 mnr. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Coronapandemin har haft en betydande påverkan på nämndens möjligheter att uppnå fullmäktiges mål och genomföra fullmäktiges uppdrag. För de mål som kan bedömas har de flesta målen uppnåtts, förutom målen en hälso- och sjukvård av god kvalitet och Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare. Målet om att kärnverksamheten ska prioriteras är delvis uppnått, vilket till stor del beror på pandemin.

Vårdproduktionen har varit 4,3 procent högre än budget för öppenvård och 2 procent lägre än budget för slutenvård. Öppenvårdsproduktionen är 8,8 procent högre och slutenvårdsproduktionen 4,1 procent högre än föregående år. Produktiviteten har påverkats negativt av pandemin eftersom det exempelvis inte gått att producera lika många vårdtillfällen per medarbetare som ett

vanligt år. Patientmixen och patienternas sjuklighet har också förändrats av pandemin.

Sjukhuset har under året haft fyra uppdrag från fullmäktige och tre av dem är avslutade. Uppdraget att sänka de administrativa kostnaderna med tio procent under 2021 pågår, men status framgår inte i verksamhetsberättelsen.

Det verksamhetsmässiga resultatet, med undantag för de områden som inte kan bedömas p.g.a. coronapandemin, har i huvudsak uppnåtts.

Det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget som tillfredsställande.

Intern styrning och kontroll

Nämndens interna styrning och kontroll av verksamheten har under året påverkats i viss utsträckning av den pågående coronapandemin.

Revisionen har under 2021 genomfört ett antal fördjupade granskningar inom bl.a. kompetensförsörjning, verksamhetsstyrning, it-strategiskt arbete, hantering av vårdavvikelser och systematiskt brandskyddsarbete. Granskningarna visar att ett antal förbättrande åtgärder bör vidtas.

Revisionen bedömer att sjukhuset har utvecklat och skärpt sin styrning av ekonomi och produktion genom att istället för styrning via centrala sjukhusövergripande besparingsprogram övergå till en mer decentraliserad styrning med lokala effektiviseringsåtgärder. Revisionen konstaterar att nämndens ekonomistyrning har förbättrats på avgörande punkter sedan 2019 och att tidigare rekommendationer åtgärdats.

Revisionen konstaterar att sjukhusets ekonomi under såväl 2020 som 2021 i hög grad har påverkats av pandemin, vilket innebär svårigheter för nämnden att fullt ut bedöma det underliggande resultatet och därmed det ekonomiska läget för 2022 och framåt. Revisionen bedömer att nämnden kontinuerligt behöver följa och vid behov justera sin styrning och uppföljning för att säkerställa att planerade åtgärder ger en anpassad kostnadsökningstakt på total nivå som gör det möjligt att upprätthålla en ekonomi i balans på sikt.

Revisionen konstaterar att sjukhuset har bedrivit ett fortsatt förbättringsarbete under 2021 för att ta hand om de rekommendationer som lämnades 2017 när det gäller inköp och upphandling. Revisionen bedömer att de åtgärder som nu vidtagits lett till tydligare riktlinjer och rutiner. Dessa kan få genomslag i tillämpningen tidigast under 2022. Uppföljning av implementeringen av rutinerna utifrån lämnade rekommendationer kommer därför att genomföras 2022.

Revisionens uppföljning visar att samtliga rekommendationer från de särskilda granskningarna av nämndens arbetssätt som lämnades i årsrapporterna 2018 respektive 2019 har åtgärdats.

Revisionen har tidigare år framfört kritik inom flera områden och lämnat rekommendationer som nu till största del har åtgärdats. Utifrån årets genomförda granskningar och uppföljning av tidigare granskningar, bedöms den interna styrningen och kontrollen sammantaget vara tillräcklig.

Räkenskaper

Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättat enligt god redovisningssed, enligt regionens anvisningar och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning. Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Innehåll

1	Årlig granskning	1
2	Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	1
2.1	Ekonomiskt resultat	2
2.2	Verksamhetsmässigt resultat	5
3	Intern styrning och kontroll	9
3.1	Ekonomistyrning	9
3.2	Verksamhetsstyrning	14
3.3	Kompetensförsörjning av specialistsjuksköterskor	17
3.4	Karolinskas it-strategi och vårddatalager	18
3.5	Avvikelsehantering	22
3.6	Inköp och upphandling	28
3.7	Systematiskt brandskyddsarbete	32
3.8	Uppföljningar av rekommendationer inom krisberedskap	35
3.9	Ledningsnära kostnader och representation	36
3.10	Avrapporterade granskningar i delrapport	36
3.11	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	38
3.12	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	38
4	Räkenskaper	39
4.1	Årsbokslut inklusive verksamhetsberättelse (förvaltningsberättelse)	39
4.2	Avrapporterade granskningar i delrapport	40
4.3	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	40
4.4	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	40
4.5	Bedömning	40
5	Nämndens yttrande över delrapport 2021	41
	Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till nämnden	
	Bilaga 2 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen	
	Bilaga 3 Bedömningsmål och bedömningskriterier	
	Bilaga 4 Yttrande över delrapport 2021	

1 Årlig granskning

I den årliga revisionen prövas om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rätt-visande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Nämnden är Region Stockholms universitetssjukhus med ansvar för nationell högspecialiserad vård och regionsjukvård, förutom ögonsjukvård, rehabiliteringsmedicin och handkirurgi. Nämnden är vidare regionens specialiserade traumacentrum med ansvar för omhändertagande av svårt skadade patienter.

Nämnden ska bedriva sin verksamhet i enlighet med överenskommelser som ingås med hälso- och sjukvårdsnämnden eller andra uppdragsgivare. Sjukvårdsuppdraget ska omfatta specialiserad och högspecialiserad vård och vara relaterat till sjukhusets forsknings- och utbildningsuppdrag. Från den 1 januari 2021 ansvarar nämnden för tjänsteexport av hälso- och sjukvårdstjänster.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, regionens regler och anvisningar samt god revisionssed för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorsgrupperna och revisorskollegiet.

I granskningen har revisorerna biträtts av regionens revisionskontor. Granskningen har genomförts av granskningsansvariga Charlotta Edholm och Cecilia Dittmer m.fl. vid revisionskontoret och huvudansvarig revisor Anders Hägg m.fl. vid PricewaterhouseCoopers AB.

Revisorernas granskningsuppdrag utförs dels i form av basgranskning som årligen genomförs på alla nämnder och styrelser, dels genom fördjupad granskning av specifika områden utifrån en risk- och väsentlighetsanalys.

Under granskningsåret har revisorerna genomfört ett möte för dialog med presidiet för nämnden under vintern 2021.

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

I detta avsnitt görs en bedömning av om nämnden uppnått fullmäktiges resultatkrav och övriga ekonomiska samt verksamhetsmässiga mål. Bedömningen omfattar även om nämnden genomfört givna uppdrag samt följt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3.

2.1 Ekonomiskt resultat

	Budget 2021	Bokslut 2021	Bokslut 2020
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	22 304	25 104	24 933
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	-22 221	-24 364	-24 860
- varav omställningskostnader	-0	-0	-75
Årets resultat	83	740	73
Coronarelaterade merkostnader	-	642	1 843
Erhållet bidrag för täckning av merkostnader	-	- 642	- 1 654
Justerat resultat	-	740	262
Balansomslutning (mnkr)	6 433	8 818	8 813
Årsarbetare (antal)	14 612	15 172	14 986

2.1.1 Resultat 2021

Nämndens ekonomiska resultat uppgår till 740 mnkr. Enligt beslut i fullmäktige¹ ska nämndens merkostnader och minskade intäkter till följd av coronapandemin undantas vid avstämningen mot resultatkravet. Nämndens merkostnader under 2021 uppgår till 642 mnkr och nämnden har erhållit full täckning för merkostnaderna. Revisionen konstaterar att Karolinskas resultat för 2021 är påverkat av flera tillfälliga intäkter och kostnader.

Nämnden har redovisat ett intäktsbortfall på 100 mnkr p.g.a. coronapandemin som framför allt hänför sig till utomlänsvård som inte har kunnat utföras.² Intäktsbortfallet kompenseras av kraftigt ökade intäkter av laboratorietjänster på 2 277 mnkr genom försäljning av masstester (tester för covidsmitta). Överskottet från masstesterna uppgår till 1 022 mnkr. Intäktsbortfallet från utomlänsvården har därför inte tagits med i det justerade resultatet ovan. Karolinskas resultat påverkas därutöver av flera jämförelsestörande poster som sammantaget har en negativ effekt på 247 mnkr.³

Nämndens ekonomiska resultat på 740 mnkr är 657 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav på 83 mnkr. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

¹ RS 2021-0124

² Bilaga - Merkostnader 2021, Verksamhetsberättelse 2021, Karolinska universitetssjukhuset.

³ Jmf_störande poster_Uppdaterat_2021-12-31 till revisor, underlag, Karolinska universitetssjukhuset, erhållet per mejl 2022-02-16. De största posterna utgörs av avsättningar inför omförhandling av avtal 183 mnkr samt reservering för inhyrning av personal 47 mnkr.

2.1.2 Jämförelse med budget 2021

Intäkter

Verksamhetens intäkter uppgår till 25 104 mnkr, vilket är 2 800 mnkr högre än budgeterat. Om ersättning för coronarelaterade merkostnader (642 mnkr) och masstester (2 277 mnkr) räknas bort uppgår intäkterna till 22 186 mnkr, vilket är 119 mnkr, 0,5 procent, lägre än budget.

Intäkterna från hälso- och sjukvårdsavtalen understiger budget med 455 mnkr. Den största avvikelsen utgörs av intäkter för utomlans- och utlandsvård som understiger budget med 256 mnkr eftersom sådan vård inte fullt ut kunnat utföras som planerat p.g.a. pandemin. Intäkterna för såld vård inom regionen understiger budget med 186 mnkr. Det beror bl.a. på att sjukhuset hade planerat för en produktion på 104 procent av vårdavtalet, men utfallet blev 102 procent.

Försäljning av övriga tjänster överstiger budget med 108 procent eller 2 356 mnkr. Det förklaras nästan helt av kraftigt ökade intäkter för laboratorietjänster p.g.a. uppdraget att utföra coronarelaterade provtagning för allmänheten. Övriga intäkter överstiger budget med 208 mnkr. Det beror bl.a. på olika vård-relaterade ersättningar utöver avtal när det gäller förlossningsvård, insatser för att minska köer samt ökade kostnader för cancerläkemedel.

Kostnader

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 23 567 mnkr, vilket är 2 068 mnkr högre än budgeterat. Om coronarelaterade merkostnader (642 mnkr) samt kostnader för masstester (1 250 mnkr) exkluderas uppgår kostnaderna till 21 675 mnkr. Det är ca 176 mnkr, 0,8 procent, högre än budgeterat.

Personalkostnader inklusive kostnader för inhyrning av personal överstiger budget med 1 220 mnkr vilket motsvarar 10,7 procent. Av detta är 552 mnkr kostnader som är relaterade till coronapandemin som bl.a. beror på att krislägesavtalet aktiverades. Masstesterna (70 mnkr), vaccinering (43 mnkr) och särskilda insatser för minskade köer (31 mnkr) har gett ökade personalkostnader på sammanlagt ca 144 mnkr. Cirka 170 mnkr av avvikelsen mot budget förklaras av olika personalvårdande åtgärder som bl.a. extra lediga dagar (115) mnkr och utökad friskvård mm (55 mnkr). Sjukhuset har p.g.a. svårigheter med bemanning på IVA betalt extra ersättning till personalen på 50 mnkr. Kostnaderna för inhyrd personal överstiger budget med 98 mnkr varav 46 mnkr utgör merkostnader för pandemin. Därutöver har 47 mnkr reserverats för inhyrning av personal under den extra ledighet för ordinarie personal som ska tas ut under 2022.⁴ Cirka 300 mnkr⁵ av den totala avvikelsen för personalkostnaderna mot budget beror saknar direkta förklaringar, men

⁴ § 20. Återhämtningsdagar 2022, beslut, Karolinska universitetssjukhuset, K 2021-10218, 2021-12-22.

⁵ 300 mnkr motsvarar 1,4 procent av Karolinskas kostnadsbudget för 2021.

beror bl.a. på förändringar i produktionen som medfört intern omfördelning av personal.

Antalet helårsarbetskrafter har under 2021 ökat med 1,2 procent och var i december 15 172, vilket är 3,8 procent över budgeterat antal. Enligt en detaljerad redovisning som revisionen tagit del av förklaras ca 90 procent av avvikelserna av omständigheter relaterade till pandemin.⁶

Kostnaderna för köpta primära sjukvårdstjänster är 100 mnkr högre än budget. Det beror främst på att sjukhuset p.g.a. pandemin behövt köpa externa vårdplatser.

För att klara uppdraget att utföra covid-tester har sjukhuset köpt laboratorietjänster för 563 mnkr över budget, vilket är den huvudsakliga förklaringen till skillnaden på 625 mnkr mellan utfall och budget för köpta verksamhetsanknutna tjänster. Resterande avvikelse förklaras av inköp av laboratorietjänster inom området precisionsmedicin.

Sjukhuset har sammantaget utfört något mindre vård än planerat och det har bidragit till att läkemedelskostnaderna är 112 mnkr lägre än budget.

Materialkostnaderna överstiger budget med 320, vilket beror på inköp av material till covid-tester.

Sjukhuset har p.g.a. pandemin inte kunnat koncentrera verksamheter lokalmässigt i planerad takt och därför ligger lokal- och fastighetskostnader 75 mnkr över budget.

Utfallet för övriga kostnader är 159 mnkr lägre än budget. Främst är det kostnader för transporter (-137 mnkr), konsulter (-25 mnkr) och diverse övriga kostnader (-210 mnkr) som är lägre. Sjukhusets inköp av övriga tjänster översteg dock budget med 39 mnkr. Därutöver har sjukhuset engångskostnader på sammantaget cirka 183 mnkr relaterat dels till omförhandlingar av avtal, dels till ett antal tvister.

Verksamhetsberättelsen

Karolinska har lämnat en verksamhetsberättelse, inklusive bilagor, som i huvudsak följer mallen enligt regionledningskontorets anvisningar. Sjukhuset har redovisat hur merkostnaderna för covid samt intäkter och utgifter avseende masstestning har påverkat utfallet på olika kostnadsposter. För vissa poster, bl.a. personalkostnader, saknas fullständiga förklaringar till budgetavvikelser. Revisionen har dock efterfräгат och erhållit kompletterande information. Revisionen bedömer att avvikelser i förhållande till budget i huvudsak har analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i nämndens verksamhetsberättelse.

⁶ Brygga personalkostnader/HÅA, underlag, Karolinska universitetssjukhuset, erhållen per mejl 2022-02-15.

Revisionen rekommenderade nämnden i årsrapporten för 2019 att vidta åtgärder för att kvalitetssäkra bedömningar och uppgifter i verksamhetsberättelsen.⁷ Detta för att ge en korrekt bild av det ekonomiska utfallet relativt budget samt jämfört med utvecklingen tidigare år då nämndens analys av det ekonomiska resultatet var knapphändig.⁸ Revisionens granskning under 2021 av Karolinskas processer för framtagande inklusive kvalitetssäkring av delårsrapport och verksamhetsberättelse visar att rutiner och roller har setts över och tydliggjorts. Revisionen noterar att nämndens vård- respektive ekonomiberedningar tar del av utkast. Revisionen bedömer att Karolinska har vidtagit åtgärder, men vill fortsatt betona att sjukhuset under 2022 behöver säkerställa att större avvikelser från budget förklaras i verksamhetsberättelsen. Rekommendationen avslutas.

2.1.3 Investeringar

Årets investeringar uppgår till 270 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 382 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på 71 procent. Budgetavvikelsen beror framför allt på att investeringar skjutits fram p.g.a. pandemin. Karolinska har stärkt styrningen av investeringsprocessen och revisionen bedömer att detta ger förutsättningar att förbättra Karolinskas möjligheter att nyttja det investeringsutrymme som sjukhuset har tilldelats av regionfullmäktige. De strategiska investeringarna där budgeten finns centralt på regionstyrelsen uppgår till 86 mnkr.

2.1.4 Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans har uppnåtts i och med att det justerade resultatet överstiger resultatkravet.

Verksamhetsåret har varit starkt påverkat av coronapandemin och det är därför svårt att bedöma om nämnden har nått en anpassad kostnadsökningstakt som gör det möjligt att upprätthålla en ekonomi i balans.

Karolinska har under året samtidigt fortsatt arbetet med att utveckla och förbättra produktions- och ekonomistyrningen, se avsnitt 3.1.

2.2 Verksamhetsmässigt resultat

En hälso- och sjukvård av god kvalitet

Målet är inte uppnått. Målet består av åtta stycken indikatorer, varav sju stycken mäts i år. Karolinska klarar två av dem, antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle samt genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle i sjukhusvården.

De indikatorer som sjukhuset inte klarar rör de tre tillgänglighetsindikatorerna (andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning, andel patienter som får tid för första besök hos specialistläkare inom 30 dagar och

⁷ Årsrapport Karolinska universitetssjukhuset 2019, RK 2019–0029, 2020-04-02.

⁸ Rekommendationen har id 38380 i regionens verksamhetsuppföljningssystem Stödet.

andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar). Indikatorerna för förekomsten av vårdrelaterade infektioner samt kostnad per DRG-poäng⁹ uppnås inte. Tillgängligheten är påverkad av pandemin. När det gäller vårdrelaterade infektioner så har dessa minskat under året. Samtidigt vårdar sjukhuset patienter med ökad känslighet för att få infektioner, tex multisjuka och patienter med nedsatt immunförsvar. Karolinska uppger att det därför är svårt för sjukhuset att nå fullmäktiges mål.

När det gäller kostnad per DRG-poäng finns det ingen siffra för 2021 än, utan sjukhuset har jämfört 2020 års siffra med 2019. Då värdet för 2020 är högre än för 2019 anser sjukhuset att indikatorn inte är uppnådd.

Region Stockholm – Attraktiv arbetsgivare

Målet är inte uppnått. Målet består av åtta stycken indikatorer. Majoriteten av dessa hämtas från medarbetarundersökningens resultat när det gäller hållbart medarbetarengagemang, HME. En av indikatorerna, ambassadörskap, mättes inte i årets enkät och resultat saknas därför. När det gäller indikatorerna motivation, ledarskap, styrning uppfyller Karolinska inte fullmäktiges målvärde. Därmed uppnås inte heller målvärdet för HME totalt. Förklaringen enligt sjukhuset är pandemin, som lett till att prioriteringen ändrats från utbildande och utvecklande åtgärder inom ledarskap till ett operativt, vårdnära arbete. Karolinska klarar inte heller fullmäktiges mål när det gäller andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid. Denna indikator är påverkad av pandemin.

Region Stockholms klimatpåverkan ska minska

Målet är delvis uppnått. Sjukhuset har inte klarat indikatorn andel nollutsläppsfordon. Sjukhuset har under året genomfört en utredning när det gäller nollutsläppsfordon och en verksamhet har identifierats som lämplig att använda nollutsläppsfordon. Under 2021 har dock inga sådana fordon tagits i bruk. Enligt sjukhuset är den stora utmaningen att skapa laddmöjligheter.

Systematisk kompetensförsörjning

Sjukhuset har klarat målet systematisk kompetensförsörjning, men inte indikatorn personalomsättning. Under det första året med pandemin minskade personalomsättningen men under 2021 har den återigen stigit, till vad Karolinska betecknar, som mer normala nivåer. Sjukhusets personalomsättning 2021 är dock lägre än under 2016–2018.

Måluppfyllelsen har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt i verksamhetsberättelsen.

⁹ Sjukhuset får ersättning per DRG-poäng. DRG står för diagnosrelaterade grupper. DRG-systemet innebär att patienters vårdkontakter med likartad diagnos och resursförbrukning grupperas i en och samma grupp (DRG) och ges en vikt.

2.2.1 Måluppfyllelse

Sjukhuset har fått fyra uppdrag från fullmäktige:

- Kostnadssänkande åtgärder beaktat lärdomar av nya arbetssätt under pandemin.
- Stockholm Care AB:s tillgångar och skulder överförs till Karolinska.
- Verkställa verksamhetsövergång samt åtgärder avseende Tobiasregistret.
- Sänka de administrativa kostnaderna med tio procent under 2021.

Uppdragen som rör kostnadssänkande åtgärder, Stockholm Care samt Tobiasregistret är enligt sjukhuset avslutade.

Revisionen har under året granskat fullmäktiges uppdrag om minskning av administrativa kostnader, se avsnitt 3.10.3. Karolinska prognostiserade i sin delårsrapport att uppdraget skulle vara genomfört vid årets slut, vilket delvis överensstämmer med utfallet i verksamhetsberättelsen. Enligt verksamhetsberättelsen har Karolinska vidtagit flera åtgärder för att minska de administrativa kostnaderna, genom att bl.a. skapa effektivare och tydligare processer och en högre grad av automatisering i de administrativa systemen. Enligt sjukhuset har det dock varit svårt att fullt ut mäta om uppdraget uppnåtts, bl.a. till följd av en större omorganisation som gäller stora delar av den administrativa verksamheten. Omorganisationen har medfört att kostnader som tidigare redovisats inom verksamhetskostnader nu delvis redovisas som administrativa kostnader. Det gör att det rapporterade värdet i Karolinskas system inte går att jämföra med kostnaderna föregående år. Av verksamhetsberättelsen framgår inte status på uppdraget.

2.2.2 Produktion (*utförare*)

Produktionen har varit 4,3 procent högre än budget för öppenvård och 2 procent lägre än budget för slutenvård. I jämförelse med föregående år ligger öppenvårdsproduktionen 8,8 procent högre och slutenvårdsproduktionen 4,1 procent högre.

I verksamhetsberättelsen finns två olika uppgifter när det gäller antalet vårdplatser. Eftersom mätningen som sjukhusen gör sista onsdagen i varje månad hamnade mellan jul och nyår anser Karolinska att det inte är ett representativt värde (996 vårdplatser). Sjukhuset har därför även redovisat antal vårdplatser i snitt under året, vilket är 1 086 stycken. När snittantalet vårdplatser 2020 jämförs med snittantalet 2021 har sjukhuset haft 5,9 procent fler vårdplatser under 2021.

Produktiviteten har påverkats negativt av pandemin eftersom det exempelvis inte gått att producera lika många vårdtillfällen per medarbetare som ett vanligt år. Det är enligt Karolinska samtidigt svårt att uttala sig om produktiviteten eftersom bl.a. patientmixen och patienternas sjuklighet också förändrats av pandemin.

2.2.3 Minskning av vårdköer på grund av pandemin

Karolinska har under året genomfört ca 1 475¹⁰ extra operationer under kvällar och helger för att komma till rätta med de köer som uppstått p.g.a. pandemin. Karolinska hade satt upp målet 1 000 extra operationer. De köer som kvarstår består enligt Karolinska av sådant som inte är akut. Sjukhuset gör löpande översyner av vårdköerna. Den så kallade vårdskulden är dock enligt sjukhuset till stor del dold, dvs. den består av personer som avstått att söka vård under pandemin, och den är därför svår att kvantifiera.

2.2.4 Säker vård

Revisionen har tidigare år följt upp statistik över överbeläggningar och utlokaliseringar. Enligt sjukhuset finns det fortfarande vissa mätproblem när det gäller att mäta utlokaliseringar, särskilt i de fall olika verksamheter delar vårdgolv. Karolinskas mål när det gäller utlokaliseringar är 12 procent enligt avtal med hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Bortsett från mätproblemen visar uppgifter från sjukhuset att utlokalisering per disponibel vårdplats förbättrats från 2,7 procent 2019 till 1,5 procent 2021 och sjukhuset når målet.

När det gäller överbeläggningar har Karolinska ett sjukhusspecifikt mål om att sjukhuset ska ligga under 10 procent. Både under 2020 och 2021 har Karolinska nått målet. Avgörande för att minska överbeläggningar är att öka antalet disponibla vårdplatser och det lyckades sjukhuset med under pandemin. Därefter har sjukhuset upprätthållit ett högre antal vårdplatser än innan pandemin.

Sjukhuset mäter vårdrelaterade infektioner på två sätt: både genom punktprevalensmätning (PPM) och genom det journalbaserade verktyget Infektions-verktyget. De olika sätten att mäta visar olika medelvärden för året: 9,4 procent vårdrelaterade infektioner enligt PPM och 4,8 procent vårdrelaterade infektioner inom slutenvården enligt Infektionsverktyget. En förklaring till skillnaden mellan de olika resultaten är enligt sjukhuset att PPM och Infektionsverktyget delvis mäter olika saker. I PPM mäts förekomsten av infektioner vid ett visst tillfälle och i Infektionsverktyget registreras när antibiotika sätts in. Enligt Karolinska kommer sjukhuset alltid ha högre värden än övriga sjukhus med tanke på hur infektionskänsliga många av deras patienter är.

2.2.5 Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Det verksamhetsmässiga resultatet, med undantag för de delar som inte kan mätas p.g.a. coronapandemin, har i huvudsak uppnåtts. Revisionen konstaterar att pandemin har haft betydande effekt på Karolinskas möjlighet att uppnå det verksamhetsmässiga resultatet. Produktiviteten har enligt sjukhuset påverkats negativt av pandemin, men hur mycket kan sjukhuset inte svara på, eftersom bl.a. patientmixen har sett annorlunda ut under pandemin. Sjukhuset har klarat det mål sjukhuset satt upp när det gäller att utföra extra operationer för att komma till rätta med de köer som uppstått p.g.a.

¹⁰ Uppgift från Karolinska i samband med faktagranskning av årsrapport 2022-03-21.

pandemin. Samtidigt uppger sjukhuset att det finns en risk för ett uppdämt behov av vård som kommer att påverka kösituationen under kommande år.

3 Intern styrning och kontroll

I detta avsnitt görs en bedömning av hur nämnden tar ansvar för att det finns en intern styrning och kontroll som leder till måluppfyllelse och regelefterlevnad. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3.

3.1 Ekonomistyrning

Nämnden har i delrapporten för 2021 prognostiserat årets resultat till 614 mnkr exklusive coronarelaterade merkostnader. Intäktsbortfall p.g.a. pandemin ingick inte, men däremot var intäkter för masstester inräknade med 615 mnkr. Nämnden har fått full ersättning för coronarelaterade merkostnader under 2021. Resultatet för helåret blev 126 mnkr högre än prognosen i delårsrapporten. Detta beror på att resultatet för masstesterna, p.g.a. större testvolymen under framför allt årets sista sex veckor, blev 407 mnkr högre än i prognosen.

Karolinska har under 2021 varit fortsatt starkt påverkat av pandemin. Sjukhuset har bl.a. behövt disponera om resurser från ordinarie vårduppdrag till vård av covid-patienter och övriga akuta flöden. Pandemin har bl.a. inneburit minskade intäkter från vård av utomlänspatienter. Sjukhuset har samtidigt haft ett utökat uppdrag när det gäller testning och vaccinering. Intäkter från framför allt masstesterna är den huvudsakliga förklaringen till sjukhusets resultat på 740 mnkr, vilket är 657 mnkr över resultatkravet på 83 mnkr.

3.1.1 Ekonomisk rapportering till nämnden

Revisionen har tagit del av protokoll och underlag till nämndens möten. Granskningen visar att nämnden löpande har fått information om det ekonomiska utfallet, inklusive coronarelaterade merkostnader och intäkter för masstestning, i relation till budget och i prognoser. Nämnden har kunnat ta del av de månadsrapporter som sjukhusledningen skickar till regionledningskontoret utöver de rapporter (tertial, delår och år) som nämnden beslutar om. Nämnden har även månadsvis fått återrapportering på de särskilda nyckeltal som man beslutat att följa. Nyckeltalen speglar utvecklingen inom flera centrala områden, bl.a. produktion och ekonomi.

Det framgår av protokollen att nämnden uppmärksammat och begärt återrapportering i frågor som är viktiga för den underliggande ekonomiska utvecklingen. Revisionen noterar att sjukhusledningen på nämndens uppdrag återkommande har rapporterat statistik och analyser när det gäller utvecklingen av personalkostnader och antal anställda, där avvikelsen successivt ökat under 2021. Utfallet för personalkostnaderna blev 11 procent över budget 2021 (se avsnitt 2.1.2).

Nämnden har också pekat på vikten av att fokusera på att merkostnaderna för covid-19 fasas ut eller omsätts i högre produktion.¹¹ Revisionen noterar att sjukhusledningen på nämndens möte i december informerade om att ett arbete inletts för att utveckla processer och datadrivna verktyg för bemanningsplanering. Verktuget ska medge att respektive verksamhets produktionsuppdrag direkt kan kopplas till kompetensbehov och schemaläggning. Arbetet ska resultera i en effektivare sjukhusövergripande resursplanering. Enligt intervjuer ska arbetssättet implementeras under 2022, även om systemstödet som behöver upphandlas kan ta något längre tid etablera.

Revisionen noterar därutöver att nämnden vid beslut som rör sjukhusets ekonomi regelmässigt får ett tjänsteutlåtande med sjukhusledningens bedömning av de ekonomiska konsekvenserna av beslutet.

3.1.2 Utveckling av styrningen

Sedan 2020 har utgår Karolinskas ekonomistyrning från verksamheternas produktionsplaner som styr hur mycket ekonomiska resurser som fördelas till respektive verksamhet. Avvikelser innebär att verksamheterna åläggs att ta fram åtgärdsplaner som handlar om att genomföra kostnadssänkande och/eller intäktshöjande aktiviteter. Revisionen har tagit del av ett exempel från Tema Cancer där det är tydliggjort vilket beting som den aktuella enheten har per resultatrad.

Revisionen noterar att den ekonomiska styrningen ytterligare kommer att förändras under 2022. Verksamheterna kommer även fortsättningsvis att ha resultatkrav, men deras ekonomiska utfall kommer att jämföras mot rullande prognoser och referensvärden för 12 månader i stället för mot en fast budget för helåret. Syftet är att bättre kunna anpassa resursförbrukning och kostnader till att sjukhusets intäkter i stor utsträckning är rörliga.¹² Sjukhuset har identifierat ett antal sjukhusövergripande nyckeltal där flera är relaterade till DRG-poäng. Enligt intervjuer används dessa både i rapporteringen till nämnden och i uppföljningen av verksamheterna, kompletterat med verksamhets-specifika nyckeltal.

Projekt X

Det s.k. Projekt X som sjukhusledningen drivit under 2020 och 2021 för att skapa enhetliga och effektiva sjukhusövergripande processer inom ekonomiområdet har avslutats.¹³ Förbättringsarbetet ska fortsättningsvis drivas i linjeorganisationen.

¹¹ § 20. Ekonomi, rapportering, Karolinska universitetssjukhuset, K 2021-4749, 2021-06-14.

¹² Planerings- och budgetprocess 2022, presentationsmaterial, Karolinska universitetssjukhuset, 2021-09-03.

¹³ Slutrapport Projekt X, presentation till ekonomiberedningen, Karolinska universitetssjukhuset, 2021-12-02.

Inom ramen för Projekt X har sjukhuset identifierat processer för:

- Planering, prognos, uppföljning
- Intäkter
- Investeringar
- Bokslut
- Inköp

Genom Projekt X har sjukhusets controllerorganisation samlats i en ny enhet för att se till att arbetsätten i den finansiella uppföljningen blir standardiserade. Med specialiserade controllrar i den nya enheten ska effektiva arbetsätt, säkrad bokföring, systemstöd, intäkter, sjukhusövergripande kostnader, investeringar m.m. kunna etableras. Ytterligare en enhet har skapats för utveckling och data i syfte att förbättra informationsförsörjningen. Därutöver arbetar man med automatisering av ekonomiadministrativa uppgifter. Ekonomi- och inköpsfunktionen ska därmed kunna ge verksamhetscheferna ett bättre beslutsstöd och också kunna arbeta proaktivt med analyser på ett sjukhusövergripande plan.

Investeringsprocessen

Revisionen redovisade i delrapporten 2021 en översiktlig granskning av Karolinskas nya investeringsprocess som infördes i mars 2021.

Sammanfattningsvis innebär förändringen att en central investeringsprocess har etablerats. Den omfattar alla investeringar över 2 mnkr, även uppgradering av utrustning, service, leasing- och hyresavtal som innebär ekonomiska åtaganden för Karolinska. Verksamheterna ska i sin investeringsansökan utgå från en behovsanalys. Framtida drifts- och avskrivningskostnader ska godkännas av den verksamhetschef som initierat investeringen. Investeringarna bereds i ett investeringsråd som leds av ekonomidirektören. Målet med förändringarna är bl.a. ett effektivare resursutnyttjande och att investeringarna ska styras av behov som prioriteras på sjukhusövergripande nivå snarare än i decentraliserade planeringsprocesser.

Inför framtagande av budgetunderlag för 2022 gjorde Karolinska en förnyad bedömning av investeringsbehovet kommande år. Sjukhuset fann att det utrymme som gavs i den investeringsplan för 2022–2030 som fastställts i fullmäktiges budget för 2021, inte var tillräckligt för de investeringar som sjukhuset anser är nödvändiga. Nämndens förslag till ny investeringsplan innehöll dels en ökning med 438 mnkr (5,9 procent) under perioden, dels tidigareläggning av investeringar. De föreslagna förändringarna av investeringsplanen godkändes av fullmäktige i budget 2022.¹⁴

Revisionen bedömde i delrapporten att det är positivt att Karolinska under 2021 har förstärkt styrningen av investeringarna och att även andra typer av

¹⁴ §183. Budget för Region Stockholm 2022 (förslag 2021:62), beslut nr 36, regionfullmäktige, RS 2020-0755, 2021-11-17.

ekonomiska åtaganden inkluderas i samma beredningsprocess. Revisionen menade även att det är viktigt att processen utvärderas på ett systematiskt sätt genom mätbara mål för att avgöra om syftet med förändringen har uppnåtts. En investeringsstrategi skulle presenteras för nämnden under första kvartalet 2022, men är framskjuten. Det är för närvarande oklart när den kommer att beslutas i nämnden. Revisionen pekade i delrapporten på vikten av att det i strategin framgår vilken inriktning som nämnden prioriterar när det gäller investeringar.

3.1.3 Ekonomiskt läge inför 2022

Karolinskas budget för 2022 utgår från ett normalt produktionsläge. Sjukhuset menar att de finansiella förutsättningarna är utmanande, men genom att fortsätta utveckla en verksamhetsnära styrning med fokus på produktion och kostnadskontroll så ska de ekonomiska målen kunna nås. Vidare uppger sjukhuset att det finns möjligheter att nå högre intäkter från vård av utomlänspatienter, vilket sjukhuset budgeterat för 2022. Samtidigt anger sjukhuset att ersättningen enligt överenskommelsen med hälso- och sjukvårdsförvaltningen för 2022, inte fullt ut täcker kostnaderna när det gäller digitala besök och inom precisionsmedicin.¹⁵ Sjukhuset driver även ett omfattande utvecklingsarbete inom exempelvis precisionsmedicin och it-utveckling. Sjukhusets investeringsram ökar från 700 mnkr till 1000 mnkr 2022 och åren framöver, vilket innebär att sjukhuset behöver se till att framtida drift- och kapitalkostnader kan rymmas inom budget.

Karolinska anger att budgeten bygger på effektiviseringsantaganden på 2–5 procent beroende på kostnadsslag. Hur effektiviseringarna fördelar sig över respektive kostnadsslag eller vilka antagandena det bygger på framgår inte.

Personal är den största kostnaden i budgeten. Utfallet för personalkostnader 2021 innebär att budgeten överskreds med 11 procent 2021, till största delen p.g.a. pandemin. En återgång till ett normalt produktionsläge ställer krav på att sjukhuset anpassar personalstyrkan till vårduppdraget. I verksamhetsplanen anges inte beräknat antal helårsarbetskrafter under 2022.

3.1.4 Uppföljning av rekommendationer

Revisionen lämnade i delrapporten 2019 flera rekommendationer till Karolinska när det gäller ekonomistyrningen.¹⁶ Bakgrunden var att Karolinska år 2019 hade ett underskott på -1 867 mnkr. Rekommendationerna handlade om att nämnden behövde säkerställa en tillräcklig styrning och kontroll av Karolinskas ekonomi för att i tid kunna upptäcka avvikelser och vidta åtgärder. De aktuella rekommendationerna lämnades vid en tidpunkt då sjukhuset uppvisade stora ekonomiska underskott och allvarliga brister i den

¹⁵ Liksom 2021 ersätts digitala besök (video) med 80% jämfört med fysiskt besök. Om kostnadsutvecklingstakten för precisionsmedicin blir ohanterlig under 2022 ska dialog initieras mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Karolinska. Se Protokoll avseende Årlig justering 2022 för Karolinska Universitetssjukhuset, slutlig version, HSN 2019–1835, 2022-02-15.

¹⁶ Delrapport 2019 Karolinska universitetssjukhuset, RK 2019–0029, 2019-10-24.

ekonomiska styrningen. Sedan dess har sjukhuset vidtagit åtgärder som innebär att rekommendationerna kan anses uppfyllda.

Revisionen föreslog i delrapport 2021 att nämnden bör återkomma med en strategi för hur en ekonomi i balans på sikt kan säkerställas. Nämnden skriver i sitt yttrande att verksamheten har en väl fungerande organisation, effektiva processer och en ändamålsenlig styrning samt kontroll. Vidare framhåller nämnden att man genom att ställa om den interna ekonomistyrningen inför 2022 till löpande prognoser istället för årliga budgetar kommer att kunna följa utvecklingen och trender kontinuerligt. Nämnden menar att sjukhuset därmed har en styrning som skapar tillräckliga förutsättningar för att ekonomi i balans ska kunna upprätthållas.¹⁷

3.1.5 Bedömning

Revisionen konstaterar att nämnden på en övergripande nivå regelbundet följer upp ekonomi och verksamhet. Till skillnad mot tidigare framgår det tydligare i nämndens protokoll att nämnden har ett aktivt förhållningssätt i sin styrning och bl.a. efterfrågar ytterligare information och analys i den ekonomiska uppföljningen. Även nämndens beslutsunderlag har förbättrats vid beslut med ekonomisk påverkan.

Karolinska har genomfört ett omfattande utvecklingsarbete, bl.a. inom Projekt X, när det gäller ekonomistyrningen. Sjukhuset har därutöver utvecklat en modell för ekonomistyrning som bygger på en decentraliserad produktionsplanering med resultatkrav för verksamheterna inklusive krav på åtgärdsplaner när så behövs. Under 2021 har utvecklingen fortsatt mot en mer enhetlig och systematisk uppföljning av verksamheterna och en centraliserad investeringsprocess. Revisionen konstaterar att nämndens styrning har förbättrats på avgörande punkter sedan 2019 och tidigare rekommendationer har åtgärdats.

Revisionen konstaterar att sjukhusets ekonomi under såväl 2020 som 2021 i hög grad har påverkats av pandemin, vilket innebär svårigheter för nämnden att fullt ut bedöma det underliggande resultatet och därmed det ekonomiska läget för 2022 och framåt. Nämnden planerar för såväl intäktsökningar som kostnadsminskningar samtidigt som sjukhuset driver ett omfattande utvecklingsarbete inom flera områden som exempelvis precisionsmedicin och it-utveckling. Revisionen bedömer att nämnden kontinuerligt behöver följa och vid behov justera sin styrning och uppföljning. Detta för att säkerställa att planerade åtgärder ger en anpassad kostnadsökningstakt på total nivå som gör det möjligt att upprätthålla en ekonomi i balans på sikt.

¹⁷ Yttrande över regionrevisorernas delrapport 2021, ordförandebeslut, Karolinska universitetssjukhuset, K2021-9156, 2022-01-21.

3.2 Verksamhetsstyrning

Revisionen har under året granskat arbetet med intern kontroll samt genomfört en uppföljning av rekommendationer som avrapporterades i delrapporten, se sammanfattningar i avsnitt 3.10 samt 3.12.

3.2.1 Organisationsförändring

På nämndens möte i september fattade nämnden beslut om en organisationsförändring, där Precisionsmedicinskt Centrum Karolinska (PMCK) flyttades till en egen organisatorisk enhet direkt under sjukhusdirektören. Beslut om att etablera PMCK på Karolinska, i samarbete med KI och Sci-Life-Lab¹⁸, togs i februari 2021. Eftersom området precisionsmedicin har en strategisk och gränsöverskridande karaktär, med gränssnitt mot flera teman och funktioner, föreslog sjukhusdirektören att PMCK ska ligga som en organisatorisk enhet under sjukhusdirektören.¹⁹

På samma nämndmöte fattades beslut om att inrätta en roll som Kvalitets- och patientsäkerhetsdirektör som ska samla och koordinera sjukhusets centrala resurser inom området.²⁰ I samband med detta inrättades också en ny stab för kvalitet och patientsäkerhet.²¹

3.2.2 Internrevisionens rapporter

På nämndens möte i april beslutade nämnden om fyra områden som internrevisionen skulle granska: it- och informationssäkerhet, patientinflytande, samordningen mellan Karolinska universitetssjukhuset och Karolinska institutet när det gäller FOUU²² samt kompetensförsörjning. På nämndmötet i september lämnade ekonomiberedningen information om att avtal skulle tecknas med konsult om att genomföra interrevisionsuppdragen, som skulle avrapporteras på årets sista nämndmöte. När det gäller samordningen inom FOUU-området lämnades inga rekommendationer av internrevisionen. Nedan beskrivs vad som framkom i övriga tre granskningar samt nämndens fortsatta hantering av rekommendationerna från granskningarna.

It- och informationssäkerhet

Internrevisionen bedömde att de beskrivningar som ska vara stöd i arbetet med it- och informationssäkerhet är vaga och otydliga. Det bekräftades även i ett test av journalsystemet TakeCare som pekade på att de genomgångar som verksamheterna gör av behörigheter till systemet varierar bl.a. när det gäller hur ofta genomgångarna görs samt hur de loggas. Granskningen visade också

¹⁸ Sci-Life-Lab, Science för Life Laboratory, är ett svenskt nationellt vetenskapligt centrum för storskalig forskning inom biovetenskap, medicin och miljö. Sci-life-lab startade 2010 av Karolinska Institutet, KTH, Stockholms universitet och Uppsala universitet.

¹⁹ § 14 Organisationsförändringar 14.1 PCMX, Karolinska universitetssjukhuset, K2021-7624, 2021-09-29.

²⁰ § 14 Organisationsförändringar 14.2 Kvalitet och patientsäkerhet, Karolinska universitetssjukhuset, K2021-7625, 2021-09-29.

²¹ För mer information, se Karolinskas intranät: <https://inuti.karolinska.se/verksamheter/central-stab/kvalitetochpatientsakerhet/> Hämtad 2022-03-11.

²² FoUU står för forskning, utveckling och utbildning.

att sjukhuset saknar central uppföljning när det gäller efterlevnad av regionens policy och riktlinjer. Enligt internrevisionen leder det till att sjukhuset saknar överblick över hur arbetet faktiskt ser ut på verksamhetsövergripande nivå samt hur god efterlevnaden faktiskt är, och det medför att möjligheten att arbeta proaktivt inom området försvinner. Internrevisionen rekommenderade att en central funktion, metodik eller dylikt inrättas för att säkerställa att regionens policy och riktlinjer efterföljs. Vidare rekommenderades att sjukhuset tar fram samt implementerar enhetliga konkreta metodbeskrivningar och/eller riktlinjer som stöd till verksamhetschefer i hur de faktiskt bör arbeta.²³

På nämndmötet i december beslutade nämnden att uppdra åt sjukhusledningen att återkomma med en plan för hur internrevisionens rekommendationer ska tas om hand. Nämnden beslutade också att uppdra åt internrevisionen att genomföra en fördjupad analys av internkontrollen kopplad till it- och informationssäkerhet.²⁴ Revisionen har i tidigare granskningar²⁵ lämnat rekommendationer till Karolinska när det gäller informationssäkerhet och kommer i uppföljningen av dessa rekommendationer att följa Karolinskas arbete på denna punkt.

Kompetensförsörjning

Internrevisionen konstaterade att Karolinskas ledning brister i väsentliga delar avseende det strategiska kompetensförsörjningsarbetet. Det saknas en strategisk kompetensförsörjningsplan och uppdraget att ta fram en sådan är otydligt. Internrevisionen rekommenderar därför sjukhusledningen att ta fram en strategi för strategisk kompetensförsörjning samt att genomföra en översyn av metoden för framtagande av planen. Internrevisionen rekommenderar även att sjukhuset arbetar med gapanalyser i det strategiska arbetet med kompetensförsörjning.²⁶

På nämndmötet i december beslutade nämnden att uppdra till sjukhusledningen att ta fram en tänkbar modell för arbetet med en strategisk kompetensförsörjning samt att sjukhusledningen ska återkomma med ett förslag på hur de personalrapporter som presenteras för nämnden i samband med nämndmötena kan kompletteras med ett analysavsnitt så att slutsatser, eventuella konsekvenser och risker förtydligas.²⁷ Under 2021 granskade regionrevisorerna hur bl.a. Karolinska arbetar med kompetensförsörjningen av specialistsjuksköterskor. Revisionen bedömde att ledningen för Karolinska behöver säkerställa att det finns en aktuell och sjukhusövergripande kompetensförsörjningsplan som grund för en långsiktig strategiska planering och

²³ Karolinska Universitetssjukhuset, It- och informationssäkerhet, internrevision 2021.

²⁴ Karolinska 2021-12-13, Styrelsesammanträde Karolinska Universitetssjukhuset (K2021-10218), p.11 Interrevisionsuppdrag.

²⁵ Se rekommendation nummer 29845 från delrapport 2018 samt rekommendation nummer 29851 från projektrapport 8/2018.

²⁶ Karolinska Universitetssjukhuset, Kompetensförsörjning, internrevision 2021.

²⁷ Karolinska 2021-12-13, Styrelsesammanträde Karolinska Universitetssjukhuset (K2021-10218), p.11 Interrevisionsuppdrag.

lämnade en rekommendation om detta till sjukhusledningen (se även avsnitt 3.3).

Patientinflytande

Internrevisionen konstaterade att det saknas en tydlig styrning och uppföljning avseende hur strategiskt patientinflytande ska bedrivas inom sjukhuset. Internrevisionen konstaterar också att det råder en begreppsförvirring i organisationen där olika begrepp blandas samman vilket leder till otydlighet i vad som ska uppnås. Den otydliga styrningen har lett till att patientinflytande varierar beroende på verksamhetsområde och patientgrupp.

Internrevisionen rekommenderade att ett uppdrag gällande patientinflytande riktas till den nya staben för patientsäkerhet. Ansvar och uppdrag bör också tydliggöras. Internrevisionen rekommenderade även att en systematik för att följa upp och stötta verksamheterna i arbetet med patientinflytande etableras.²⁸

På nämndmötet i december beslutade nämnden att uppdra till sjukhusledningen att tydliggöra vad patientinflytande innebär på Karolinska och att ta fram en systematik för att följa upp att adekvat patientinflytande finns på plats.²⁹

3.2.3 Uppföljning av de uppdrag nämnden lämnat till verksamheten

På nämndmötet i december fick nämnden en skriftlig rapport från chefen för rättkansliet när det gäller uppföljning av de uppdrag nämnden lämnat till sjukhusledningen eller nämndens beredningar under året. Majoriteten av uppdragen har hanterats och återrapporterats och det finns ett fåtal som är pågående.

3.2.4 Bedömning

Revisionen noterar att nämnden följt upp verksamheten på olika sätt under året. Revisionen ser positivt på att nämnden har utvecklat sin verksamhetsstyrning genom att upphandla en konsult för internrevision och genomföra granskningar inom olika områden. Nämnden har lämnat uppdrag till sjukhusledningen för att följa upp att de rekommendationer som lämnats i internrevisionens granskningar blir åtgärdade. Revisionen kommer att fortsätta följa detta arbete.

Revisionen ser positivt på att en skriftlig rapport lämnats till nämnden om hur uppdrag till sjukhusledningen har hanterats, vilket bidrar till att öka transparensen när det gäller nämndens arbetssätt.

²⁸ Karolinska Universitetssjukhuset, Patientinflytande, internrevision 2021.

²⁹ Karolinska 2021-12-13, Styrelsesammanträde Karolinska Universitetssjukhuset (K2021-10218), p.11 Interrevisionsuppdrag.

3.3 Kompetensförsörjning av specialistsjuksköterskor

Revisionen har i ett särskilt projekt³⁰ granskat om satsningarna på kompetensförsörjning av specialistsjuksköterskor leder till fler specialistsjuksköterskor där behoven är störst.

Granskningen visar att ansvaret för den systematiska kompetensförsörjningen av specialistsjuksköterskor i hög grad är delat mellan regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt vårdgivarna. Ingen aktör är ansvarig för helheten när det gäller kompetensförsörjningen av specialistsjuksköterskor och det leder till att en helhetsbild av kompetensförsörjningsbehovet saknas.

I granskningen har verksamheter inom intensivvård, akutsjukvård och barnsjukvård ingått och dessa har till delar brist på specialistsjuksköterskor. Enligt sjukhuset är det en komplicerande faktor att sjukhuset både har det högspecialiserade uppdraget och är ett akutsjukhus. Det finns ett stort behov av personal som har vana och lång erfarenhet och därför behövs specialistsjuksköterskor inom de flesta verksamhetsområden inom sjukhuset.

Revisionen bedömer att Karolinska arbetar aktivt med de verktyg som regionen erbjuder för kompetensplanering och kompetensförsörjning. Sjukhuset uppmuntrar sina egna grundutbildade sjuksköterskor att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterskor med löneförmån från regionen. Sjukhuset arbetar med inventering och strukturering av kompetens i KOLL/ProCompetence genom att medarbetare placeras i kompetensstegar. Sjukhuset arbetar även med egna prognoser och analyser om var behov av kompetens finns.

Revisionen rekommenderar ledningen för Karolinska att säkerställa att det finns en aktuell och sjukhusövergripande kompetensförsörjningsplan som grund för en långsiktig strategiska planering.

Revisorerna har gett nämnden möjlighet till yttrande när det gäller hur ledningen för sjukhuset avser att säkerställa att det finns en aktuell och sjukhusövergripande kompetensförsörjningsplan. Av yttrandet³¹ framkommer inte hur Karolinska avser att jobba med en övergripande kompetensförsörjningsplan. I yttrandet framhålls kompletterande information som sjukhuset anser saknas i revisionens rapport. Bland annat anges att sjukhusets HR-funktion har ett rekryteringscenter som centralt hanterar annonsering och rekrytering när det gäller vidareutbildning av sjuksköterskor, att HR gör en prioritering av platserna utifrån krav på specialistutbildning i verksamheten och kompetensbehoven där merparten av platserna tillfaller Funktion PMI³².

³⁰ Rapport nr O6/2021

³¹ Karolinska Universitetssjukhuset Yttrande över Projektrapport 6-2021 Kompetensförsörjning av specialistsjuksköterskor (RK 2021-0056), K2021-10269, 2022-01-27.

³² PMI står för perioperativ medicin och intensivvård. Funktionen samlar hela sjukhusets resurser inom anestesi, operation och intensivvård för vuxna.

En mätning av kvarstannandegraden inom Funktion PMI har visat att 80 procent av de sjuksköterskor som vidareutbildat sig till specialistsjuksköterskor med löneförmån från regionen fortsatt arbetar inom funktionen.

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade att beakta yttrandet i den fortsatta revisionen och revisionsplaneringen.³³

3.4 Karolinskas it-strategi och värddatalager

Nämnden beslutade på nämndmötet i maj om en ny it-strategi för ett renoverat journalsystem.³⁴ Motivet är att Karolinskas systemmiljö för vårdinformation behöver förnyas. Journalsystemen är föråldrade och svagt integrerade. Vidare saknas det en gemensam begreppsmodell för hur information ska utbytas mellan systemen. Verksamhetsmässigt innebär detta bl.a. att vårdpersonal måste lägga tid på att dokumentera i flera system. Därutöver är möjligheterna att använda data för utveckling av verksamhet och forskning begränsade i nuvarande IT-miljö. Problemen är de samma inom regionen. Det regiongemensamma FVM-programmet syftade till att byta ut journalsystemen och modernisera informationsmiljön. Programmet avbröts dock våren 2020.³⁵

I ett första steg ska enligt Karolinskas it-strategi ett heltäckande värddatalager skapas. Värddatalagret ska göra det möjligt att arbeta datadrivet såväl i den vårdnära verksamheten som i kvalitetsuppföljning och forskning. Eftersom en öppen standard för värddatalagring ska användas ska det vara möjligt för Karolinska utbyta information med andra vårdgivare. Investeringsbehovet uppskattades på nämndens möte i juni 2021 till 35–40 mnkr för 2020–2021 och 60–70 mnkr för 2022.³⁶ Strategin bygger på att regionen ska bidra med finansiering och att andra vårdgivare ska ansluta till värddatalagret. I ett nästa steg hösten 2022 ska värddatalagret byggas på med moduler och applikationer som successivt ska ersätta funktionalitet i dagens journalsystem.³⁷

I underlaget till nämnden finns en beskrivning av motiven till it-strategin, men det saknas en analys av riskerna. Det framgår däremot av nämndens protokoll att risker har diskuterats (se avsnitt 3.4.3). Karolinskas it-strategi anger inte explicit hur sjukhusets vägval förhåller sig till pågående arbete inom regionen när det gäller vårdens informationsmiljö, det s.k. post-FVM-projektet, eller till regionens it- och digitaliseringsstrategi.

³³ Regionrevisorerna Yttrandesammanställning projektrapport nr 6/2021 Kompetensförsörjning av specialistsjuksköterskor, RK 2021–0056.

³⁴ Renoverat journalsystem (K 2021–4490), §17 K ny IT-strategi, Karolinska universitetssjukhuset, protokoll 2021-05-24, K 2021–3863.

³⁵ Protokoll 2020-06-16 (RS 2020–0054).

³⁶ §14 Kompletterande information till IT -strategi, nämndmöte, Karolinska universitetssjukhuset, K 2021–4490, 2021-06-14.

³⁷ Renoverat journalsystem (K 2021–4490), §17 K ny IT-strategi, Karolinska universitetssjukhuset, protokoll 2021-05-24, K 2021–3863.

Under 2020 och 2021 har Karolinska arbetat med att etablera ett värddatalager för sjukhuset i enlighet med it-strategin. Det innebär att det efter sommaren 2022 kommer att finnas en teknisk plattform för värddatalagret som dels kan utgöra grund för nytt journalsystem, dels göra det möjligt för andra vårdgivare att ansluta sig enligt det förslag som Karolinska lämnat till regionledningskontoret (se avsnitt 3.4.2).³⁸

Karolinska driver utvecklingsarbetet i linjeorganisationen. Enligt intervju bygger sjukhuset upp teknisk kompetens inom de angivna områdena eftersom det finns en brist på sådan kompetens på sjukhuset och man ser en risk för starkt konsultberoende.

3.4.1 Post-FVM-projekten

I juni 2020 beslutade regionfullmäktige att avbryta upphandlingen av ett nytt journalsystem.³⁹ Samtidigt initierades post-FVM-projekten av regionstyrelsen för att klargöra hur arbetet med att modernisera vårdens informationsmiljö skulle fortsätta efter det att upphandlingen avbrutits. Karolinska har under 2021 tillsammans med SLSO inom ramen för post-FVM-projekten och via styrgruppen⁴⁰ för samordning av vårdproducerande it-system haft i uppdrag att göra en pilot för ett regionalt värddatalager utifrån den modell som Karolinska tillämpar. Erfarenheterna från detta arbete mynnade sedan ut i att direktörgruppen i april 2021 bad Karolinska ta fram en övergripande plan för vidareutveckling av ett regionalt värddatalager inklusive uppskattad resursåtgång.⁴¹

Regionledningskontoret uttryckte i ett återrapporteringsärende till regionstyrelsen i maj 2021 en ny inriktning för förnyelse av vårdinformationsmiljön.⁴² Enligt ärendet ska regionen i stället för att upphandla ett journalsystem av en leverantör utveckla en ny miljö bestående av flera standardiserade moduler med olika funktionalitet som kan utvecklas och bytas ut i takt med att verksamheternas behov förändras och teknik utvecklas. Denna inriktning har sedan bekräftats i fullmäktiges budget 2022.⁴³

3.4.2 Karolinskas förslag till regionalt värddatalager

Karolinska återkom till regionledningskontoret i slutet av november 2021 med ett förslag som innebär att ett regionalt värddatalager skapas enligt den modell som anges i Karolinskas it-strategi.⁴⁴ Karolinska föreslår att sjukhuset

³⁸ § 15. IT-strategi - presentation av K fördelar med ett eventuellt förvaltningsuppdrag, Karolinska universitetssjukhuset, presentation (arbetsmaterial), 2022-02-23, K 2021-4490.

³⁹ Protokoll 2020-06-16 (RS 2020-0054).

⁴⁰ Styrgruppen består enligt tjänsteutlåtande RS 2020-0711 av vårdens direktörsgupp. Beslut om att tilldela medel till åtgärder tas av regiondirektören.

⁴¹ Möte i direktörgruppen 2021-04-23. Information hämtad från underlag till §13. IT-strategi uppdatering, nämndmöte, Karolinska universitetssjukhuset, 2021-09-29.

⁴² Återrapportering hur generationsskifte i vårdens it-miljö kan återupptas, regionstyrelsen, RS 2020-0711, 2021-04-07.

⁴³ Budget 2022 för Region Stockholm, RS 2021-0075 (s. 43 i koalitionen budgetförslag).

⁴⁴ Regionalt Värddatalager – grunden för ett modulärt digitalt ekosystem för att stödja innovation, forskning, journalföring, datalagring och kliniskt arbete, Karolinska universitetssjukhuset, överlämnat till regionledningskontoret 2021-11-30.

under 2022–2024 får i uppdrag att leda utveckling, framtagande och förvaltning av ett vårddatalager samt även definiera alla icke-funktionella krav inför upphandling av journalsystem. Det sistnämnda krävs för att säkra kompatibilitet med vårddatalagret. Förslaget ligger enligt Karolinska i linje den nya inriktningen i fullmäktiges budget 2022. Förslaget har förmedlats till regionledningskontoret från sjukhusledningen och är enligt intervju ett arbetsmaterial och fortfarande preliminärt.

Regionledningskontoret inrättade den 1 januari 2022 en vårdkoncernledning och förslaget från Karolinska bereds där. Ännu har inget beslut fattats av regionstyrelsen men enligt intervju ska en ny upphandling av huvudjournalsystem påbörjas våren 2022. Sjukhusledningen avvaktar enligt intervju regionstyrelsens beslut om hur en ny upphandling av journalsystem ska utformas innan sjukhuset avgör om man ska gå vidare med utvecklingen av journalsystem enligt den modell som beskrivs i sjukhusets it-strategi.

I revisionens årsrapport till regionstyrelsen konstaterar revisionen att det finns ett antal förutsättningar som behöver komma på plats för att kunna realisera den föreslagna lösningen. Regionstyrelsen behöver besluta om regionövergripande arkitektur och standarder för informationshantering och teknik men också att säkerställa att dessa standarder följs.⁴⁵

3.4.3 Nämndens fortsatta hantering

Nämnden har under 2021 vid flera tillfällen begärt återrapportering från sjukhusledningen om arbetet med it-strategin. I protokoll i juni framförde nämnden en oro för att inte Karolinska ska få tillräcklig finansiering för att kunna fullfölja it-strategin.⁴⁶ Nämnden återkom sedan vid nämndmötet i september och önskade ett förtydligande från sjukhusledningen om storleken på investeringsutgiften för Karolinska. Vid samma tillfälle noterade nämnden i protokollet att man ser ett behov av att Region Stockholm beslutar om hur ägande och förvaltning av olika it-system ska utformas. Nämnden konstaterade samtidigt att ett formellt uppdrag till Karolinska att förvalta ett regionalt vårddatalager behöver inkludera tydliga avtal med berörda nämnder och bolag. Det framgår i nämndens protokoll att frågan om att Karolinska ska åta sig ett förvaltningsuppdrag för ett regionalt vårddatalager diskuterades i nämnden, men nämnden tog inte explicit ställning till förslaget.⁴⁷

Sjukhusledningen redogjorde på nämndens möte i februari 2022 för fördelarna med att Karolinska skulle få i uppdrag att förvalta ett regionalt vårddatalager. Det gällde ersättning för kostnader för de lösningar som sjukhuset redan har tagit fram för ett vårddatalager och att det totalt sett skulle bli kostnadseffektivt för regionen. Det är vidare enligt sjukhusledningen enbart

⁴⁵ Årsrapport 2021 Regionstyrelsen, RK 2021–0015, kommande.

⁴⁶ § 14. Kompletterande information till IT-strategi, Karolinska universitetssjukhuset, protokoll 2021-06-14, K 2021–4749.

⁴⁷ § 13. IT-strategi uppdatering, Karolinska universitetssjukhuset, protokoll 2021-09-29, K 2021–7000.

Karolinska som har tillräcklig teknisk kompetens. Sjukhusledningen pekar också på att uppdraget skulle ge sjukhuset möjlighet att tillgodose de särskilda behov av it-lösningar som Karolinska har som regionens högspecialiserade sjukhus. Sjukhusledningens redovisning innehåller även en riskanalys.⁴⁸ Nämndens fråga från nämndmötet i september om precisering av storleken på investeringsutgiften besvarades inte vid detta tillfälle.

3.4.4 Upphandling av service och support för TakeCare

Nämnden har i avvaktan på en regional upphandling av ett nytt journalsystem, fattat beslut om att upphandla service och support för TakeCare för en tidsperiod på maximalt åtta år.⁴⁹ Nämnden har därefter ingått ett fyraårigt avtal.⁵⁰ Karolinska har sedan 1998 varit samordnande och ansvarig part för regionen i relation till den leverantör som tillhandahåller förvaltning av TakeCare. Enligt tjänsteutlåtandet bedömer Karolinska med utgångspunkt i en formulering i regionstyrelsens verksamhetsplan för 2022 att sjukhuset fortsatt har ett formellt uppdrag att säkerställa förvaltningen av TakeCare.

3.4.5 Bedömning

Nämnden har beslutat om en it-strategi för hur sjukhusets föräldrade journalsystem ska ersättas eftersom det finns ett stort behov av att ersätta detta. Revisionen konstaterar att nämnden enligt protokoll återkommande har diskuterat risker med den valda strategin även om nämndens beslutsunderlag inte innehåller någon samlad riskanalys.

Revisionen konstaterar vidare att inriktningen för hur vårdens informationsmiljö enligt fullmäktiges budget 2022 ska förnyas på väsentliga punkter överensstämmer med Karolinska it-strategi. Karolinska har på tjänstemannanivå överlämnat ett förslag till regionledningskontoret om att ge sjukhuset i uppdrag att leda utvecklingen av ett regionalt värddatalager och att definiera tekniska krav på ett nytt journalsystem. Regionstyrelsen väntas besluta i frågan under våren 2022.

Revisionen bedömer att det arbete som Karolinska lagt ned för att utveckla och modernisera sjukhusets värddatalager också har bidragit till den nya inriktning som regionstyrelsen ger uttryck för i budget 2022 när det gäller hur regionens vårdinformationsmiljö ska förnyas. Det preliminära förslag till ett regionalt värddatalager som Karolinska har presenterat kan utgöra grunden för ett nytt regionalt modulbaserat journalsystem. Även om sjukhusledningen löpande informerar nämnden om pågående arbete, vill revisionen understryka vikten av att nämnden i beslut formellt tar ställning till det slutgiltiga förslaget till regionstyrelsen. Regionstyrelsen väntas under våren besluta om hur upphandling av journalsystem ska utformas. Revisionen ser positivt på

⁴⁸ § 15. IT-strategi - presentation av K fördelar med ett eventuellt förvaltningsuppdrag, Karolinska universitetssjukhuset, presentation (arbetsmaterial), K 2021-4490, 2022-02-23.

⁴⁹ § 4. Beslut om att upphandla support och underhållsavtal för TakeCare, Karolinska universitetssjukhuset, K 2021-6227, 2021-12-22.

⁵⁰ Huvudavtal avseende support TakeCare Karolinska Universitetssjukhuset och Compugroup Medical AB, K 2021-6227, 2021-12-27.

att Karolinska lämnat besked om att man avvaktar regionstyrelsens beslut innan sjukhuset avgör om man ska gå vidare med förnyelse av journalsystemet i enlighet med den antagna it-strategin.

Om förslaget antas av regionstyrelsen kommer det att innebära ett omfattande uppdrag för Karolinska. Nämnden har konstaterat att det kan bli kostsamt för Karolinska om övriga vårdgivare skulle välja en annan väg. Revisionen bedömer därför att det är väsentligt att nämnden säkerställer att det fortsatta utvecklingsarbetet underbyggs av ekonomiska kalkyler och riskanalyser. Som nämnden konstaterat behöver ett formellt uppdrag till Karolinska att förvalta ett regionalt värddatalager inkludera avtal även med berörda nämnder och bolag där tydliga uppdrag och finansiering ingår. Revisionen har framfört detta i årsrapporten till regionstyrelsen 2021.⁵¹

Revisionen kommer fortsätta följa arbetet med utvecklingen av den framtida vårdinformationsmiljön både på Karolinska och på regionstyrelsen.

3.5 Avvikelsehantering

Revisionen har granskat om sjukhuset har tillräckliga rutiner för intern kontroll av avvikelser för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet bedrivs på ett ändamålsenligt sätt.

I hälso- och sjukvårdslagen⁵² respektive patientsäkerhetslagen⁵³ ställs krav på att vården ska vara av god kvalitet samt att ett patientsäkerhetsarbete ska bedrivas inom vården. Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetssäkerhetsarbete.⁵⁴ Utöver dessa har sjukhuset fram till och med 2021 haft två interna riktlinjer när det gäller vårdavvikelser: en för avvikelsehanteringsprocessen och en för hantering av Lex Maria ärenden⁵⁵. I december fastställdes ett ledningssystem för kvalitet- och patientsäkerhetsarbete⁵⁶ och de två riktlinjerna ersätts av detta. Enligt intervju ska också intranätet göras om för att förenkla för medarbetare att hitta rätt.

3.5.1 Beskrivning av riktlinjerna och ledningssystemet på en övergripande nivå

Riktlinjen för avvikelsehanteringsprocessen beskriver processen för inrapportering av risker och avvikelser och av riktlinjen framgår att alla risker och avvikelser bör rapporteras och att detta i första hand ska utföras i Händelsevis. Verksamheterna ska ha rutiner för rapporteringen av risker och

⁵¹ Årsrapport 2021 Regionstyrelsen, RK 2021–0015, kommande.

⁵² Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

⁵³ Patientsäkerhetslag (2010:659).

⁵⁴ SOSFS 2011:9.

⁵⁵ Lex Maria-anmälan ska göras vid allvarliga vårdskador, eller när det funnits risk för en allvarlig vårdskada. Regleras av 3 kap. 5 § Patientsäkerhetslag (2010:659).

⁵⁶ Karolinska Ledningssystem för systematiskt kvalitet- och patientsäkerhetsarbete, gäller från 2021-12-14.

avvikelser i HändelseVis.⁵⁷ HändelseVis är regionens system för att rapportera risker och avvikelser. Av riktlinjen för lex Maria-anmälan framgår vårdgivarens ansvar och hur anmälan, utredning, riskförebyggande åtgärder och systematiskt förbättringsarbete ska gå till.⁵⁸

Revisionens granskning visar att sjukhusets ledningssystem för kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet i allt väsentligt innehåller samma delar som finns i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetssäkerhetsarbete. Av sjukhusets ledningssystem framgår bl.a. roller och ansvar, vilka processer och rutiner sjukhuset har samt hur riskanalys och egenkontroller ska genomföras.⁵⁹ Enligt intervjuer är kännedomen om riktlinjerna i verksamheten förhållandevis låg, och förhoppningen är det nya ledningssystemet kommer att bli mer känt.

På sjukhuset pågår ett arbete med att föra in synpunkter och klagomål från patienter via 1177.se. Patienten loggar in via 1177 och skriver sitt klagomål som sedan handläggs i HändelseVis. Om patienten vänder sig till en särskild enhet på sjukhuset hamnar klagomålet direkt i HändelseVis för den enheten. I annat fall går avvikelserna till den centrala staben som sedan fördelar ut den. Enligt intervju har inte alla enheter påbörjat klagomålshantering genom 1177 än men planen är att alla verksamheter kommer att införa det senast under 2022.⁶⁰

Det finns webbutbildningar för hela regionen på Lärtorget, bl.a. om hur en vårdavvikelse ska rapporteras samt hur en avvikelse ska handläggas.⁶¹ Det finns även en utbildning i risk- och händelseanalys.⁶² Sjukhuset har uppgifter över hur många utbildningstillfällen som ägt rum samt hur många anställda som gått utbildningarna. Under året har strax över 250 anställda gått utbildning i "handlägga vårdavvikelser" eller "rapportera vårdavvikelser"⁶³. Enligt sjukhuset är antalet anställda som gått utbildningar under året på en tillfredsställande nivå givet pandemin. Enligt sjukhusets

⁵⁷ Riktlinje för risk- och vårdavvikelsehantering på Karolinska universitetssjukhuset. Version 4. Uppdaterad 2021-07-06.

⁵⁸ Riktlinje för hantering och ansvarsfördelning vid utredning och anmälan av allvarlig vårdhändelse, lex Maria. Version 5. Reviderad 2020-06-08.

⁵⁹ Karolinska Ledningssystem för systematiskt kvalitet- och patientsäkerhetsarbete, gäller från 2021-12-14.

⁶⁰ Information om HändelseVis på Karolinskas intranät: <https://inuti.karolinska.se/verksamheter/central-stab/staberna-vardstod-och-teknik/vara-verksamhetsomraden/it-utveckling-och-vardinformation/administrativa-system/handelsevis/> Hämtad 2022-03-11.

⁶¹ Information om utbildning i Händelsevis på Karolinskas intranät: <https://inuti.karolinska.se/verksamheter/central-stab/staberna-vardstod-och-teknik/vara-verksamhetsomraden/it-utveckling-och-vardinformation/administrativa-system/handelsevis/utbildning-i-handelsevis/> Hämtad 2022-03-11.

⁶² Information om risk- och händelseanalyser på Karolinskas intranät: <https://inuti.karolinska.se/verksamheter/central-stab/kvalitetochpatientsakerhet/vara-tjansteomraden/patientsakerhet/vardavvikelser/risk--och-handelseanalys/> Hämtad 2022-03-11.

⁶³ 93 personer har genomfört utbildningen "Handlägga vårdavvikelse" och 166 medarbetare har genomfört utbildning "Rapportera vårdavvikelse" enligt uppgifter från sjukhuset.

patientsäkerhetsrapport för 2021 behövs det framöver utbildnings- och kompetenshöjande insatser när det gäller avvikelshanteringen.⁶⁴

3.5.2 Roller och ansvar

Enligt Karolinskas ledningssystem ska vårdgivaren med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera och följa upp verksamheten för att fortlöpande utveckla, förbättra och säkra vårdkvaliteten.⁶⁵

En av sjukhusets tre chefläkare är förutom chefläkare även kvalitets- och patientsäkerhetsdirektör, och har ansvar för att fånga upp sjukhusövergripande risker för vårdskador och att ha uppföljande kontroll. Chefläkaren har även ansvar för att möjliggöra uppföljningar av avvikelshanteringen. I början av 2022 har en stab för kvalitets- och patientsäkerhet etablerats. En liknande stab har tidigare funnits på sjukhuset.

Det är verksamhetschefen som har ansvar för patientsäkerhetsarbetet, där hanteringen av risker ingår, och för egenkontrollen inom verksamheten. Medarbetaren är skyldig att rapportera risk för vårdskada och händelser som har medfört vårdskada.⁶⁶ Av intervju framgår att allvarliga vårdskador ska rapporteras till verksamhetschef som i sin tur ska rapportera till chefläkare.

På sjukhuset finns lokala användarstödare och avvikellesamordnare. De lokala användarstödjarna ska utbilda medarbetare inom den egna organisationen i HändelseVis, vara kontaktperson för HändelseVis samt meddela systemförvaltare vid ändringar i organisationen som påverkar avvikelshanteringen. Avvikellesamordnarna ska sammanställa data från avvikelseprocessen som underlag för patientsäkerhetsarbetet.⁶⁷ För att stötta medarbetarna i användandet av HändelseVis finns det så kallade superusers på sjukhuset. Deras roll är att stötta sina kollegor i hur HändelseVis ska användas.

3.5.3 Hantering av avvikelser inklusive systemstöd

Enligt intervjuer förekommer det viss underrapportering i HändelseVis. Det är framförallt risker som inte rapporteras in. Benägenheten att rapportera avvikelser uppges i intervju variera mellan olika yrkesgrupper. Enligt företrädare för en verksamhet inom sjukhuset upplevs HändelseVis inte som användarvänligt vilket riskerar bidra till underrapporteringen.

Ett exempel är när avvikelser hamnar hos fel verksamhet, dvs. inte hos den verksamhet som ska handlägga dem. I HändelseVis är en chef ansvarig för en avvikelse tills nästa chef kvitterar avvikelsen och därigenom tar över ansvaret

⁶⁴ Karolinska universitetssjukhuset Patientsäkerhetsberättelse för Karolinska universitetssjukhuset 2021, dnr K 2022-1570, s. 24.

⁶⁵ Karolinska Ledningssystem för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, gäller från 2021-12-14.

⁶⁶ Riktlinje för risk- och vårdavvikelsehantering på Karolinska universitetssjukhuset. Version 4. Uppdaterad 2021-07-06 samt Karolinska Ledningssystem för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, gäller från 2021-12-14.

⁶⁷ Riktlinje för risk- och vårdavvikelsehantering på Karolinska universitetssjukhuset. Version 4. Uppdaterad 2021-07-06.

för handläggningen. I annat fall kommer avvikelserna till slut tillbaka till den första chefen. Denna vet dock inte vad som hänt med anledning av avvikelserna efter att den skickats iväg, om mottagande chef startat handläggning eller inte. Systemets funktionssätt medför enligt intervju alltså att en avvikelse som skickats iväg kan dyka upp ett halvår senare hos verksamheten som skickat iväg den, utan att någon vidtagit några åtgärder. Det har tidigare funnits problem på sjukhuset kopplat till äldre avvikelser, se avsnitt 3.5.5.

Enligt sjukhuset är verksamheter som har mycket teknisk utrustning bättre på att rapportera in risker och avvikelser. Hit räknas bl.a. labbverksamheten samt verksamhet inom Tema akut och reparativ medicin. Ett annat exempel på det är inom Tema Kvinnohälsa och hälsoprofessioner där temachefen tagit fram en mall för riskbedömning som kan användas kontinuerligt under arbetspasset och avslutas med en bedömning om något bör rapporteras som en avvikelse.

När en avvikelse eller en risk har identifierats och anmälts i HändelseVis är det den ansvariga chefen som ska bedöma vad som behöver göras. Vanligast förekommande är att återkoppla vad som har gjorts till personalen på arbetsplatsträffar. Om det är många avvikelser av samma sort inom sjukhuset, är det chefläkarens ansvar att göra en analys för att hitta orsaken. Enligt en av sjukhusets chefläkare behöver de övergripande analyserna utvecklas på Karolinska.

3.5.4 Systematisk uppföljning enligt ledningssystemet

Ledningssystemet för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete ställer krav på egenkontroll, som innebär en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten.⁶⁸ Av riktlinjen för risk- och vårdavvikelser framgår att det inom varje arbetsplats bör finnas en struktur för egenkontroll.⁶⁹

Alla chefer får en tabell över verksamhetens avvikelser månadsvis från HändelseVis. Varje tema/funktion ska ha analyskompetens för risk- och händelseanalys och ett sjukhusövergripande team för att stötta teman/funktioner i detta är under uppbyggnad.⁷⁰ Enligt chefläkaren finns det förbättringspotential när det gäller uppföljningen. Sjukhusets ambition är att förbättra uppföljningen genom att ha med uppföljning av avvikelser som en stående punkt i patientsäkerhetsdialogerna.

Tema och funktionschef har patientsäkerhetsråd varje månad eller kvartal med sina verksamhetschefer. Av sjukhusets ledningssystem för kvalitet- och patientsäkerhet framgår att patientsäkerhetsdialoger utgör ett forum för

⁶⁸ Ledningssystem för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

⁶⁹ Riktlinje för risk- och vårdavvikelsehantering på Karolinska Universitetssjukhuset. Version 4. Uppdaterad 2021-07-06.

⁷⁰ Information om ledningssystem för systematiskt kvalitets- och säkerhetsarbete på Karolinskas intranät: <https://inuti.karolinska.se/verksamheter/central-stab/kvalitetochpatientsakerhet/ledningssystem/> Hämtad 2022-03-11.

diskussion om patientsäkerhetsfrågor. Enligt intervju med en av chefläkarna har patientsäkerhetsdialoger mellan sjukhusdirektör, chefläkare och tema-/funktionsledningar genomförts under 2020 och fortsatt under 2021. Frågor som ställs till verksamhetscheferna i dialogerna är bl.a. hur cheferna säkerställer att rutiner och processer är kända och att medarbetarna följer dem, hur följsamheten kring föreskrifter om avvikelshantering och lex Maria är och hur lärandet ser ut efter utredningar vid risker och värdsador.⁷¹ Enligt sjukhuset är planen under 2022 att efter att uppföljning gjorts på respektive tema/funktion göra en genomgång på medicinsk enhetsnivå och även följa upp anmälningar till IVO, patientnämndsärenden, kvalitetsdata samt patientmedverkan vid samma tillfälle.

Ett exempel på hur en verksamhet inom sjukhuset försöker förbättra uppföljningen av de egna avvikelserna är att en medicinsk enhet har inrättat en tvärprofessionell avvikelsegrupp, utifrån ett sjukhusgemensamt initiativ. Inom ramen för gruppen sker uppföljning av avvikelser som förfallit, i syfte att se om det är en viss typ av avvikelser som oftare förfaller. Om det handlar om enhets- eller professionsöverskridande avvikelser kan dessa tas upp på möten inom temat.

3.5.5 Sjukhusets hantering av äldre avvikelser

Under våren 2021 gjordes en genomgång på central nivå på sjukhuset av icke åtgärdade avvikelser från 2015 och framåt, vilket handlade om ungefär 2 400 stycken. Genomgången visade att sjukhuset hade väldigt många avvikelser som p.g.a. olika omorganisationer på sjukhuset låg på enheter som inte längre existerade efter omorganisationerna. En genomgång av avvikelserna visade att majoriteten var inaktuella och de kunde rensas från centralt håll.

Ungefär 250–300 stycken av avvikelserna bedömdes av chefläkarna vara väsentliga ur patientsäkerhetssynpunkt och behöva fortsatt hantering. Uppmaningen till berörda verksamhetschefer var att dessa avvikelser skulle hanteras skyndsamt. Karolinska hade ambitionen att omhänderta och avsluta avvikelserna under 2021, men runt 30 stycken kvarstod vid årsskiftet. Karolinska har även gjort en ny sökning i systemet och hittat fler äldre, ej hanterade, avvikelser. Den nya tidplanen är att samtliga äldre avvikelser ska vara avslutade senast under andra tertialet 2022.

Enligt en av sjukhusets chefläkare blev genomgången av de gamla avvikelserna en ögonöppnare och nu inriktar sig Karolinska på att inte hamna i en situation där avvikelser blir liggande igen. Teman och funktioner har infört en kontroll av avvikelser varje månad och rekommendationen till verksamhetscheferna är att de veckovis bör gå igenom verksamhetens avvikelser. Avvikelserna är registrerade på cheferna i HändelseVis, och om en chef slutar finns risken för att avvikelserna inte kommer hanteras. På Karolinskas intranät framgår dock att första linjeföraren har ansvar att avsluta alla kvitterade

⁷¹ Patientsäkerhetsberättelse Karolinska universitetssjukhuset 2020.

avvikelse rapporter innan chefsuppdraget avslutas.⁷² Om en avvikelse blir lig-
gande när en chef slutat försvinner den enligt sjukhuset inte ur HändelseVis,
utan syns i den totala mängden avvikelser.

3.5.6 Bedömning

Revisionen bedömer att sjukhuset har rutiner för intern kontroll av avvikelser
för att säkerställa att patientsäkerhetsarbetet bedrivs på ett ändamålsenligt
sätt, men att följsamheten till rutinerna behöver öka.

Revisionen konstaterar att sjukhuset har vidtagit åtgärder för att stärka avvi-
kelsehanteringen under det senaste året. Sjukhuset har sedan tidigare haft
riktlinjer för avvikelshanteringen och sedan slutet av 2021 har ett lednings-
system för kvalitet- och patientsäkerhetsarbetet införts. Ledningssystemet in-
nehåller väsentliga delar enligt Socialstyrelsens föreskrifter för ledningssy-
stem. Revisionen bedömer att Karolinskas ledningssystem omfattar tillräck-
liga beskrivningar och rutiner för hur arbetet bör gå till.

Revisionen konstaterar vidare att det finns stöd för handläggning och analys
av avvikelser genom olika funktioner i verksamheten som exempelvis cheflä-
kare med särskilt ansvar, avvikellesamordnare, superusers med flera. Det
finns även utbildning för medarbetare, som under det senaste året erbjudits
digitalt. En del av stödstrukturerna runt avvikelshanteringen är under upp-
byggnad, som exempelvis staben för kvalitet- och patientsäkerhet. Framöver
behövs även utbildnings- och kompetenshöjande insatser när det gäller avvi-
kelsehanteringen.

Enligt revisionens bedömning finns det olika typer av stöd för medarbetarna
när det gäller hur avvikelshanteringen ska gå till, både i form av ett led-
ningssystem och av utpekade personer med särskilda uppdrag. Revisionen
gör sam-tidigt bedömningen att det finns förbättringspotential när det gäller
efterlevnaden av regler och rutiner. För att kunna följa regler och rutiner
krävs kunskap om reglerna och rutinerna och därför är det viktigt att sjukhu-
set säkerställer att de anställda har kännedom om ledningssystemet och hur
avvikelshanteringen ska gå till. Ett sätt att öka kännedomen är genom ut-
bildning, ett område där sjukhuset själv identifierat utvecklingsbehov.

Revisionen ser en risk för att det förekommer underrapportering av risker
och avvikelser och konstaterar att det delvis kan bero på att regionens system
för avvikelshantering inte uppfattas som användarvänligt, vilket kan vara
svårt för sjukhuset att åtgärda. Däremot gör revisionen bedömningen att
sjukhusets uppföljning av avvikelser kan förbättras. Genom att sjukhuset föl-
jer upp avvikelser på ett systematiskt sätt bör sjukhuset kunna följa hur in-
rapporteringen av avvikelser utvecklar sig och om det är vissa yrkesgrupper
som i lägre utsträckning rapporterar in risker och avvikelser.

⁷² Information om HändelseVis på Karolinska intranät: <https://inuti.karolinska.se/verksamheter/central-stab/staberna-vardstod-och-teknik/vara-verksamhetsomraden/it-utveckling-och-vardinformation/administrativa-system/handelsevis/> Hämtad 2022-03-11.

Rekommendationer:

Ledningen för Karolinska bör

- på övergripande nivå löpande följa upp arbetet med risker och avvikelser samt hur inrapporteringen ser ut för olika yrkeskategorier.
- säkerställa att utbildnings- och kompetenshöjande insatser genomförs när det gäller avvikelshanteringen.

3.6 Inköp och upphandling

En granskning som genomfördes 2017⁷³ visade på brister kopplade till inköp och upphandling. Granskningen visade att det fanns stora problem när det gällde hanteringen av konsultkostnader, vilket också internrevisionen på Karolinska kommit fram till.⁷⁴ Exempelvis fanns brister i tillämpningen av rutinerna för inköp och leverantörsutbetalningar, brister i kontrollen av att fakturor överensstämde med gällande avtal samt brister när det gäller att beställningar och inköp skedde utifrån giltigt avtal. Denna granskning har följts upp årligen sedan 2017 bl.a. med stickprov som visat att brister kvarstår. I årsrapporten för 2020 konstaterade revisionen att Karolinska successivt stärkt sina rutiner när det gäller hanteringen av leverantörsfakturor samt direktupphandling. Granskning grundat på 55 stickprov visade samtidigt att det återstod ett arbete för sjukhuset när det gäller att säkerställa att rutinerna efterlevs.

Karolinska har under 2021 upphandlat EY för att utföra internrevision. EY gjorde en översyn av Karolinskas inköpsprocess i början av 2021 och kom fram till att avtalsförvaltningen och leverantörsstyrningen kan förbättras. Exempelvis rekommenderade EY Karolinska att säkerställa att avtalsförvaltningen sker i enlighet med regionens riktlinjer för inköp samt sjukhusets tillämpningsanvisningar. EY rekommenderade även Karolinska att definiera begreppet leverantörsstyrning och säkerställa riktlinjer för detta.⁷⁵ Enligt sjukhuset kommer många av rekommendationerna från EY att tas om hand inom ramen för Karolinskas interna projekt, Projekt X.

I samband med delårsgranskningen 2021 har revisionen översiktligt granskat inköpsprocessen. Granskningen visade att brister när det gäller verifiering av fakturor mot avtal kvarstår. I ett stickprov på 10 fakturor på totalt 103 mnr har revisionen kontrollerat om inköp överensstämmer med avtal. För 8 av 10 fakturor går det inte att bedöma om avtalen följs eftersom prislister saknas. Dessutom var 3 av 9 underliggande avtal som revisionen erhållit inte längre giltiga.

⁷³ Se årsrapport 2017 för Karolinska Universitetssjukhuset.

⁷⁴ Översyn över processen för inköp av externa konsulter, internrevisionen, Karolinska universitetssjukhuset, dnr K2017-5710, 2018-01-31.

⁷⁵ EY Internrevision Översyn inköpsprocessen. Karolinska Universitetssjukhuset. Datum 2021-03-30.

Revisionen har under hösten 2021 granskat sjukhusets fortsatta förbättringsarbete när det gäller inköp och upphandling och de åtgärder som sjukhuset vidtagit under året.

3.6.1 Information och utbildning

För att underlätta för anställda att göra inköp korrekt har sjukhuset skapat ett s.k. ledningssystem för inköp, som går att nå via intranätet. Ledningssystemet består bl.a. av rutiner, regelverk och styrande dokument. Ledningssystemet ska ge anställda råd och stöd hur de ska göra med all typ av anskaffning (inköp, hyra eller leasing) av varor och tjänster. Ledningssystemet ska också underlätta att hitta rätt avtal och kontaktperson, både internt på Karolinska och i regionen. Målet med ledningssystemet är att Karolinska ska utnyttja sina resurser effektivt och följa regelverket för inköp.⁷⁶ På Karolinskas intranät finns exempelvis information om hur anställda ska gå till väga om de behöver köpa en vara/tjänst som inte finns upphandlad i ramavtal utan behöver direktupphandlas.

Revisionen har tidigare rekommenderat Karolinska att säkerställa att rutiner och arbetsätt för dokumentation av direktupphandling uppfyller krav i lagstiftningen. Granskningen visar att informationen om hur direktupphandling ska gå till på intranätet är ett steg i rätt riktning. Revisionen har också rekommenderat Karolinska att säkerställa att undantag för konkurrensutsättning ska tolkas restriktivt utifrån upphandlingslagstiftningen. Bakomliggande skäl om exempelvis bara en leverantör tillfrågas i en direktupphandling ska dokumenteras så att det i efterhand går att kontrollera. Granskningen visar att det i informationen på intranätet framgår att behovet av varan/tjänsten ska beskrivas utförligt, men inte uttryckligen att skälen när endast en leverantör tillfrågas ska framgå. För direktupphandlingar över 50 000 kronor finns dock krav på att en offert på köpet bifogas i inköpssystemet.⁷⁷

För att komma till rätta med de problem som tidigare uppmärksammats behöver sjukhuset enligt intervjuade inte bara rutiner och regelverk. Det behövs även utbildning och information till alla anställda som genomför inköp och upphandling för att öka följsamheten. Sjukhuset uppger att det under året varit svårt att genomföra utbildningar då pandemin medfört svårigheter att hålla fysiska utbildningar. De som beställer varor och tjänster i vårdverksamheten har inte alltid en egen dator och har därför inte möjlighet att delta i webb-utbildningar. Sjukhuset har en e-utbildning för inköp sedan 2019, men det saknas uppgifter om hur många som genomfört den.

⁷⁶ Ledningssystemet för inköp på Karolinskas intranät: <https://inuti.karolinska.se/verksamheter/central-stab/ekonomi-och-inkop/vara-tjansteomraden/inkop-ledningssystem/> Hämtad 2022-03-11.

⁷⁷ Information om direktupphandling på Karolinskas intranät: <https://inuti.karolinska.se/verksamheter/central-stab/ekonomi-och-inkop/vara-tjansteomraden/inkop-ledningssystem/inkopsprocessen/avrop-och-bestallning/forbereda-inkop/upphandlade-varor-tjanster/> Hämtad 2022-03-11.

3.6.2 Inköpsstatistik

Sjukhuset strävar efter att inköpen ska läggas in i visualiseringsverktyget Tableau⁷⁸ för att det ska bli lättare att följa dem, även för anställda som inte arbetar specifikt med inköp. Den statistik som verksamheterna får tillgång till idag är historiska data per månad vilket innebär att om felaktiga inköp görs får verksamheten informationen om detta först månaden efter, när felet redan skett. När inköpen ligger i Tableau kommer uppgifter om alla inköp direkt in i Karolinskas datalager i realtid vilket kommer göra det lättare att ha överblick över inköpen och därigenom kunna förbättra både kontrollen och styrningen av inköpen. Felaktigheter i inköpen kommer att bli lättare att korrigera. Anställda kommer också att kunna använda färdiga rapporter i Tableau. Verktyget som används idag för att ta ut inköpsstatistik, Diver, anser sjukhuset är både dyrt och krångligt. Det är dessutom bara tillgängligt för anställda som har licens. Än så länge ligger dock inte inköpen i Tableau, och tidplan för när det kan ske finns inte.

3.6.3 Kontrollaktiviteter

Revisionen har i tidigare granskningar rekommenderat Karolinska att säkerställa att regler och rutiner efterlevs, inte minst med oberoende kontroller av fakturerade kostnader. Några sådana kontroller sker dock inte regelmässigt.

Den nu genomförda granskningen visar att inköpsavdelningen genomför vissa kontrollaktiviteter, exempelvis i samband med årsbokslut för upphandling då uppgifter sammanställs. De uppgifter som tas fram i årsbokslutet är framför allt antal/avtalsvolym för annonserade upphandlingar, genomförda direktupphandlingar (både under och över direktupphandlingsgränsen) samt hur många avtal som sjukhuset förvaltar. Enligt inköpschefen ger framtagandet av dessa uppgifter en bra bild över hur väl de anställda följer uppsatta rutiner. Inköpsavdelningen anser att det i övrigt inte är deras uppgift att i efterhand leta efter fel utan snarare att vara främjande och hjälpa anställda att göra rätt inför ett inköp.

Under 2021 har inköpschefen beslutat att Karolinska ska använda regionens digitala arkiv för arkivering, Edit, även för alla upphandlingar. Karolinska har sedan tidigare ett pappersarkiv men när upphandlingarna läggs in i det elektroniska arkivet kommer det enligt inköpsavdelningen att innebära att det blir enklare att kontrollera upphandlingsdokument. När det gäller direktupphandlingar har inköpschefen också förtydligat i rutinen för sjukhusets inköpare, som framgår ovan, vad dokumentationsplikten för direktupphandling över 100 000 kronor innefattar. Det är oftast vårdverksamheterna som tar in

⁷⁸ Tableau är ett analys- och visualiseringsverktyg. Tableau hämtar data från Karolinskas datalager, som i sin tur hämtar data från olika källsystem, bl.a. journalsystemet TakeCare och regionens ekonomisystem Raindance. För mer information, se Karolinska intranät: <https://inuti.karolinska.se/verksamheter/central-stab/staberna-vardstod-och-teknik/vara-verksamhetsomraden/it-utveckling-och-varardinformation/datalager-och-analys/forvaltningsprodukter/tableau/> Hämtad 2022-03-11.

offerter men inköparna ska framöver ta in offerterna från verksamheterna, så att dokumentationen blir mer samlad.

3.6.4 Systemstöd

Inom regionen centralt pågår arbete inom inköpsområdet som även påverkar Karolinska. Regionledningskontoret har påbörjat ett program för digitalisering respektive kategoristyrning inom inköp. När det gäller programmet för digitalisering anser Karolinska att det är viktigt att arbetet leder fram till ett nytt inköpssystem. Karolinska har framfört önskemål om att få driva ett pilotprojekt som handlar om att använda en beställningsmodul (Marknadsplatsen) i ekonomisystemet Raindance för att registrera inköp. Förhoppningen är att användandet av Marknadsplatsen ska göra inköpsarbetet mer effektivt. Enligt sjukhuset skulle ett byte från det nuvarande beställningssystemet (Clockwork) till Marknadsplatsen också medföra att det blir både effektivare och lättare för ansvariga på sjukhuset att samla in avtal i systemet som idag går genom andra portaler. Förhoppningen är att det ska underlätta för verksamheterna att följa rutiner och riktlinjer på området och bl.a. öka acceptansen bland de anställda när det gäller att kontrollera avtal för tjänster och konsulter direkt i inköpssystemet. I dagsläget hanteras vissa avtal utanför inköpssystemet för att systemet upplevs för krångligt att använda. Risk finns också att inköpen görs helt utanför Clockwork (s.k. vilda inköp) och då har inköpsavdelningen ingen kontroll över inköpen eller ens vetskap om att de görs.

Karolinska har också framfört önskemål om en regiongemensam avtalskatalog eftersom det skulle underlätta hanterandet av avrop från avtalen. En gemensam katalog skulle innebära att alla regionens avtal finns samlade på ett ställe och det skulle underlätta att hitta avtalen och därigenom kunna använda sig av dem. Avrop från regionens avtal skulle ske direkt i upphandlingsverktyget som skulle hänga ihop med avtalskatalogen vilket skulle göra det enklare för den som vill göra ett avrop eftersom allt görs i samma verktyg och inte i olika system som idag.⁷⁹

3.6.5 Bedömning

Revisionen konstaterar att det bedrivits ett fortsatt förbättringsarbete under 2021 för att omhänderta revisionens rekommendationer. Inom ramen för förbättringsarbetet har exempelvis ett ledningssystem för inköp tagits fram i syfte att stötta personalen att göra rätt, vilket revisionen ser positivt på. Insatser görs även för att påverka systemstöd och stötta genom utbildningsinsatser. Revisionen är medveten om att pandemin har haft stor påverkan på verksamheten. När verksamheten framöver återgår till ett normalläge finns ett behov av att förstärka och tidsätta olika delmoment så att även kontroller mot avtal utförs i större utsträckning än hittills. Revisionen bedömer att

⁷⁹ Regionen planerar att genomföra centralt samordnade upphandlingar för både nytt inköpssystem och upphandlingssystem/avtalskatalog och har därför skickat ut detta på remiss till regionens verksamheter. Sista svarsdagen för remissen var 25/2.

Karolinska bör ta fram och implementera en plan för systematiska kontrollaktiviteter inom inköp och upphandling.

Revisionen bedömer sammantaget att de åtgärder som sjukhuset hittills har vidtagit lett till tydligare riktlinjer och rutiner, men att de kommer att få genomslag i tillämpningen tidigast under 2022. Det innebär att tidigare lämnade rekommendationer kvarstår som delvis åtgärdade och revisionen kommer även fortsättningsvis att följa området.

3.7 Systematiskt brandskyddsarbete

Revisionen har granskat brandskyddsarbetet vid Karolinska universitetssjukhuset. Syftet med granskningen har varit att bedöma om sjukhuset i rollen som verksamhetsutövare bedriver ett systematiskt brandskyddsarbete i enlighet med nationella regler och regionens föreskrifter. Även företrädare för Locum har intervjuats. Parallellt har granskningar även genomförts av Danderyds sjukhus AB samt av Södersjukhuset AB.

Enligt lagen ska den som äger en byggnad eller den som bedriver verksamhet där, i skäligen omfattning hålla utrustning för släckning av brand och för livräddning vid brand eller annan olycka. I övrigt ska de åtgärder vidtas som behövs för att förebygga brand och för att hindra eller begränsa skador till följd av brand.⁸⁰ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har i allmänna råd preciserat lagkraven.⁸¹

Inom regionen är ansvaret för brandskyddet vid sjukhusen delat mellan fastighetsägaren Locum och sjukhusen som verksamhetsutövare. I ett särskilt projekt har revisionen granskat fastighetsägaransvaret inom hälso- och sjukvårdsverksamheten. Där konstaterade revisionen att sjukhusen har ansvar för att vidta s.k. "verksamhetsanknutna åtgärder".⁸²

Granskningen av brandskyddet har omfattat frågor om sjukhusets dokumentationen för brandskydd är uppdaterad; om tillräckliga egenkontroller, utbildning och övning genomförs; om incidentrapportering sammanställs samt om sjukhusets rutiner för brandskydd har uppdaterats efter om- och tillbyggnader vid sjukhuset. Granskningen har genomförts via dokumentstudier och intervjuer. Inga fysiska kontroller har genomförts. Granskningen har i huvudsak inriktats på Huddinge-sajten eftersom Storstockholms brandförsvaret parallellt utfört en tillsyn av Solna-sajten.⁸³

Karolinska har ett övergripande styrdokument för det systematiska brandskyddsarbetet.⁸⁴ Det är delvis uppdaterat i enlighet med MSB:s allmänna råd.

⁸⁰ Lag (2003:778) om skydd mot olyckor.

⁸¹ Allmänna råd och kommentarer om systematiskt brandskyddsarbete (SRVFS 2004:3).

⁸² Konsultrapport från PwC AB, bilaga till Byggherre- och fastighetsägaransvar inom Region Stockholms hälso- och sjukvårdsverksamhet, revisionsrapport 1/2021, s. 13.

⁸³ Tillsyn enligt Lag om skydd mot olyckor avseende Karolinska universitetssjukhuset (verksamheten), 2021-003345, Storstockholms brandförsvaret, 2021-11-22.

⁸⁴ Tillämpningsanvisningar för Karolinskas systematiska brandskyddsarbete, säkerhetsavdelningen, Karolinska universitetssjukhuset, STAB6217, 2019-08-04.

Det innehåller en reglering av vilka skyddsnivåer som ska gälla för olika typer av byggnader. Där finns även beskrivningar av rutiner vid brandlarm. Där anges också att alla i personalen ska ha kunskap om arbetsplatsens brandlarmsrutiner, vilket verksamhetscheferna har ansvar för att säkerställa. I dokumentet saknas en beskrivning av rutiner för information till hantverkare, besökare m.fl. som kan påverka eller beröras av brandskyddet i sådan utsträckning att riktad information behövs.⁸⁵ Revisionen menar att det därutöver finns ett behov av att tydliggöra och anpassa informationen i dokumentet så att den blir enklare för verksamheterna att använda i det praktiska arbetet. En revidering av dokumentet pågår. Sjukhusets riktlinjer för hantering av brandfarlig vara uppdateras parallellt för att anpassas till förändrade regler.

Revisionen noterar att sjukhuset inte har en särskild brandsamordnare, men en av sjukhusets säkerhetshandläggare har brandskydd som sin huvudsakliga arbetsuppgift.

3.7.1 Egenkontroller

Granskningen visar att det finns en tydlig reglering av hur egenkontroller på brandtekniska installationer ska genomföras och vem som är ansvarig för respektive sjukhusområde. Entreprenören Coor⁸⁶ har ansvar för de nya sjukhusbyggnaderna i Solna, medan sjukhusets verksamhetschefer delar ansvar med fastighetsägaren Locum för de lokaler som respektive verksamhet använder i Huddinge samt på Gamla Karolinska i Solna.

Egenkontrollerna som verksamheterna genomför dokumenteras på papper och förvaras sedan i pärmar lokalt. Revisionen har tagit del av underlag som styrker att egenkontroller genomförs i Huddinge.

Säkerhetsavdelningen gör ingen central sammanställning av egenkontrollerna. Det finns i nuläget inget sjukhusövergripande ledningssystem för dokumentation av egenkontrollerna. Detta försvårar säkerhetsavdelningens uppföljning och insyn i verksamheternas egenkontroller. Säkerhetsavdelningen har ett projekt som syftar till att etablera ett ledningssystem för uppföljning av egenkontroller.

3.7.2 Utbildning och övningsverksamhet

Karolinska har en övnings- och utbildningsplan som nyligen har reviderats.⁸⁷ Av denna framgår att brandutbildning ska genomföras för samtliga nyanställda och sedan upprepas minst vart tredje år. Utbildningen ska innefatta både teori och praktik. Planen innehåller exempelvis brandlarmsövning på avdelning, utrymningsövning, funktions- eller seminarieövningar samt orienterings- och insatsövning med räddningstjänsten. För verksamheter i den nya

⁸⁵ Alternativt en länk till en riktlinje hos Locum där detta beskrivs.

⁸⁶ Företaget Coor har enligt avtal ansvar för samordning, utveckling och leverans av arbetsplats- fastighets- och logistiktjänster i den nya sjukhusbyggnaden på Karolinska universitetssjukhuset i Solna.

⁸⁷ Övning och Utbildningsplan 2021, Karolinska universitetssjukhuset, 2021-10-20.

sjukhus-byggnaden i Solna finns det en kompletterande övningsplan som Coor ansvarar för.

Under pandemin har Karolinska gjort om utbildningen till en digital utbildning med en praktisk del. Statistik som revisionen tagit del av visar att deltagandet i utbildningsverksamheten under pandemin har varit lågt.⁸⁸

Revisionen noterar att brandsäkerhet även ingår som ett övningsområde i den övergripande utbildnings- och övningsplanen för kris- och katastrofberedskap samt civilt försvar. Revisionen bedömer att den struktur och det arbetssätt som dokumentet ger uttryck för i ökad utsträckning skulle kunna tillämpas inom det systematiska brandsäkerhetsarbetet.

3.7.3 Incident- och felrapportering

Incident- och felrapporteringar sammanställs i systemet HändelseVis. I detta system kan man följa upp det som rapporterats och när det åtgärdats. Systemet fungerar men med vissa brister. Det framgår av intervjuer att det upplevs omodernt. Revisionen har tagit del av dokumentation som visar att incident- och felrapporteringen fungerar tillfredsställande.

Granskningen visar att det tar längre tid att åtgärda brister där det är verksamhetschefernas ansvar att reservera medel för ändamålet jämfört med om bristerna rör utrustning och installationer för vilka det finns drifts- och supportavtal. På denna punkt bör Karolinska se över sina rutiner.

3.7.4 Om- och tillbyggnation av betydelse för brandskydd

Vid om- och tillbyggnationer upprättas en projektgrupp. Projektgruppen svarar bl.a. för att värdera och uppdatera brandrisker. I projektgrupperna är alltid Locum och eventuell fjärdepartslieferantör med. Granskningen visar att i Huddinge behöver brandritningar uppdateras för de äldre byggnaderna. När det gäller den nya behandlingsbyggnaden (O-huset) finns brandritningar, men de är ännu inte tillgängliggjorda i det systemstöd som Locum ansvarar för. Det faktum att brandritningarna inte är uppdaterade för Huddinge-sajten innebär en brandsäkerhetsrisk för sjukhuset. Ansvaret för uppdateringen ligger hos Locum och ska var klart under första kvartalet 2022.

3.7.5 Bedömning

Revisionen konstaterar att Karolinskas dokumentation avseende det systematiska brandskyddsarbetet är delvis uppdaterad enligt MSB:s allmänna råd. En systematisk uppföljning av de egenkontroller som genomförs lokalt av verksamheterna saknas. Sjukhusledningen behöver etablera ett ledningssystem för en tillräcklig överblick över vilka brister som framkommer och hur arbetet med att åtgärda dessa fortlöper.

Revisionen bedömer att sjukhuset i huvudsak har ändamålsenliga utbildnings- och övningsplaner. Pandemin har dock inneburit att utbildnings- och

⁸⁸ Brandutbildningar-statistik-20211027, arbetsmaterial, Karolinska universitetssjukhuset.

övningsverksamheten inte kunnat upprätthållas enligt plan. Sjukhuset behöver därför intensifiera utbildnings- och övningsinsatserna under 2022 för att säkerställa tillräcklig beredskap. Revisionen konstaterar att incident- och felrapporter sammanställs och brister åtgärdas inom en rimlig tidsram. Vidare saknas delvis uppdaterade brandritningar för Huddinge-sajten. Det är Locums ansvar att åtgärda, men det utgör en brandsäkerhetsrisk för sjukhuset.

Revisionen bedömer sammantaget att det finns åtgärder som behöver vidtas för att förstärka det systematiska brandskyddsarbetet vid Karolinska.

Rekommendationer:

Ledningen för Karolinska bör

- revidera styrande dokument för det systematiska brandsäkerhetsarbetet i enlighet med MSB:s allmänna råd.
- etablera ett ledningssystem för det systematiska brandsäkerhetsarbetet som medger en överblick över brister och hur arbetet med att åtgärda dessa fortlöper.
- under 2022 intensifiera utbildnings- och övningsverksamheten inom brandsäkerhetsområdet för att säkerställa tillräcklig beredskap.

3.8 Uppföljningar av rekommendationer inom krisberedskap

Revisionen har följt upp den granskning som gjordes 2020 av hur nämnden hanterade coronapandemin och de rekommendationer som med anledning av granskningen.⁸⁹ Rekommendationerna handlade om att erfarenheterna från pandemin skulle tas tillvara i reviderade styrdokument för krisberedskap som uppdateras i samverkan med regionen; att delegerade beslutsrätter i olika planer framgår i delegationsordningen för att öka tydligheten i ansvar och befogenheter samt att en utvärdering görs av vilken återrapportering som krävs till nämnden vid höjd beredskap för att säkerställa tillräckliga beslutsunderlag i en framtida krissituation. Revisionen lämnade även rekommendationer när det gäller att säkerställa att återrapportering sker till nämnden om arbetet med risk- och sårbarhetsanalysen samt att information om sårbarheter som behöver åtgärdas på regional nivå vidarebefordras till regionstyrelsen. Därutöver gav revisionen ledningen en rekommendation om att säkerställa rutiner för diarieföring och dokumenthantering vid kris.

Sjukhusledningens åtgärder med anledning av revisionens rekommendationer återrapporterades till nämnden vid mötet i december 2021. Revisionens uppföljning i samband med årsgranskningen visar att nämnden, så långt som det för närvarande är möjligt, har omhändertagit rekommendationerna i reviderade styrdokument. Det återstår för nämnden att säkerställa att sjukhusets styrdokument för krisberedskap överensstämmer med de uppdaterade styrdokument som regionfullmäktige respektive hälso- och

⁸⁹ Årsrapport Karolinska universitetssjukhuset 2020, RK 2020-0013, 2021-03-31.

sjukvårdsnämnden vän-tas anta under 2022. Revisionen kommer att följa upp detta i samband med årsgranskning 2022.

En särskild granskning av nämndens kris- och katastrofmedicinska beredskap avrapporterades i årsrapporten 2018.⁹⁰ De flesta rekommendationer från denna granskning har åtgärdats, men det återstår för nämnden att fullt ut säkerställa att kontinuitetsplanering genomförs.⁹¹ En uppföljning i samband med årsrapport 2021 visar att sjukhusets åtgärder för att stärka kontinuitetsplaneringen har påverkats av pandemin, men det pågår ett arbete för att utveckla en mer systematisk kontinuitetsplanering. Sjukhusledningen har beslutat om en policy för kontinuitetsplanering.⁹² En struktur för kontinuitetsplanering har utformats som enligt intervjuer är under införande. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad och revisionen kommer att följa detta arbete under 2022.

3.9 Ledningsnära kostnader och representation

Revisionen har granskat sjukhusets rutiner för ledningsnära kostnader och representation. Granskningen omfattar s.k. förtroendekänsliga fakturor. Ett stickprov på 16 fakturor har tagits för att kontrollera att de är korrekt attesterade. En liknande granskning avrapporterades i delrapporten för 2021.

Den aktuella granskningen visar att i ett stickprov på 16 fakturor gick det att verifiera att 15 fakturor var attesterade av oberoende och behöriga attestanter. Granskningen visar i övrigt avvikelser för 11 av 16 fakturor. Det handlar t.ex. om att syftet för aktiviteten inte är tydligt beskrivet, att tillräckligt underlag för att bedöma korrekt kontering respektive momsavdrag saknas och att deltagarförteckningar saknas. En viss förbättring har skett jämfört med tidigare stickprov, men den interna kontrollen av förtroendekänsliga poster behöver fortsatt stärkas. Revisionens rekommendation till ledningen att säkerställa oberoende attestering bedöms som åtgärdad.⁹³ Däremot kvarstår rekommendationen när det gäller att se till att erforderliga underlag bifogas förtroendekänsliga poster.⁹⁴

3.10 Avrapporterade granskningar i delrapport

Delar av årets granskning har tidigare avrapporterats i delrapport för Karolinska. Nedan sammanfattas väsentliga iakttagelser från denna rapport. Även en granskning avseende ledningsnära kostnader avrapporterades i delrapporten och den sammanfattas i avsnitt 3.9.

⁹⁰ Årsrapport Karolinska universitetssjukhuset 2018, RK 2018–0032, 2019-04-02.

⁹¹ Rekommendation id 29862.

⁹² Policy kontinuitetsplanering, Karolinska universitetssjukhuset, id STAB7332, 2021-10-22.

⁹³ Rekommendation med id 29847.

⁹⁴ Rekommendation med id 67875.

3.10.1 Granskning av riskanalys och plan för intern kontroll

Under 2020 arbetade Karolinska med att stärka processerna för intern kontroll och detta granskades i samband med delårs- samt årsgranskning. Granskningarna visade att arbetet hade stärkts men att de interna riktlinjerna inte helt hade uppdaterats utifrån regionens riktlinje för intern kontroll. Revisionen har under 2021 fortsatt att granska arbetet med intern kontroll. Granskningen visade att nämnden har fastställt en för året aktuell plan för intern kontroll upprättad utifrån dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys. Enligt intervjuer har en struktur för riskarbetet tagits fram och denna ska ligga till grund för en intern policy som beskriver arbetet med intern kontroll. Sjukhuset ska också ta fram en policy för riskhantering. Sjukhuset har även tagit fram ett årshjul för riskarbetet. De åtgärder och kontrollaktiviteter som är kopplade till riskerna rapporteras löpande till sjukhusdirektören. På nämndmötena finns stående punkter som rör områden som har koppling till riskerna i plan för intern kontroll och på så sätt får nämnden direkt eller indirekt information om hur arbetet med att omhänderta riskerna fortlöper.

Revisionen noterade att Karolinska under 2021 har tagit ett mer samlat grepp när det gäller uppföljningen av regionrevisorerna rekommendationer, vilket revisionen välkomnar.

Sammanfattningsvis bedömde revisionen att viktiga steg tagits för att förbättra den interna kontrollen. Revisionen konstaterar samtidigt att arbetet är pågående och att bl.a. interna styrdokument ännu inte har beslutats, vilket gör att revisionen kommer att fortsätta att följa frågan.

3.10.2 Uppföljning av rekommendationer gällande nämndens arbetsätt

Revisionen har i en särskild granskning följt upp rekommendationer som lämnades i årsrapport 2018⁹⁵ och 2019⁹⁶ rörande ansvar och befogenheter (ärendebereidning och protokoll).⁹⁷ Uppföljningen består av granskning av styrdokument, beslutsunderlag och protokoll från nämndens nio sammanträden⁹⁸ under perioden september 2020-juni 2021.

Den granskning som gjordes i samband med revisionens delrapportering fram till augusti 2021 visade att nämnden och ledningen antagit flera styrande dokument som på olika sätt definierar ärendebereidningsprocessen och vilken kvalitet som ärenden och beslutsunderlag behöver ha. Vid den tidpunkten hade styrdokumenterna ännu inte följts fullt ut och bedömde att två rekommendation-er var åtgärdade och tre var delvis åtgärdade.

⁹⁵ Årsrapport Karolinska universitetssjukhuset 2018, RK 2018-0032, 2019-04-02.

⁹⁶ Årsrapport Karolinska universitetssjukhuset 2019, RK 2019-0029, 2020-04-02.

⁹⁷ Rekommendationer med id 29820, 29871, 29872, 29873 samt 38382.

⁹⁸ Protokoll 2020-06-16, 2020-09-21, 2020-09-29, 2020-10-27, 2020-11-12, 2020-12-15, 2021-02-15, 2021-04-22 samt 2021-05-24.

Revisionen har fortsatt uppföljningen av de kvarstående rekommendationerna i samband med årsgranskningen som visar att samtliga har åtgärdats, se avsnitt 3.12.

3.10.3 Minskning av administrativa kostnader

I Region Stockholms budget 2021⁹⁹ har Karolinska universitetssjukhuset fått i uppdrag att, i likhet med flera andra nämnder och bolag¹⁰⁰, sänka de administrativa kostnaderna med tio procent under 2021 och att i verksamhetsplan 2021 beskriva hur detta ska genomföras. Revisionen har granskat nämndens arbete med uppdraget vad gäller såväl planering för, som uppföljning av, kostnadsminskande åtgärder. Granskningen visade att sjukhuset arbetar aktivt med olika åtgärder för att minska administrativa kostnader.

3.10.4 Lönehantering

Under 2019 genomförde revisionen en särskild granskning av löneprocessen. Revisionen bedömde att Karolinskas rutiner för löneutbetalning i huvudsak var tillräckliga, men att den interna kontrollen behövde stärkas när det gäller användning och dokumentation av nyckelkontroller inför utbetalning av lön. Revisionen har inom ramen för delrapporteringen översiktligt granskat processen. Revisionen bedömer att den interna kontrollen avseende löner bör stärkas. Det handlar om att kontroller som s.k. provlön och signering av utanordningslistor inte används i tillräcklig omfattning. Dokumentationen av kontrollerna har förbättrats, men bör bli mer enhetliga.

3.11 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

I samband med delårsgranskningen har revisionen granskat intäktprocessen utan väsentliga iakttagelser.

3.12 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende den interna styrningen och kontrollen. Uppföljning av några av dessa kommenteras nedan samt i avsnitten 3.1.4, 3.6, 3.8, 3.9 och 3.10.2. Därutöver framgår i bilaga 1 och 2 hur rekommendationerna har hanterats.

Nämndens arbetsätt – fortsatt uppföljning

Revisionen har fortsatt uppföljningen av rekommendationer som lämnades i årsrapporterna 2018 respektive 2019 när det gäller nämndens arbetsätt. Efter uppföljningen i samband med delrapport 2021 återstod tre rekommendationer att åtgärda, se avsnitt 3.10.2. Revisionens fortsatta uppföljning visar att beslutsyrkanden framgår av protokollen för de granskade nämndmötena i september, november och december.¹⁰¹ Uppföljningen visar vidare att

⁹⁹ RS 2020–0469.

¹⁰⁰ De nämnder och bolag som tilldelats uppdraget är RS, HSN, TN, TRN, KUN, PAN, SLSO, Karolinska, SÖS, DSAB, STSAB, St Erik, FTV, AISAB, MediCarrier AB, Locum, KSON och Tio-Hundra.

¹⁰¹ Rekommendation id 29820.

beslutsärenden till nämnden under samma period innehåller tjänsteutlåtanden med förslag till beslut samt konsekvensanalyser.¹⁰² Nämnden har därutöver tydliggjort i sin arbets- och delegationsordning hur personalföreträdares närvaro ska hanteras.¹⁰³ Samtliga rekommendationer från de särskilda granskningarna av nämndens arbetssätt har därmed åtgärdats.

4 Räkenskaper

I detta avsnitt görs en bedömning av om styrelsens redovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3.

4.1 Årsbokslut inklusive verksamhetsberättelse (förvaltningsberättelse)

Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättat enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning, god redovisningssed, regionens anvisningar och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning.

Revisionen har noterat ett antal avvikelser mot god redovisningssed. Dessa avvikelser bedöms dock enskilt eller sammantaget inte uppgå till sådana belopp att de påverkar bedömningen av om räkenskaper är rättvisande. Kvaliteten i bokslutsunderlagen har fortsatt att förbättras under året, även om det fortfarande förekommer underlag som inte ger tillräcklig information för att kunna styrka innehållet i olika poster.

Följande avvikelser har noterats:

Projektredovisning – externa bidrag:

Revisionen konstaterar att Karolinska inte har åtgärdat de projekt som revisionen i granskningen tidigare under året noterat som felaktigt skuldredovisade i delårsbokslutet 2021.¹⁰⁴ Granskningen visade att sjukhusets riktlinjer saknade koppling till regelverket för redovisning av erhållna bidrag. Revisionen konstaterade att sjukhusets rutiner behöver stärkas för att säkerställa att projektmedel resultatförs i avslutade projekt där det inte finns motprestationskrav. Revisionen bedömde att Karolinskas rutiner för projektredovisning inte var helt tillräckliga.

Sjukhuset uppger att man inte har rättat felet eftersom man inte funnit någon praktisk lösning på hur finansieringen av berörda forskningsprojekt ska kunna säkras om projektmedlen intäktsredovisas 2021.

¹⁰² Rekommendation id 38382.

¹⁰³ Rekommendation id 29872. Se Arbetsordning för styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset, fastställd av nämnden 2022-02-23, dokumentid STAB3231.

¹⁰⁴ Delrapport för Karolinska universitetssjukhuset 2021, RK 2021-0024.

Revisionen konstaterar att rättelse utifrån god redovisningssed inte har skett, men att beloppet som i årsbokslutet 2021 uppgår till 90 mnkr storleksmässigt inte påverkar revisionens sammantagna bedömning av om Karolinskas räkenskaper är rättvisande.

4.2 Avrapporterade granskningar i delrapport

Delar av årets granskningar har tidigare avrapporterats i delrapport för Karolinska universitetssjukhuset. Nedan sammanfattas väsentliga iakttagelser från denna rapport.

Granskning av externt finansierade projekt

Revisionen har granskat dels om Karolinskas interna riktlinjer följer gällande regelverk, dels om det finns tillräckliga kontroller i hanteringen av externa projektmedel inklusive en rättvisande redovisning (se uppföljning ovan).

Anskaffning och aktivering av tillgångar

Revisionen har granskat följsamheten till styrande och stödjande dokument för anskaffning och aktivering av anläggningstillgångar. Granskningen visade att avvikelser fanns i rutinerna för aktivering av tillgångar som ska göras när tillgången tas i bruk. Revisionen bedömde att rutinerna behöver stärkas för att säkerställa att aktivering av anläggningstillgångar sker enligt god redovisningssed.

4.3 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Karolinska universitetssjukhuset har per den 1 januari 2021 tagit över utlandsverksamheten från Stockholm Care AB. Revisionen har i samband med delrapport 2021 granskat att Karolinska förvärvat och på tillträdesdagen övertagit tillgångar, skulder, rättigheter och skyldigheter enligt överlåtelseavtalet. Revisionen har följt upp att Karolinskas redovisning speglar det som beslutats i överlåtelseavtalet och att Karolinska har övertagit allt arbetsgivaransvar per tillträdesdagen. Granskningen har inte resulterat i några väsentliga iakttagelser.

4.4 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende räkenskaper. I bilaga 1 och 2 framgår hur rekommendationerna har hanterats.

4.5 Bedömning

Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättad enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning, god redovisningssed, regionens anvisningar och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning.

Räkenskaperna bedöms i allt väsentligt vara rättvisande.

5 Nämndens yttrande över delrapport 2021

Nämnden har 2022-01-21 lämnat yttrande över delrapporten för 2021.

Nämnden har i yttrandet kommenterat revisionens synpunkter utan avvikande mening. I yttrandet framför nämnden att verksamheten har en väl fungerande organisation, effektiva processer och en ändamålsenlig styrning samt kontroll vilket enligt nämnden är viktigt för att säkerställa en ekonomi i balans även på längre sikt. Nämnden anger att man kommer att följa ledningens omställningsarbete till normal produktion, dvs. produktion som inte är väsentligt påverkad av pandemin.

Vad gör regionrevisorerna?

Regionrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av regionens nämnder och bolagsstyrelser. Revisionsuppdraget är det största inom kommunal verksamhet.

Att vara revisor är ett förtroendeuppdrag vars syfte är att med oberoende, saklighet och integritet främja, granska och bedöma verksamheten. Den övergripande uppgiften för revisorerna är att granska hur nämnder och styrelser tar sitt ansvar. De förtroendevalda revisorerna är fullmäktiges och ytterst medborgarnas instrument för den demokratiska kontrollen. De har därmed en viktig funktion i den lokala självstyrelsen.

Ledamöter i nämnder och styrelser ansvarar inför fullmäktige för hur de själva, anställda och uppdragstagare genomför verksamheten. I ansvaret ingår att genomföra en ändamålsenlig verksamhet utifrån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten, på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt och med en tillräcklig intern kontroll samt att upprätta rättvisande räkenskaper.

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhetsrevisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på www.sll.se. Det går även att prenumerera på regionrevisorernas nyhetsbrev genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se.



Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-737 25 00
E-post: regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se
Hemsida: www.regionstockholm.se
Org.nr: 232100-0016

Regionrevisorerna


Rekommendationer till nämnd/styrelse – ÅR 2021

Karolinska Universitetssjukhuset


Ekonomistyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29878 Från rapport 2019 Delrapport Tidigare ID 1551	Nämnden bör skyndsamt säkerställa att besparingsåtgärder vidtas med beräknade effekter för en ekonomi i balans.	●	ÅR 2021 Revisionen bedömer att sjukhuset har utvecklat och skärpt sin styrning av ekonomi och produktion genom att istället för styrning via centrala sjukhusövergripande besparingsprogram övergå till en mer decentraliserad styrning med lokala effektiviseringsåtgärder. Revisionen konstaterar att nämndens ekonomistyrning har förbättrats på avgörande punkter sedan 2019. Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.
29879 Från rapport 2019 Delrapport Tidigare ID 1552	Nämnden bör efterfråga en systematisk ekonomisk rapportering där bl.a. effekter och tidplaner av föreslagna åtgärder framgår.	●	ÅR 2021 Revisionen bedömer att sjukhuset har utvecklat och skärpt sin styrning av ekonomi och produktion genom att istället för styrning via centrala sjukhusövergripande besparingsprogram övergå till en mer decentraliserad styrning med lokala effektiviseringsåtgärder. Revisionen konstaterar att nämndens ekonomistyrning har förbättrats på avgörande punkter sedan 2019. Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.
38380 Från rapport 2019 Årsrapport	Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör kvalitetssäkra de uppgifter och bedömningar som lämnas i nämndens rapporter i syfte att ge en korrekt bild av det ekonomiska utfallet relativt budget samt jämfört med utvecklingen tidigare år.	●	ÅR 2021 Revisionens granskning av Karolinskas verksamhetsberättelse 2021 visar att processer och roller har setts över när det gäller framtagande och kvalitetssäkring av verksam-

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			hetsberättelsen. Rekommendationen betraktas som åtgärdad.
38384 Från rapport 2019 Årsrapport	Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör besluta om övergripande principer för styrning av produktion och ekonomi.		ÅR 2021 Rekommendationen formulerades om i samband med delrapport 2021 för att reflektera det faktum att det är övergripande principer för styrning av produktion och ekonomi som revisionen bedömer att nämnden bör besluta om, inte utformningen av den mer detaljerade styrningen. Exempel på sådana övergripande principer som finns i styrdokumentet för den nuvarande styrmodellen är att det där anges t.ex. utgångspunkter och mål för styrningen, hur ekonomiska ramar ska allokeras i verksamheten och på vilka grunder som ansvar ska fördelas. Karolinska gör bedömningen att det inte rör sig om ett ärende som faller inom ramen för den typ av ärenden som enligt Karolinskas arbets- och delegationsordning för sjukhusdirektören ska föreläggas nämnden. Revisionen bedömer dock att ett beslut i nämnden om de styrande principerna skulle bidra till att förtydliga nämndens styrning på motsvarande sätt som skett inom regionen i och med regionfullmäktiges beslut om styrdokumentet Integrerad styrning och ledning (RS 2020-0775, 2021-11-17). Revisionen menar att Karolinska bör överväga ett sådant beslut senast i samband med att styrmodellen uppdateras. Rekommendationen avslutas

Inköp och upphandling

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29823 Från rapport 2017 Årsrapport Tidigare ID	Nämnden bör skyndsamt säkerställa att regelverk och rutiner för kontroll och uppföljning av inköp och beställningar förstärks och efterlevs i alla led inte minst med oberoende kontroller av fakturerade kostnader, dvs kon-		Delår 2021 Ett internt arbete pågår på sjukhuset. Revisionen bedömer att det kommer att få genomslag först under revisionsår

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
1127	troll av faktura mot avtal/ramavtal. (Kostnader för konsulter och inhyrd personal hanteras i rek 1222).		2022 och uppföljningen av rekommendationen flyttas därför framåt.
29829 Från rapport 2017 Årsrapport Tidigare ID 1218	Nämnden bör säkerställa att undantag från konkurrensutnyttjande i upphandlingslagstiftningen tolkas restriktivt.	●	Delår 2021 Ett internt arbete pågår på sjukhuset. Revisionen bedömer att det kommer att få genomslag först under revisionsår 2022 och uppföljningen av rekommendationen flyttas därför framåt.
29839 Från rapport 2017 Årsrapport Tidigare ID 1231	Nämnden bör säkerställa att rutiner och arbetssätt för dokumentation av direktupphandlingar uppfyller krav i lagstiftning.	●	Delår 2021 Ett internt arbete pågår på sjukhuset. Revisionen bedömer att det kommer att få genomslag först under revisionsår 2022 och uppföljningen av rekommendationen flyttas därför framåt.

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29834 Från rapport 2017 Årsrapport Tidigare ID 1222	Nämnden bör skyndsamt säkerställa att regelverk och rutiner för kontroll och uppföljning av konsultkostnader och inhyrd personal förstärks och efterlevs i alla led inte minst med oberoende kontroller av fakturerade konsultkostnader.	●	Delår 2021 Ett internt arbete pågår på sjukhuset. Revisionen bedömer att det kommer att få genomslag först under revisionsår 2022 och uppföljningen av rekommendationen flyttas därför framåt.

IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29851 Från rapport 2018/8 Projektrapport Tidigare ID	Nämnden bör säkerställa att det grundläggande systematiska informationssäkerhetsarbetet omfattar samtliga verksamheter på alla nivåer.	●	ÅR 2021 Nämnden har inom ramen för internrevisionen under 2021 granskat informationssäkerhetsarbetet och bl.a. funnit att

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
1362			anvisningarna till verksamhetscheferna när det gäller hur uppföljning ska genomföras inte är tillräckligt tydliga samt att det saknas en återrapportering till sjukhusledningen. Nämnden har gett sjukhusledningen i uppdrag att återkomma med en plan för hur bristerna ska åtgärdas. Revisionen har fått information om det pågående arbetet och noterar bl.a. att sjukhuset har etablerat ett nätverk av informationssäkerhetskoordinatorer för att stödja verksamhetscheferna. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad. Nästa uppföljning delrapport 2022.
29852 Från rapport 2018/8 Projektrapport Tidigare ID 1363	"Nämnden bör säkerställa att samtliga anställda genomgår regionens utbildning för informationssäkerhet."	●	ÅR 2021 Karolinska uppger att vid årsskiftet 2021/2022 hade 67 procent av personalen genomgått utbildningen. Revisionen bedömer att det med hänsyn taget till Karolinskas personalomsättning bör vara möjligt att nå 80 procent. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad. Nästa uppföljning delrapport 2022.






Oegentligheter

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29867 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1440	Nämnden bör ta del av uppföljningen av säkerhetsarbetet för att säkerställa att det bedrivs ett tillräckligt arbete för att skydda högre tjänstemän mot otillåten påverkan.	●	ÅR 2021 Arbetet med att ta fram en Code of Conduct har flyttas fram till 2022. Utbildningar har under 2021 hållits för bland annat Karolinskas nämnd när det gäller antikorruption och otillåten påverkan. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad. Nästa uppföljning delrapport 2022.

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
----------	----------------	----------	-----------------------

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29848 Från rapport 2018/7 Projekt rapport Tidigare ID 1348	Nämnden bör ta ett mer proaktivt ansvar för kompetensförsörjningen t.ex. genom att prioritera och följa upp vilka effekter handlingsplanens aktiviteter ger.		ÅR 2021 Rekommendationen är delvis uppfylld men ersätts av rekommendation 73439 från projekt rapport 06/2021.
29849 Från rapport 2018/7 Projekt rapport Tidigare ID 1350	Nämnden bör säkerställa att erfarenheter av tidigare genomförda aktiviteter när det gäller kompetensförsörjning tas till vara i syfte att dra lärdomar inför nya åtgärder.		ÅR 2021 Rekommendationen är delvis uppfylld men ersätts av rekommendation 73439 från projekt rapport 06/2021.
29850 Från rapport 2018/7 Projekt rapport Tidigare ID 1351	Nämnden bör analysera hur nuvarande och kommande uppdrag påverkar sjukhusets behov av kompetensförsörjning.		ÅR 2021 Rekommendationen är delvis uppfylld men ersätts av rekommendation 73439 från projekt rapport 06/2021.
29869 Från rapport Projekt rapport 2018/11 Tidigare ID 1444	Nämnden bör säkerställa att det finns en struktur för uppföljning av arbetsmiljöfrågor som innebär att det finns en överensstämmelse mellan ansvar och befogenheter när det gäller hur arbetsmiljöfrågor som berör flera organisatoriska enheter ska hanteras.		ÅR 2021 Samverkansgrupper, tillika skyddskommittéer, finns numera inom samtliga teman och funktioner. Det finns även en skyddskommitté på sjukhusnivå som ska fungera som ett forum för strategisk dialog och uppföljning av arbetsmiljöarbetet. Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.
29870 Från rapport Projekt rapport 2018/11 Tidigare ID 1446	Nämnden bör ta fram indikatorer som gör det möjligt att följa utvecklingen av arbetsmiljön över tid.		ÅR 2021 För att följa upp arbetsmiljön använder sig Karolinska av de indikatorer som används i regionen: statistik om tillbud, personalomsättning, sjuktal och resultat från medarbetarundersökningen. Nämnden har inte tagit fram några egna indikatorer. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad. Nästa uppföljning årsrapport 2022.

Regionrevisorerna

Strategisk styrning och organisation

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29820 Från rapport 2017/8 Projektrapport Tidigare ID 1108	Nämnden bör se till att styrelseprotokoll utformas så att det tydligt framgår vad som beslutats och vilka uppdrag som nämnden lämnat. I protokollen bör nämnden också redovisa hur den har kommit fram till sitt beslut (förslag och yrkanden som lagts fram).	●	ÅR 2021 Granskningen visar att beslutsyrkanden framgår av protokollen för mötena i september, november och december. Rekommendationen bedöms därmed vara åtgärdad.
29872 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1448	Nämnden bör säkerställa att personalföreträdare endast närvarar i enlighet med kommunallagen.	●	ÅR 2021 Nämnden har tydliggjort i sin arbets- och delegationsordning hur personalföreträdares närvaro ska hanteras. Rekommendationen bedöms vara uppfylld.
38382 Från rapport 2019 Årsrapport	Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör säkerställa att ärenden till nämnden inför beslut blir tillräckligt beredda, inklusive att nödvändiga konsekvensanalyser görs.	●	ÅR 2021 Uppföljningen visar att beslutsärenden till nämnden innehåller tjänsteutlåtanden med förslag till beslut samt konsekvensanalyser. Rekommendationen bedöms vara uppfylld.
59893 Från rapport 2020 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att delegerade beslutsrätter i olika planer även framgår i delegationsordningen för att öka tydligheten i ansvar och befogenheter.	●	ÅR 2021 Nämnden har beslutat om en uppdaterad arbets- och delegationsordning för sjukhusdirektören där bl.a. beslut delegeras om att utse en särskild sjukvårdsledning i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap delegeras. Rekommendationen anses åtgärdad.

Säkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29862 Från rapport	Nämnden bör säkerställa att risk- och sårbarhetsanalys samt kontinuitetsplanering genomförs.	●	ÅR 2021

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2018 Årsrapport Tidigare ID 1435			Granskningen i samband med årsrapport 2021 visar att Karolinska har fortsatt sitt arbete med att utveckla en mer systematisk kontinuitetsplanering. Sjukhuset har vidare beslutat om en policy för kontinuitetsplanering. Sjukhuset anger att en struktur för kontinuitetsplanering att finnas på plats senare under 2022. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad. Nästa uppföljning delrapport 2022.
59693 Från rapport 2020 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att erfarenheterna från pandemin tas tillvara i reviderade styrdokumenterna för krisberedskap och att uppdatering sker i samverkan med hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen för att säkerställa enhetlighet i väsentliga begrepp och definitioner.	●	ÅR 2021 Uppföljningen visar att Karolinska under 2021 har reviderat den kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen inklusive bilagor såsom epidemiplanen. Det återstår dock för nämnden att säkerställa att sjukhusets styrdokument för krisberedskap överensstämmer med de uppdaterade styrdokument som regionfullmäktige respektive hälso- och sjukvårdsnämnden väntas anta under 2022. Revisionen bedöms som delvis åtgärdad. Nästa uppföljning årsrapport 2022.
59894 Från rapport 2020 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att en utvärdering görs av vilken återrapportering som krävs till nämnden vid höjd beredskap för att säkerställa tillräckliga beslutsunderlag i en framtida krissituation.	●	ÅR 2021 Uppföljningen visar att Karolinska har uppdaterat den kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen så att det framgår att beslutsfattare vid ändrat beredskapsläge ska informera nämnden. Rekommendationen anses åtgärdad.
59895 Från rapport 2020 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att återrapportering sker till nämnden om arbetet med risk- och sårbarhetsanalysen.	●	ÅR 2021 En uppdaterad klimat-, risk- och sårbarhetsanalys presenterades för nämnden på mötet i december 2021. Rekommendationen anses åtgärdad.
59896 Från rapport 2020 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att information vidarebefordras till regionstyrelsen om sårbarhet som behöver åtgärdas på regional nivå.	●	ÅR 2021 Karolinska uppdaterade sin klimat-, risk- och sårbarhetsa-

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			nalys hösten 2021. Den överlämnades till regionstyrelsen den 19 januari 2022. Rekommendationen anses åtgärdad.

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29808 Från rapport 2015/8 Projektrapport Tidigare ID 741	Nämnden bör säkerställa att sjukhusen har tillgång till ett enhetligt och effektivt verktyg för schemaläggning av personal.	●	Delår 2021 Karolinska har rekryterat bemanningsspecialister och dessa har påbörjat sitt arbete med att stödja verksamheterna. Sjukhuset ska utvärdera resultat under 2022. Nästa uppföljning delrapport 2022.

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2021

Karolinska Universitetssjukhuset

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
47270 Från rapport 2020 Delrapport	Ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset bör i samarbete med hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbeta med att modulen i EDIT färdigställs och används i verksamheten.	●	ÅR 2021 Sjukhuset har under 2021 arbeta med att utveckla en klagomålshanteringsmodul i HändelseVis med integration gentemot 1177. Implementering pågår på sjukhuset och sjukhuset bedömer att detta kommer vara genomfört under 2022. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad. Nästa uppföljning årsrapport 2022.

IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29844 Från rapport 2018 Delrapport Tidigare ID 1318	Ledningen bör säkerställa en registerförteckning som uppfyller kraven i dataskyddsförordningen.	●	ÅR 2021 Karolinska har implementerat ett registerverktyg (Privacy Records) som uppfyller kraven i dataskyddsförordningen. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
29845 Från rapport 2018 Delrapport Tidigare ID 1319	Ledningen bör vidta åtgärder så att genomförande av egenkontroller och riskanalyser prioriteras av verksamheterna när det gäller efterlevnad av GDPR.	●	ÅR 2021 Karolinska har uppdaterat riktlinjerna för behandling av personuppgifter med ett stöddokument för konsekvensbedömning avseende dataskydd (DPIA) samt en mall för riskanalys. Revisionen kommer att följa upp implementeringen. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad. Nästa uppföljning delrapport 2022.

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29846 Från rapport 2018 Delrapport Tidigare ID 1320	Ledningen bör säkerställa att befintliga personuppgiftsbiträdesavtal efterlevs och att avtal och instruktioner finns med alla personuppgiftsbiträden.	●	ÅR 2021 Nämndens arbets- och delegationsordning har förtydligats. Personuppgiftsbiträdesavtal är delegationsbeslut och anmäls till nämnden. Enligt en instruktion för dataskyddsbuden per 2022-02-15 ingår uppföljning av regelefterlevnad i ombudens arbetsuppgifter. Rekommendationen bedöms som åtgärdad-
29883 Från rapport 2019 Delrapport Tidigare ID 1556	Ledningen bör säkerställa att rutiner för hantering av behörigheter i journalsystemet Take Care är kända i verksamheten och kontrollera att de följs.	●	ÅR 2021 Nämnden har genom upphandlad internrevision granskat informationssäkerhetsarbetet under 2021. Granskningen inkluderade hantering av behörigheter i Take Care. Den visade att kontrollen av behörigheterna inte sker på ett enhetligt sätt i verksamheterna. Nämnden har gett sjukhusledningen i uppdrag att återkomma med en plan för hur bristerna ska åtgärdas. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad. Nästa uppföljning delrapport 2022.

Oegentligheter

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29860 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1433	Ledningen bör säkerställa att alla nyanställda deltar i introduktionsutbildningen.	●	ÅR 2021 Den generella introduktionen består av tre delar, två e-kurser samt en fysisk introduktionsutbildning. Det finns också en verksamhetsnära introduktion och där finns en framtagen process för hur den ska genomföras. För att ytterligare förbättra introduktionen har en arbetsgrupp tillsatts i slutet av 2021 som kommer att presentera förslag till förändringar av introduktionsutbildningen under våren 2022. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad. Nästa uppföljning delrapport 2022.

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29868 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1441	Ledningen bör besluta om riktlinjer för skydd mot hot och våld mot anställda.	●	ÅR 2021 Arbete har pågått under 2021 och fortgår under 2022. Arbetet sker i nära samverkan med personalföreträdare och extra resurser har satts in för att driva utbildningar och workshops, vilket sjukhuset kommer att fortsätta med under 2022. Det finns även förtydligade riktlinjer och information på intranät. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad. Nästa uppföljning delrapport 2022.

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29876 Från rapport 2018/1 Projektrapport Tidigare ID 1454	Ledningen bör dels säkerställa att verksamheterna använder systemet HändelseVis, dels tillsammans med hälso- och sjukvårdsförvaltningen utveckla ett fungerande system för registrering och uppföljning av avvikelser i arbetsmiljöarbetet.	●	ÅR 2021 Den nya versionen av arbetsmiljöavvikelser i HändelseVis påbörjades under 2021. Ett omfattande arbete har utförts på sjukhuset där samtliga öppna avvikelser gått igenom och hanterats för att därefter avslutats. Revisionen bedömer att rekommendationen är åtgärdad.
73439 Från rapport 2021/06 Projektrapport	Ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset behöver säkerställa att det finns en aktuell och sjukhusövergripande kompetensförsörjningsplan som grund för en långsiktig strategisk planering.	—	ÅR 2021 Ny rekommendation efter granskning av kompetensförsörjning av specialistsjuksköterskor. Ersätter tidigare rekommendationer 29848, 29849 samt 29850 som handlar om kompetensförsörjning.

Räkenskaper

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29600 Från rapport	Ledningen bör säkerställa att nyckelkontroller genomförs och dokumenteras inför utbetalning av lön	●	Delår 2021

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2019 Årsrapport Tidigare ID 273			Revisionen har inom ramen för genomförd löpande granskning noterat att kontroll av signaler för potentiella fel kontrolleras på ett systematiskt sätt av lönehandläggare inför löneutbetalning. Fortsatt finns dock brister i chefers nyttjande av provlön inför utbetalning av lön. Nästa uppföljning delrapport 2022.
29847 Från rapport 2018 Delrapport Tidigare ID 1323	Ledningen bör se till att attestlistor uppdateras och kontrolleras regelbundet för att undvika felaktiga attester	●	Delår 2021 Revisionen har inom ramen för genomförd löpande granskning identifierat några avvikelser gällande attester. Avvikelsen som gav upphov till rekommendationen härrör från granskning av utlandsresor, men problemen gäller attesthantering generellt. Rekommendationen uppdateras för att återspegla detta. Nästa uppföljning delrapport 2022.
29855 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1428	Ledningen bör säkerställa möjligheten till kontroll och öka spårbarheten genom att se till att namnförtydligande alltid finns när beslut om lönetillägg undertecknas.	●	Delår 2021 Revisionens uppföljning visar att blankett är publicerad på Karolinskas intranät sedan ett år tillbaka och bedöms användas i majoriteten av fallen. Underlag för interna stickprovskontroller avseende att blankett är korrekt ifylld har dock ej kunnat erhållas. Nästa uppföljning delrapport 2022.
29857 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1430	Ledningen bör regelbundet genomföra uppföljande efterkontroller av lönetillägg i syfte att säkerställa en tillräcklig intern kontroll.	●	Delår 2021 Revisionens uppföljning visar att Implementering av rutin för uppföljning av lönetillägg är pågående. Revisionen har därför inte kunnat verifiera denna vid detta granskningstillfälle. Nästa uppföljning delrapport 2022.
29881 Från rapport 2019 Delrapport Tidigare ID 1554	Ledningen bör stärka rutinerna för att säkerställa att aktivering av anläggningstillgångar sker enligt god redovisningssed.	●	Delår 2021 Revisionen konstaterar att Karolinska har aktiverat de anläggningar som överförts till Karolinska från NKS-bygg avseende NKS (MT- och IKT-programmen). I den löpande

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			granskningen noterar revisionen dock att aktivering släpar för överlämnade och fakturerade anläggningar inom ramen för Chopin-programmet. Nästa uppföljning delrapport 2022.
38387 Från rapport 2019 Årsrapport	Ledningen för Karolinska universitetssjukhuset rekommenderas att säkerställa att poster för externa projekt är balansgilla och att det finns underlag som visar på detta.	●	ÅR 2021 Genomförd granskning visar att Karolinska ej har anpassat sig till god redovisningssed avseende projektredovisning. Rekommendationen bedöms som inte åtgärdad. Nästa uppföljning delrapport 2022.
38388 Från rapport 2019 Årsrapport	Ledningen för Karolinska universitetssjukhuset rekommenderas att se till att hanteringen i fakturaflödet påskyndas så att balansräkningen inte blir missvisande på tillgångssidan.	●	ÅR 2021 Karolinska har infört en automatiserad process för att regelbundet påminna attestanter om att i tid attestera inkomna fakturor avseende kostnader som rör tillgångar som ska aktiveras och föras in i anläggningsregistret. Rekommendationen bedöms åtgärdad.
38389 Från rapport 2019 Årsrapport	Ledningen för Karolinska universitetssjukhuset rekommenderas att se till att upplysningar lämnas om framtida åtaganden som är väsentliga.	●	ÅR 2021 Genomförd granskning visar att Karolinska har hanterat och tagit ställning till framtida åtaganden samt lämnat relevanta upplysningar om dessa åtaganden. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
47271 Från rapport 2020 Delrapport	Ledningen bör säkerställa att attestanter inte attesterar sina egna kostnader och utlägg.	●	ÅR 2021 Revisionens granskning av förtroendekänsliga poster visar att det för 15 av 16 granskade poster var möjligt att verifiera om attestanten var oberoende. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
57673 Från rapport 2020 Delrapport	Säkerställa att inventering sker av MT- och IKT-utrustning anskaffad inom ramen för de särskilda MT- och IKT-programmen.	●	Delår 2021 Karolinska anger att inventering genomförs under den

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			senare delen av hösten. Karolinska uppger även att ett utvecklingsarbete avseende inventeringsprocessen pågår. Nästa uppföljning delrapport 2022.
59898 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att tillräckliga bokslutsspecifikationer och väsentliga bokföringsunderlag bifogas årsbokslutet.	●	ÅR 2021 Genomförd granskning visar att det fortsatt finns uppbokningar i bokslutet där det finns knapphändiga underlag. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad. Nästa uppföljning årsrapport 2022.
59899 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör stärka den interna kontrollen i bokslutsprocessen för att säkerställa följsamheten mot god redovisningsred i väsentliga poster i upprättat bokslut.	●	ÅR 2021 Genomförd granskning visar att förvaltningen har stärkt den interna kontrollen kopplat till bokslutsprocessen. Undantaget utgörs av projektredovisningen som inte sker i överensstämmelse med god redovisningsred. På denna punkt finns dock en särskild rekommendation (id 38387) och detta förhållande ingår därmed inte i denna granskning. Rekommendationen bedöms utifrån detta som uppfyllt.
59900 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att rutinerna för tilldelning av behörighet samt borttag av behörigheter i ekonomisystemet efterlevs fullt ut.	●	Delår 2021 Revisionens uppföljning visar att det finns etablerade rutiner för behörighetshantering. En ny blankett har införts och den har ännu inte granskats av revisionen. Nästa uppföljning delrapport 2022.
59901 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att underlag bifogas samtliga manuella bokföringsordrar.	●	ÅR 2021 Revisionen har erhållit underlag kopplat till samtliga poster som efterfrågats. Rekommendationen bedöms som uppfyllt.
59902 Från rapport	Ledningen börse över samtliga verifikationstyper och löpande passivsätta verifikationstyper som inte används.	●	ÅR 2021

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2020 Årsrapport			Revisionen har i sin granskning inte funnit något som tyder på att förvaltningen inte har fungerande rutiner för detta. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
59904 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att det alltid föreligger dualitet vid attest.	—	Delår 2021 Revisionen har inte genomfört någon kontroll eftersom rutinen vid tidpunkten för granskning var under framtagande. Nästa uppföljning delrapport 2022.
67875 Från rapport 2021 Delrapport	Ledningen bör stärka den interna kontrollen för att säkerställa att erforderliga underlag bifogas s.k. förtroendekänsliga poster.	●	ÅR 2021 Revisionens uppföljning omfattade ett stickprov på 16 fakturor där erforderliga underlag fanns för 5 av 16. Rekommendationen bedöms som inte åtgärdad. Nästa uppföljning delrapport 2022.
67876 Från rapport 2021 Delrapport	Ledningen bör uppdatera styrande dokument så att de omfattar redovisning av projektmedel enligt god redovisningssed (formulering uppdaterad ÅR 2021).	—	

Säkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29825 Från rapport 2017 Årsrapport Tidigare ID 1216	Ledningen bör stärka säkerhetsarbetet för att bl.a. minska risken för stölder och se till så att rekommendationer från säkerhetsavdelningen följs.	●	ÅR 2021 Sjukhuset har under året fortsatt arbetet för att minska stölder. Verksamheten arbetar aktivt med frågan och har löpande dialog med säkerhet. Aktiviteter har vidtagits i verksamheten såsom låsbara skåp och information till patienter. Revisionen bedömer att rekommendationen är åtgärdad.
59897 Från rapport	Ledningen bör säkerställa rutiner för diarieföring och dokumenthantering vid kris.	●	ÅR 2021

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2020 Årsrapport			Uppföljningen visar att Karolinska har i styrdokument för krisberedskap tydliggjort rutiner för diarieföring och dokumenthantering vid höjt beredskapsläge. Rekommendationen bedöms åtgärdad.

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
57172 Från rapport 2020/11 projektrapport	Ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset behöver utveckla formerna för avvikelshantering i samverkansprocessen för att säkerställa att de strukturella problem som finns fångas upp och kan åtgärdas	●	ÅR 2021 Sjukhuset har genomfört informationsinsatser till vårdnära personal på sjukhuset om samverkan vid utskrivning. Det har även genomförts stickprov i ärendehanteringssystemet WebCare samt uppföljning av ärenden som inte hanterats enligt rutin. Ett förberedelsearbete har inletts inför byte av ärendehanteringssystem till LifeCare. Superanvändare har utsetts på varje avdelning med fördjupad kunskap om gällande lagstiftning samt det nya systemet LifeCare. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad. Nästa uppföljning delrapport 2022.

Regionrevisorerna

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGS- KRITERIER 2021

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges mål samt följt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten. Verksamhetens resultat och resurser står i ett rimligt förhållande till varandra.

Bedömningsmål:

1. Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges finansiella mål (resultatkrav) och följt fullmäktiges ekonomiska riktlinjer.
2. Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges mål för verksamheten och genomfört tilldelade uppdrag.
3. Nämnden/styrelsen har i övrigt bedrivit verksamheten med god ekonomisk hushållning utifrån fullmäktiges beslut.
4. Nämndens/styrelsens verksamhet har bedrivits i enlighet med för verksamheten gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.

Bedömningskriterier:

Tillfredsställande

Bedömningsmålen bedöms i allt väsentligt vara uppfyllda. Avvikelse kan förekomma.

Inte helt tillfredsställande

Bedömningsmålen bedöms delvis vara uppfyllda. Det finns större och/eller flera avvikelser.

Ottillfredsställande

Bedömningsmålen bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga avvikelser eller allvarliga brister som måste åtgärdas snarast.

Kommentar: Bristerna eller avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Intern styrning och kontroll

Nämnden/styrelsen ansvarar för att det finns en intern styrning och kontroll som med rimlig grad av säkerhet leder till måluppfyllelse, effektiv verksamhet och

Regionrevisorerna

regelefterlevnad. Nämnden/styrelsen har säkerställt systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

Bedömningsmål:

1. Nämnden/styrelsen har fastställt en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter.
2. Nämnden/styrelsen har i budget/verksamhetsplan fastställt ekonomiska och verksamhetsmässiga mål i linje med fullmäktiges mål och övriga uppdrag. Målen är mätbara/uppföljningsbara.
3. Nämnden/styrelsen har riktlinjer och rutiner för väsentliga områden för att säkerställa att verksamhetens uppdrag och mål uppnås samt att lagar, föreskrifter m.m. följs.
4. Nämnden/styrelsen har genomfört en riskanalys som identifierar, värderar och prioriterar väsentliga risker. Nämnden/ styrelsen har i en plan för intern kontroll, i enlighet med regionens fastställda regelverk, fastställt vilka åtgärder/ kontroller som ska hantera prioriterade risker.
5. Nämnden/styrelsen följer kontinuerligt och systematiskt upp ekonomi och verksamhet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.
6. Nämnden/styrelsen har ett informations- och kommunikationssystem som stödjer styrning, kontroll och uppföljning av verksamheten.
7. Nämndens/styrelsens rapportering ger en rättvisande och tillförlitlig information om ekonomi och verksamhet.
8. Nämnden/styrelsen har säkerställt en tillräcklig beredning av ärenden.
9. Nämnd/styrelse har fattat beslut med stöd i reglemente, delegation eller i uppdrag från fullmäktige.

Bedömningskriterier

Tillräcklig

Bedömningsmålen bedöms i allt väsentligt vara uppfyllda. Avvikelser kan förekomma.

Regionrevisorerna

Inte helt tillräcklig

Bedömningsmålen bedöms delvis vara uppfyllda. Det finns större och/eller flera avvikelser.

Otillräcklig

Bedömningsmålen bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga avvikelser eller allvarliga brister som måste åtgärdas snarast.

Kommentar: Bristerna är uppenbara och försvårar styrning, ledning, uppföljning och kontroll. Avvikelseerna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Räkenskaper

Nämndens/styrelsens redovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning och kan ligga till grund för styrning, ledning, uppföljning och kontroll av den verksamhet som bedrivs.

Bedömningsmål:

1. Nämndens/styrelsens räkenskaper är upprättade i enlighet med den kommunala redovisningslagen, god redovisningssed samt landstingets regler och anvisningar.
2. Nämndens/styrelsens delårsrapport och årsbokslut/årsredovisning ger en rättvisande bild av resultat och ställning.

Bedömningskriterier:

Rättvisande

Räkenskaperna uppfyller i allt väsentligt bedömningsmålen. Avvikelser kan förekomma. Eventuella värderings-, klassificerings- och/eller upplysningsfel är inte av sådan karaktär att de väsentligen påverkar bilden av nämndens/styrelsens resultat och ställning.

Inte rättvisande

Räkenskaperna innehåller väsentliga avvikelser eller allvarliga brister i förhållande till bedömningsmålen och ger inte en rättvisande bild av resultat och ställning.

Kommentar: Avvikelseerna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Yttrande över regionrevisorernas delrapport 2021

Styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset har för yttrande senast 4 februari 2022 mottagit regionrevisorernas delrapport 2021. Revisorerna önskar särskilt nämndens synpunkter när det gäller:

- *Hur nämnden utifrån en analys av de samlade effekterna av pandemin på Karolinskas helårsresultat och den underliggande resultatnivån avser att säkerställa en strategi för ekonomi i balans på längre sikt.*

Bakgrund

Sammanfattningsvis skriver regionrevisorerna följande.

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Den pågående pandemin har påverkat både verksamhet och ekonomi hittills under året och innebär även en osäkerhet för resterande del av 2021.

Nämndens prognostiserade resultat exklusive coronarelaterade merkostnader uppgår till 614 mnkr. Detta prognostiserade resultat är 531 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelser i förhållande till budget har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i delårsrapporten.

Revisionen bedömer nämndens prognos för det ekonomiska resultatet i allt väsentligt som rimlig. Pandemin bidrar dock till en större osäkerhet än normalt.

Intern styrning och kontroll

Revisionen bedömer att nämndens vidtagna åtgärder för att nå en ekonomi i balans på kort sikt i huvudsak är tillräckliga.

Revisionen bedömer att ekonomistyrningen har förbättrats, men att nämnden på längre sikt behöver säkerställa att åtgärder vidtas för att både kunna möta effektiviseringskrav och utmaningar som följer av t.ex. problem med uppskjuten vård, kompetensförsörjning, ökande läkemedelskostnader och utvecklingsbehov när det gäller infrastruktur och teknisk miljö.

Räkenskaper

I granskningen har det inte kommit fram några omständigheter som ger anledning att anse att nämndens delårsrapport inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med god redovisningssed och regionens interna anvisningar.



Nämndens yttrande

Hur nämnden utifrån en analys av de samlade effekterna av pandemin på Karolinskas helårsresultat och den underliggande resultatnivån avser att säkerställa en strategi för ekonomi i balans på längre sikt.

Nämnden gör bedömningen att verksamheten har en väl fungerande organisation, effektiva processer och en ändamålsenlig styrning samt kontroll vilket, enligt nämnden, är viktiga komponenter för att säkerställa en ekonomi i balans även på längre sikt. Genom att ställa om den interna ekonomistyrningen till löpande prognoser istället för årliga budgetar så kommer ledningen och nämnden att kunna följa utvecklingen och trender löpande. Karolinska har under 2020 och 2021 visat förmåga att ställa om produktionen och styra om ekonomin för att möta en pandemi, samtidigt balansera detta mot produktion av övrigt vårduppdrag, arbete med den underliggande kostnadsstrukturen och fortsatt fokus på arbete i linje med Karolinskas strategiska inriktning. Nämnden följer löpande Karolinskas arbete med den underliggande kostnadsstrukturen inte minst arbetet med dimensionering och bemanningskostnader, utvecklingen av material- och läkemedelskostnader samt kostnaden för MT- IT- och Fastighetsinvesteringar.

På kort sikt kommer nämnden att följa ledningens omställningsarbete till normal produktion d v s produktion som ej är väsentligt påverkad av pandemin. Under de månader 2020 och 2021 som Karolinska ej var väsentligt påverkade av pandemin ställde Karolinskas ledning snabbt om verksamheten till att leverera högpresterande vårdproduktion. Detta återspeglas inte minst i det mål som sattes upp att under hösten 2021 utföra 1000 extra operationer utöver ordinarie plan vilket landade på ett slutresultat om 1237 extra genomförda operationer. En ekonomi i balans förutsätter att Karolinska levererar vård enligt produktionsplan.

För att nå en ekonomi i balans på längre sikt fortsätter nämnden att följa Karolinskas utveckling, säkerställa den strategiska inriktningen och tillse att ledningen har rätt verktyg att styra den operativa verksamheten.

Nämnden noterar att revisionen kommenterar den tid nämnden lagt på att definiera ett internrevisionsuppdrag och anlita en extern internrevisor. Det viktigaste för nämnden var att anlita rätt kompetens och att identifiera de granskningsområden som var mest väsentliga, nämnden anser att det arbete som de externa internrevisorerna har utfört under perioden ligger väl i nivå med nämndens förväntningar.

Härutöver kommer sjukhusledningen på uppdrag av nämnden att vidta åtgärder baserat på revisorernas rekommendationer. Nämnden följer nära detta utvecklingsarbete i syfte att säkerställa genomförandet och implementering av förbättrade rutiner.



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID
6C22A2B8A8BA44E884915FA5526782B7

Ärendet har behandlats vid styrelsens beredningsgemensamma möte den 20 januari 2022 efter föredragning av Tf Ekonomidirektör Lisa Ulveland.
Beslut i ärendet har fattats av ordföranden i styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset på styrelsens vägnar. 1)

Håkan Sörman
Styrelsens ordförande

(Elektronisk signering, se nästa sida)

- 1) I enlighet med reglerna i styrelsens arbetsordning



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID
6C22A2B8A8BA44E884915FA5526782B7