

Årsrapport 2022

Karolinska universitetssjukhuset

Karolinska universitetssjukhuset

Årsrapport 2022
Karolinska universitetssjukhuset

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 2023-03-30 överlämna rapporten till nämnden för Karolinska universitetssjukhuset för yttrande senast 2023-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomomsson
ordförande

Karelia Pagan
sekreterare

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 2022

	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 ekonomi har under året påverkats i viss utsträckning av coronapandemin. Det ekonomiska resultatet uppgår till 18 mnkr.

Enligt beslut i fullmäktige ska coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall undantas Nämndens merkostnader under 2022 uppgår till 62 mnkr och nämnden har erhållit full täckning för merkostnaderna. Nämnden har vidare 231 mnkr i ökade kostnader för uppräknade semester- och löneskuld till följd av högre personalomkostnadspålägg 2023. Denna kostnad ska, under förutsättning av fullmäktiges beslut, exkluderas vid jämförelse med fullmäktiges resultatkrav.

Det ekonomiska resultatet justerat för ovannämnda poster uppgår till 231 mnkr, vilket är högre än fullmäktiges resultatkrav. Att resultatkravet uppnås förklaras av att Karolinska dels har erhållit temporära ersättningar och bidrag, dels fått högre intäkter eftersom sjukhuset producerat över målnivå. Därutöver har Karolinska bedrivit ett effektiviseringsarbete. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Coronapandemin har haft en viss påverkan på nämndens möjligheter att uppnå fullmäktiges mål och genomföra fullmäktiges uppdrag. Nämnden uppfyller 9 av 13 mål och 4 mål uppfylls inte. De mål som inte uppfylls är: Till 2030 har Region Stockholms totala klimatpåverkan halverats jämfört med 2019, Kärnverksamheten ska prioriteras, Region Stockholm – Attraktiv arbetsgivare samt En av Europas ledande forskningsregioner inom forskning som syftar till bättre hälsa.

Vårdproduktionen har varit 1,2 procent lägre än budget för öppenvård och 6,3 procent lägre än budget för slutenvård. Öppenvårdsproduktionen är 4,1 procent högre och slutenvårdsproduktionen 1,3 procent högre än föregående år. Karolinska har arbetat bort 82 av 88 operationsköer. Sjukhuset har samtidigt problem med tillgängligheten till akutmottagning samt första besök hos specialist inom 30 dagar.

Det verksamhetsmässiga resultatet har därmed i huvudsak uppnåtts.

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

Intern styrning och kontroll

Revisionen har under året granskat ekonomistyrning, vårddatalager, säkerhet i nätverk och informationssystem, bisysslor, intäktsprocessen, ledningsnära kostnader och representation samt inköp och upphandling. Granskningarna visar att ett antal förbättrande åtgärder bör vidtas.

Revisionen ser positivt på att Karolinska under 2022 fortsatt att utveckla sin ekonomi- och produktionsstyrning, effektivisera sina processer samt att nämnden har en regelbunden övergripande uppföljning av ekonomi och verksamhet. Det kraftigt försämrade ekonomiska läget 2023 kommer dock att innebära stora utmaningar för Karolinska att klara fullmäktiges resultatkrav, även om det underlättas om fullmäktige beslutar om aviserade tillskott under 2023. Revisionen kommer att följa utvecklingen bl.a. genom en granskning av akutsjukhusens ekonomistyrning under 2023.

Karolinskas utveckling av ett vårddatalager har fortsatt under 2022. Arbetet har utgått från att vårddatalagret även ska kunna användas av andra vårdgivare. Revisionen pekade redan 2021 på att Karolinska inte hade fått något formellt uppdrag från regionfullmäktige, vilket fortsatt är fallet. Nämnden har i februari 2023 beslutat att efterfråga förtydligande från regionstyrelsen. Nämnden har även beslutat att genomföra en granskning inom ramen för internrevisionen. I revisionens granskning 2022 framkommer bl.a. att det saknas fullständiga kalkyler och riskanalyser i underlaget inför beslut om avtal med konsult och att avtalet innebär oklarheter. Vidare är konsultfakturorna bristfälliga, vilket visar att Karolinska fortsatt behöver stärka den interna kontrollen vid konsultinköp. Revisionen bedömer att nämnden bör säkerställa ett allsidigt beslutsunderlag där såväl kostnader som risker analyseras. Vidare behöver nämnden försäkra sig om ett formellt uppdrag från regionfullmäktige om vårddatalagret ska omfatta regionala behov. Revisionen kommer under 2023 att fortsätta att följa Karolinskas arbete med vårddatalager.

Europaparlamentet antog i juli 2016 ett direktiv för att uppnå en gemensam nivå för cybersäkerhet i EU, det s.k. NIS-direktivet. Revisionens bedömer utifrån genomförd granskning att Karolinska delvis säkerställer att det finns följsamhet till NIS-direktivet. Bland annat behöver en åtgärdsplan med nyckelkontroller tas fram för att säkerställa efterlevnad av direktivet.

Den interna styrningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, 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	2
2.1	Ekonomiskt resultat	2
2.2	Verksamhetsmässigt resultat	4
3	Intern styrning och kontroll	8
3.1	Ekonomi- och verksamhetsstyrning	8
3.2	Internkontroll	13
3.3	Utveckling av vårddatalager	15
3.4	Säkerhet i nätverk och informationssystem	21
3.5	Bisysslor	26
3.6	Intäktprocessen	28
3.7	Ledningsnära kostnader och representation	29
3.8	Avrapporterade granskningar i delrapporterings-PM	30
3.9	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	30
4	Räkenskaper	30
4.1	Årsbokslut inklusive verksamhetsberättelse (förvaltningsberättelse)	30
4.2	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	31
4.3	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	31
Bilaga 1	Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till nämnden	
Bilaga 2	Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen	
Bilaga 3	Bedömningsmål och bedömningskriterier	

1 Årlig granskning

I den årliga revisionen prövas om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig. Den årliga revisionen omfattar granskning och bedömning inom följande områden:

- Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat
- Intern styrning och kontroll
- Räkenskaper

Nämnden är Region Stockholms universitetssjukhus med ansvar för nationell högspecialiserad vård och regionsjukvård, förutom ögonsjukvård, rehabiliteringsmedicin och handkirurgi. Sjukhuset 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.

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 biträttats av regionens revisionskontor. Granskningen har genomförts av granskningsansvariga Charlotta Edholm och Cecilia Dittmer m.fl. vid revisionskontoret. Räkenskapsrevisionen har genomförts av konsult från PwC med huvudansvarig revisor Kristian Damlin m.fl.

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

Inom ramen för granskningsåret har revisorerna genomfört två möten för dialog och kommunikation med nämnden den 18 maj 2022 och 19 januari 2023. Ett utkast av årsrapporten har stämts av med förvaltningsledningen.

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 2022	Bokslut 2022	Bokslut 2021
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	22 881	24 858	25 104
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 22 839	-24 840	-24 860
<i>- varav omställningskostnader</i>	<i>-0</i>	<i>-40</i>	<i>-0</i>
Årets resultat	42	18	740
Coronarelaterade merkostnader	-	-62	-642
Erhållet bidrag för täckning av merkostnader	-	62	642
Effekten av ökade PO-pålägg på semester- och löneskuld	-	-213	-
Justerat resultat	-	231	740
Balansomslutning (mnkr)	8 421	7 419	8 818
Årsarbetare (antal)	14 584	15 329	15 172

2.1.1 Resultat 2022

Nämndens ekonomi har under året påverkats av coronapandemin. Det ekonomiska resultatet uppgår till 18 mnkr. Fullmäktige har beslutat¹ att coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall även för 2022 ska undantas vid avstämningen av resultatkravet för samtliga nämnder och bolag.

Nämnden har haft covidrelaterade merkostnader på 62 mnkr som nämnden erhållit ersättning för i enlighet med fullmäktige beslut.² Karolinska har inte redovisat något intäktsbortfall. Vid beräkning av det justerade resultatet har även effekterna av ökade personalomkostnadspålägg på semester- och löneskuld som uppgår till 213 mnkr undantagits enligt mall från regionledningskontoret. Detta förutsätter att fullmäktige, efter regionstyrelsens förslag, fattar ett sådant beslut senast i samband med behandling av revisionsberättelser för 2022.

¹ RS 2021-0062 och RS 2021-0685.

² Fullmäktige har beslutat att nämnder och bolag inom hälso- och sjukvården ska under 2022 kompenseras för covidrelaterade merkostnader. RS 2022-0062 och RS 2022-0442

Nämndens ekonomiska resultat uppgår till 231 mnkr efter dessa justeringar. Det är 189 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

2.1.2 Jämförelse med budget 2022

Verksamhetens intäkter uppgår till 24 858 mnkr, vilket är 1 977 mnkr (8,6 procent) högre än budgeterat. Intäkter från masstester, främst under inledningen av året, uppgår till 749 mnkr. Därutöver ej därutöver förklaras intäktsökningen relativt budget främst av olika covidrelaterade bidrag och ersättningar som sammantaget uppgår till cirka 800 mnkr. Intäkterna från hälso- och sjukvårdsavtalen uppgår till 18 605 och överstiger budget marginellt med 247 mnkr.

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 24 173 mnkr, vilket är 2 036 mnkr (9,2 procent) högre än budgeterat. Av budgetavvikelsen är 1 286 mnkr hänförlig till personalkostnader, varav cirka 466 mnkr förklaras av olika pandemirelaterade personalkostnader. Därutöver beror cirka 349 mnkr på högre vårdproduktion än budgeterat. Kostnaderna för inhyrd personal är 121 mnkr högre än budget, vilket beror på rekryteringssvårigheter. Effekten av ökade personalomkostnadspålägg på semester- och löneskuld uppgår till 213 mnkr. Därutöver förklaras differensen när det gäller personalkostnader av flera mindre poster, bl.a. att Karolinska under året tagit över verksamhetsområde Hud från Södersjukhuset. Läkemedelskostnaderna överstiger budget med 192 mnkr, vilket beror på fler patienter inom cancervården samt högre kostnader för sär-läkemedel. Fler operationer än budgeterat har medfört högre kostnader för operationsmaterial med ca 85 mnkr. Kostnader förknippade med masstester, som inte ingick i budgeten, uppgår till sammanlagt 461 mnkr.

Avvikelser i förhållande till budget har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i nämndens verksamhetsberättelse.

2.1.3 Investeringar

Årets investeringar uppgår till 314 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på 700 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på 45 procent.

Budgetavvikelsen har flera orsaker. En starkare styrning av investeringsprocessen har bidragit till ökad nyttjandegrad för befintlig utrustning, vilket till en del kunnat ersätta investeringar. Vidare har en ökad osäkerhet i omvärlden inneburit längre leveranstider. Ytterligare en faktor som, enligt Karolinska, bidrar till ett lägre utfall är brist på upphandlare av medicinteknisk utrustning.

2.1.4 Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om ekonomi i balans har uppnåtts i och med att det justerade resultatet överstiger resultatkravet. Revisionen konstaterar vidare att förutsättningarna för en ekonomi i balans 2023 är utmanande (se vidare avsnitt 3.1).

2.2 Verksamhetsmässigt resultat

2.2.1 Mätning av mål

Ett mål har en eller flera indikatorer kopplade till sig. Enligt regionledningskontorets anvisningar är ett mål uppfyllt om mer än hälften av indikatorerna nått sina målvärden. Om hälften av indikatorerna har uppnått sina målvärden anses målet vara delvis uppfyllt. När mindre än hälften av indikatorerna når målvärdet, anses målet inte vara uppfyllt. Revisionen noterar att sjukhuset i några fall även har markerat måluppfyllelsen för indikatorer som delvis uppfyllt. Enligt anvisningarna från regionledningskontoret kan bara mål och inte indikatorer vara delvis uppfyllda. Det gör att revisionens och sjukhusets bedömning skiljer sig åt när det gäller målet om att kärnverksamheten ska prioriteras.

Regionen har sedan många år tillbaka haft högre krav för att uppnå vårdgarantin än vad som gällt på nationell nivå. Under pandemin har regionens högre krav på att första besök hos specialist ska ske inom 30 dagar ersatts av den nationella vårdgarantin, första besök inom 90 dagar. Under tredje kvartalet 2022 återgick regionen till 30 dagar. Under 2022 har även mätmetoden för indikatorn vårdrelaterade infektioner ändrats.

I verksamhetsberättelsen har verksamheterna rapporterat in väntetider utifrån både 30 och 90 dagar. Det framgår dock inte av anvisningarna till verksamhetsberättelsen vilka uppgifter gällande väntetider som ska användas i bedömningen av måluppfyllelse. Revisionen har utgått från båda de inrapporterade uppgifterna om väntetider i bedömningen av Karolinskas måluppfyllelse. Det framgår inte heller av anvisningarna att mätmetoden för vårdrelaterade infektioner ändrats under året.

2.2.2 Måluppfyllelse

Nämnden berörs av 12 av fullmäktiges nämndspecifika mål, vilket innebär sammanlagt 34 indikatorer. 9 av fullmäktiges mål är uppfyllda och 3 mål uppfylls inte. De mål som inte uppfylls är: Till år 2030 har Region Stockholms totala klimatpåverkan halverats jämfört med 2019; kärnverksamheten ska prioriteras samt Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare. Nedan redogörs för de mål som inte uppfyllts.

Till år 2030 har Region Stockholms totala klimatpåverkan halverats jämfört med 2019

Målet består av en indikator, "klimatpåverkan från tjänsteresor, ton koldioxidkvivalenter". Jämfört med föregående år har det skett en kraftig ökning när det gäller klimatpåverkan från tjänsteresor. Karolinska anser att indikatorn inte är relevant eftersom minskningen som ägde rum under 2021, och som 2022 års resultat mäts mot, beror på att flygtrafiken till stor del var stoppad på grund av pandemin. Vid jämförelse med åren innan pandemin har det skett en minskning. För att uppnå en ökad måluppfyllelse framåt kommer Karolinska justera reseriktlinjen för att innefatta fler destinationer där tåg är ett rimligt alternativ till flyg.

Kärnverksamheten ska prioriteras

Målet har två indikatorer: "administrativa kostnader ska minska" samt "andel lagakraftvunna domstolsärenden där Region Stockholm har vunnit". Revisi-
onsens bedömning är att Karolinska inte klarar någon av dem. Den bedöm-
ningen skiljer sig åt från Karolinskas när det gäller "andel lagakraftvunna
domstolsärenden". Karolinska har angett sin måluppfyllelse som delvis upp-
nådd men utfallet för Karolinska är 50 procent och fullmäktiges målvärde är
75 procent.

Förklaringen till att de administrativa kostnaderna är högre än budgeterat är
att sjukhuset efter att budgeten fastställdes genomförde en större justering av
vilka kostnader för stabsverksamheten som ska räknas i rapporteringen av
administrativa kostnaderna. Justeringen innebar bl.a. att kostnader för it-ut-
veckling, vårdinformation, vårdstöd, patientflöden och utlandsverksamheten
lades till.

Region Stockholm – attraktiv arbetsgivare.

Målet har sju indikatorer, som mäts genom medarbetarenkäten: "motivat-
ion", "styrning", "ledarskap", "andel medarbetare som utsätts för hot och/ el-
ler våld i samband med sitt arbete", "andel medarbetare som utsätts för krän-
kande särbehandling som har samband med arbetet", "andel sjukfrånvaro i
relation till ordinarie arbetstid" samt "personalomsättning". Karolinska kla-
rar indikatorerna andel medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i sam-
band med sitt arbete samt andel medarbetare som utsätts för kränkande sär-
behandling som har samband med arbetet.

Förklaringen till att Karolinska inte klarar resterande indikatorer beror på
pandemin och belastningen som den medförde för personalen. För att
komma till rätta med detta har sjukhuset under året haft hälsofrämjande och
krisstödande åtgärder som ett fokusområde. Under våren etablerades ett
Hälsocentrum med syfte att förstärka sjukhusets arbete med att förebygga
ohälsa hos medarbetarna och förstärka omhändertagandet av de som är
drabbade av negativa hälsoeffekter efter pandemin. Hälsocentrum samlar Ka-
rolinskas arbetsmiljöspecialister, rehabiliteringsspecialister, ergonomer och
hälsopedagoger. Karolinska har även arbetat med att förbättra ledarskapet
hos cheferna.

Karolinska har haft en ökning i andel sjukfrånvaro under 2022. Det handlar
om korttidsfrånvaro och hänger enligt sjukhuset samman med att medarbe-
tarna uppmanas att stanna hemma vid minsta symtom på sjukdom.

Måluppfyllelsen har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett till-
fredsställande sätt i verksamhetsberättelsen.

2.2.3 Produktion (utförare)

Öppenvårdsproduktionen är 1,2 procent lägre än budget och slutenvårdspro-
duktionen är 6,3 procent lägre än budget. Både öppenvårdsproduktionen och
slutenvårdsproduktionen är högre än föregående år, 4,1 procent respektive
1,3 procent.

Främst under hösten har Karolinska arbetat med att minska köerna till operation. Av totalt 88 olika operationsköer har 82 av dem arbetats bort. De 6 kvarvarande köerna handlar bland annat om vård med komplexa vårdkedjor där flera verksamheter är inblandade eller där det råder brist på viss typ av personal.

Det finns två fullmäktigeindikatorer kopplade till akutmottagningen: ”Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning” samt ”Medianväntetid till första läkarbedömning på akutmottagning, alla patienter”. Sjukhuset når inte någon av dem och inte heller indikatorn ”andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist”. När det gäller andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning är sjukhusets utfall 53 procent och utfallet var detsamma föregående år. Fullmäktiges målvärde är 78 procent. Medianväntetiden till första läkarbedömning på akutmottagning är 70 minuter och utfallet föregående år var 69 minuter. Fullmäktiges målvärde är 56 minuter. För andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist är utfallet 59 procent. Fullmäktiges målvärde är 70 procent. Jämförelsesiffror för 2021 saknas.

Under året har sjukhuset i snitt haft 1057 vårdplatser. Jämfört med 2021 är det 10,4 procent fler platser.

Precis som föregående år uppger sjukhuset att det är svårt att uttala sig om produktiviteten eftersom det enligt sjukhuset saknas en gemensam definition av produktivitet i regionen. Karolinska följer dock upp verksamheten internt genom att mäta produktivitet på olika sätt genom att t.ex. mäta produktion jämfört med plan, tillgänglighet och bemanningsläge.

2.2.4 Patientsäkerhet

Tidigare år har Karolinska haft problem dels med att mäta indikatorn som handlar om vårdrelaterade infektioner, dels med att nå målvärdet. För 2022 kan Karolinska mäta indikatorn och nå då målvärdet. Förklaringen ligger enligt sjukhuset i att sjukhuset har ändrat mätmetoden från punktprevalensmätningar till användandet av det s.k. Infektionsverktyget³. Samtidigt har sjukhuset arbetat med att minska de vårdrelaterade infektionerna, vilket gett effekt. Under 2023 kommer sjukhuset också delta i en internationell punktprevalensmätning vilket, enligt sjukhuset, kommer ge ett referensvärde för att kunna göra ytterligare förbättringar.

Under året har sjukhuset arbetat med att internt visualisera fler indikatorer kopplade till patientsäkerhet i sjukhusets visualiseringsverktyg, Tableau. I Tableau finns en realtidstavla där vårdavdelningarna kan se status när det gäller om olika riskbedömningar genomförts för patienterna som t.ex. avseende fall och nutrition. Syftet är att indikatorerna ska ge signaler om var åtgärder behöver sättas in.

³ Infektionsverktyget är ett nationellt it-stöd för att dokumentera, lagra och återkoppla information om vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning. För mer information, se: [Infektionsverktyget | Vårdgivarguiden \(vardgivarguiden.se\)](https://www.infektionsverktyget.se)

Även på den externa hemsidan finns det olika kvalitetsmått som patienter och medborgare kan ta del av. Det handlar både om mått kopplade till vården såsom följsamheten till standardiserade vårdförlopp inom cancervården och hur Karolinska arbetar med att förkorta tiden till behandlingsstart inom strokevården, men också om patientupplevelser och patientrapporterade utfallsmått. Det finns ett särskilt avsnitt om avvikelser och Lex Maria-anmälningar, där det finns en lista med Lex Maria-ärenden riktade mot sjukhuset som innehåller kortare sammanfattningar om ärendena.

Tillsyn av IVO och inspektion av Arbetsmiljöverket

Under 2022 har inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomfört en nationell tillsyn av sjukhusvården. Bakgrunden är uppgifter som framkommit i IVO:s tillsynsärenden, offentlig statistik och medias rapportering som ger en bild av en hårt belastad vård vid akutsjukhusen. För att granska hur Karolinska säkerställer att vården som bedrivs är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lag och föreskrift inledde IVO två tillsynsärenden på Karolinska; en tillsyn av Astrid Lindgrens Barnsjukhus vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och en tillsyn av Karolinska Huddinge. Båda var särskilt inriktade mot att granska om Karolinska fullgör sin skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen uppfylls.

Efter genomförd tillsyn konstaterade IVO att Karolinska inte hade säkerställt att sjukhuset hade ett tillräckligt antal disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet, vilket medfört allvarliga vårdskador och risk för allvarliga vårdskador. Vårdskador har uppstått eftersom patienter vårdats utan lämplig övervakningsutrustning på platser som inte var patientsäkra samt inte alltid fått sina behov tillgodosedda när det gäller bl.a. tillsyn och läkemedel. Den främsta orsaken till bristen på disponibla vårdplatser är personalbrist när det gäller sjuksköterskor. IVO:s bedömning var att Karolinska inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård uppfylls. IVO begärde att Karolinska redovisar sin inställning till bristerna som IVO konstaterat.⁴ Karolinska har återrapporterat till IVO att man kommer att vidta åtgärder för att komma till rätta med problemen, bl.a. genom att öka vårdplatserna inom hjärtsjukvården⁵ och arbeta med att återrekrytera erfarna undersköterskor.⁶

När det gäller problemen som är kopplade till barnakuten på Astrid Lindgrens barnsjukhus och akutmottagningen i Huddinge har Karolinska startat ett förbättringsarbete. Sjukhuset fokuserar för närvarande på att göra förbättringar för äldre patienter samt när det gäller tillgång till röntgen respektive vårdplatser. Det sistnämnda gäller särskilt för barnakuten.

Under 2022 har även skyddsombud på barnakutmottagningen på Astrid Lindgrens barnsjukhus lämnat en begäran om föreläggande eller förbud till

⁴ IVO, 2023-02. Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen. Karolinskas svar: K 2022-6657 och 3.5.1-23188/2022-21.

⁵ K 2022-6657 bilaga 1.

⁶ 3.5.1-23188/2022-21 bilaga 1.

Arbetsmiljöverket enligt 6 kap. 6a § arbetsmiljölagen⁷. I begäran konstaterar skyddsombuden att arbetsbelastningen för personalen inte står i relation till tillgängliga resurser. Skyddsombuden begär att arbetsgivaren inleder en kartläggning för att tillse att krav och resurser när det gäller arbete, fortbildning och handledning är i balans för arbetstagarna samt att det finns tid för återhämtning. Vidare begär skyddsombuden att en handlingsplan upprättas utifrån kartläggningen.⁸ Med anledning av begäran från skyddsombuden meddelade Arbetsmiljöverket i slutet av året att en inspektion är planerad till början av 2023.⁹

2.2.5 Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts. Revisionen konstaterar att pandemin har haft mindre effekt än föregående år på nämndens möjlighet att uppnå det verksamhetsmässiga resultatet. Revisionen ser positivt på att sjukhuset har arbetat med tillgängligheten och minskat vårdköerna som uppstått efter pandemin. Pandemin har dock fortsatt att påverka främst fullmäktiges mål gällande attraktiv arbetsgivare och det är viktigt att sjukhuset fortsätter sitt arbete kopplat till personal och arbetsmiljö. Det är också viktigt att nämnden fortsätter att arbeta med tillgänglighetsproblemen på akutmottagningen i Huddinge samt på barnakutmottagningen på Astrid Lindgrens barnsjukhus.

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 Ekonomi- och verksamhetsstyrning

Årets resultat före justeringar uppgår till 18 mnkr. Resultatet, efter justeringar framför allt av effekterna av ökade personalomkostnadspålägg på semester- och löneskuld (se 2.1), uppgår till 231 mnkr. Detta är 189 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav, vilket innebär att sjukhuset når ekonomi i balans för 2022. Nämnden prognosticerade i delårsrapporten årets resultat till 42 mnkr exklusive denna effekt. Resultatet påverkas av temporära bidrag och ersättningar utöver budget på cirka 800 mnkr som till en del motsvaras av tillfälliga pandemirelaterade kostnader.

3.1.1 Ekonomisk rapportering till nämnden

Revisionen har tagit del av protokoll och underlag från nämndens möten. Granskningen visar att nämnden löpande har fått information om det ekonomiska utfallet och prognoser i relation till budget.

⁷ Skyddsombud kan göra en begäran om åtgärder kring arbetsmiljö eller arbetstider med stöd av arbetsmiljölagen 6 kap., 6a§. Först ska skyddsombudet kontakta arbetsgivaren och be att riskerna rättas till. Om arbetsgivaren inte agerar kan skyddsombudet begära åtgärder från Arbetsmiljöverket.

⁸ K 2022-9116-14.

⁹ Arbetsmiljöverket 2022/069535 Föranmälan av inspektion.

Den ekonomiska rapporteringen har ett standardiserat format, vilket möjliggör jämförelser av intäkter och kostnader över tid. Nämnden har även kunnat ta del av de månadsrapporter som sjukhusledningen skickar till regionledningskontoret utöver de rapporter (tertiäl, delår och år) som nämnden beslutar om. Rapporteringen till nämnden har kompletterats med månadsvisa nyckeltalsrapporter. Nyckeltalen speglar utvecklingen inom flera centrala områden, bl.a. produktion och ekonomi. Vidare har nämnden varje månad fått en rapport som visar olika nyckeltal när det gäller bemanningssituationen.

3.1.2 Utveckling av styrning och processer

Nämndens arbete för ekonomi i balans bygger på en decentraliserad produktionsstyrning och processeffektiviseringar. Ekonomistyrningen utgår från verksamheternas produktionsplaner. Verksamheterna har resultatkrav.

Verksamheternas ekonomiska utfall jämförs mot rullande prognoser och referensvärden för 12 månader i stället för mot en fast budget för helåret. Verksamhetscheferna har genom visualiseringsverktyget Tableau tillgång till information om hur olika nyckeltal utvecklas, t.ex. när det gäller olika kostnadsslag i relation till intjänade DRG-poäng¹⁰. Denna förändring gjordes inför 2022. Enligt uppgift från Karolinska är erfarenheterna av det förändrade sättet att styra i huvudsak goda. Sjukhuset lyfter fram att när man använder trender som referensvärde i stället för avvikelser i förhållande till en traditionell budget ger det bättre förutsättningar för en dialog med verksamheterna om vilka åtgärder som behöver vidtas för att nå ett givet resultatkrav.

Revisionen har även översiktligt granskat sjukhusets förändrade ekonomistyrning i årsrapport 2021¹¹ samt i delrapporterings-PM 2022¹².

För att förbättra styrningen av personalresurser initierades våren 2022 ett arbete med att ta fram bemanningsplaner. Utgångspunkten är att definiera vilket personalbehov som finns för sjukhusets planerade uppdrag för vård, forskning och utbildning. Detta omsätts sedan i bemanningsplaner som anger hur rätt dimensionering ska nås.¹³ Arbetet är påbörjat och kommer att fortsätta under 2023. Sjukhuset har också ett pågående arbete med att införa ett schemaplaneringsverktyg som bl.a. ska underlätta ett bättre resursutnyttjande.

Sjukhuset har vidare arbetat med att optimera operationsplaneringen för att minska antalet inställda operationer. Detta har bidragit till att Karolinska vid årsskiftet hade färre köande jämfört med föregående årsskifte.

Under 2022 har sjukhuset arbetat för förbättrade administrativa processer.

¹⁰ 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.

¹¹ Årsrapport 2021 Karolinska Universitetssjukhuset, RK 2021-0024, 2022-03-24.

¹² Delrapporterings-PM 2022 Karolinska universitetssjukhuset, RK 2022-0024, 2022-10-20.

¹³ Bemanningsplan 2022, underlag till ekonomiberedningen, Karolinska universitetssjukhuset, 2022-04-13.

Verksamhetscheferna har tillfrågats och elva administrativa hinder har identifierats som sjukhusledningen nu arbetar med att minska och/eller undanröja.

Revisionen noterade i samband med delårsgranskningen 2022 att Karolinska under året hade fortsatt arbetet med att utveckla investeringsprocessen, bl.a. har kontroller etablerats. Även inköpsprocessen har utvecklats på ett liknande sätt och omarbetning av styrdokument pågår. Se avsnitt 3.2.1.

3.1.3 Effektiviseringsarbete 2022

Sjukhusets största utmaning är bemanningskostnaderna. Sjukhuset hade vid utgången av året 15 329 anställda räknat i helårsarbetskrafter. Det är fem procent fler än budgeterat och marginellt färre än i augusti. Sjukhuset uppgav i samband med delårsrapporteringen att bemanningsökningen i huvudsak var temporär i förhållande till det ordinarie vårduppdraget. Enligt verksamhetsberättelsen förklaras avvikelsen i stor utsträckning av pandemin samt arbetet med att reducera köer inklusive ökad produktion (se vidare avsnitt 2.1).

Olika ersättningar och bidrag kopplat till pandemin har kompenserat för ökade personalkostnader under 2022. Karolinska har under 2022 sammantaget haft intäkter från bidrag och ersättningar på cirka 800 mnkr som inte var budgeterade. Dessa bidrag upphör 2023.¹⁴

Det framgår av minnesanteckningar från nämndens ekonomiberedning att denna varit aktiv och bl.a. efterfrågat analyser när det gäller kostnadsutvecklingen. Arbetet med effektiviseringarna har behandlats i ekonomiberedningen. Det framgår av mötesanteckningar att 250 mnkr i effektiviseringsåtgärder har arbetats in i resultatkraven för teman, funktioner och staber under 2022.¹⁵ Ytterligare effektiviseringsinitiativ har behandlats i ekonomiberedningen. I underlag finns översiktliga beskrivningar av olika initiativ som t.ex. översyn av beredskap och jourer, ökat utnyttjande av medicinteknisk utrustning, åtgärder för ökade intäkter från utomläns- och utlandspatienter, mm.¹⁶

Effektiviseringsarbetet har rapporterats muntligt på nämndens möten. Sjukhusledningen informerade exempelvis nämnden på mötet i maj att det fanns kostnadsbesparande åtgärder planerade på teman, funktioner och staber som, under förutsättning att de genomfördes, skulle innebära att resultatkravet kan nås.¹⁷

3.1.4 Förutsättningar för ekonomi i balans 2023

Karolinska uppgav i delårsrapporten 2022 att förutsättningarna för att nå en ekonomi i balans 2023 är mycket utmanande.

¹⁴ Även vissa temporära kostnader relaterade till pandemin upphör.

¹⁵ Pkt 3. Ekonomi, Ekonomiberedningen, mötesanteckningar samt underlag, Karolinska universitetssjukhuset, K 2022-0467, 2022-06-27.

¹⁶ Fokusområden Ekonomi i Balans, underlag till ekonomiberedningen, Karolinska universitetssjukhuset, 2022-04-13. Se även ekonomiberedningens möte 2022-02-07.

¹⁷ Pkt 10. Ekonomi, rapportering, Karolinska universitetssjukhuset, protokoll 2022-05-30, K 2022-4649.

Risken för underskott aviserades till regionledningskontoret i nämndens remissyttrande på budget 2023.¹⁸ Karolinska beräknade där att underskottet för 2023 kan komma att uppgå till - 1,5 mdr jämfört med fullmäktiges beslutade resultatkrav. Den huvudsakliga orsaken är den kraftigt ökade inflationen, men också att olika temporära bidrag och ersättningar upphör 2023. Karolinskas underskott accentueras av att sjukhuset uppger att man inför 2023 valt att behålla en högre bemanningsnivå, bl.a. av arbetsmiljöskäl. Därutöver ökar personalomkostnaderna p.g.a. nya pensionsavtal och hög inflation. Underhåll- och renovering av sjukhuslokaler innebär vidare att sjukhusets lokalkostnader ökar utöver indexuppräknning.

På nämndens uppdrag på mötet i november 2022 tog sjukhusledningen fram ett förslag på effektiviseringsåtgärder på 310 mnkr fram till 2025 som nämnden sedan på mötet i december beslutade att genomföra.¹⁹ Det handlar om besparingar inom administration, inköp, lokaler, inhyrd personal och insourcing. Närmare information om utgångsläget vad gäller kostnaderna och vad som ska ingå i de olika initiativen saknas, vilket innebär att de kan bli svåra att följa upp. Vidare finns inget tjänsteutlåtande till beslutsförslaget där konsekvensbeskrivningar borde ha ingått.

De ovan refererade effektiviseringsåtgärderna är sjukhusövergripande. De kompletteras av effektiviseringsbeting på 225 mnkr som inom ramen för den interna styrningen inarbetats i enheternas resultatkrav enligt verksamhetsplanen för 2023.²⁰ Där beskrivs att sjukhuset fortsatt har problem med att klara bemanningen inom vissa verksamheter. Sjukhusen ska samtidigt i enlighet med uppdrag i budget 2023 minska beroendet av inhyrd personal. När hänsyn tagits till de sammanlagda effektiviseringarna på 369 mnkr återstår enligt verksamhetsplanen ett underskott på 1 327 mnkr relativt resultatkravet på 44 mnkr för 2023.

Akutsjukhusen får extra tillskott 2023

Även övriga akutsjukhus prognosticerar stora underskott för 2023. Regionstyrelsen har i samband med ärendet om avstämning av budget i mars 2023 föreslagit regionfullmäktige att tillföra akutsjukhusen ytterligare två miljarder kronor innevarande år. Regionstyrelsen menar att akutsjukhusens underskott i stor utsträckning beror på att sjukhusens uppdrag förändrats utan att sjukhusen fått tillräcklig finansiering för berörda verksamheters kostnader för personal och lokaler. Samtidigt pekar regionstyrelsen på att pandemin begränsat akutsjukhusens möjligheter att genomföra effektiviseringsåtgärder enligt plan.²¹ Karolinskas andel av tillskottet beräknas uppgå till cirka 944 mnkr.

¹⁸ Remissyttrande avseende Budget 2023 för Region Stockholm, m.m. RS 2022-0123, Karolinska universitetssjukhuset, K 2022-10241, 2022-11-21.

¹⁹ § 11. Prognos 2023 med förslag till åtgärder, beslut, Karolinska universitetssjukhuset, K 2022-10607, 2022-12-12.

²⁰ Verksamhetsplan 2023, Karolinska universitetssjukhuset, K 2022-10192, 2023-01-27.

²¹ 225 mnkr, men inte 145 mnkr, var inkluderade i beräkningen av underskottet per november på 1,5 mdr.

²¹ Avstämning av Budget 2023 för Region Stockholm, RS 2022-0638, 2023-02-08.

Regionstyrelsen har vidare i samband med budgetavstämningen funnit att verksamhetsplanerna för 2023 för några nämnder och bolag inte innehåller tillräckliga effektiviseringsåtgärder för att säkerställa att resultatkravet nås för 2023 samt 2024–2025. Karolinska ingår bland de nämnder och bolag som i samband med tertialrapporten i maj ska återkomma med planerade åtgärder. Samtidigt föreslås regionfullmäktige besluta att akutsjukhusen tillsammans med SLSO senast i samband med tertialrapporten ska lämna en gemensam åtgärdsplan för att dels effektivisera verksamheten och sänka kostnadsnivån, dels påskynda omställningen mot en ökad andel primärvård. Ett särskilt fokus ska läggas på minskning av inhyrd personal och administration.

Effektiviseringar och åtgärder 2023

Nämnden för Karolinska konstaterade på möte i januari 2023 att det aviserade extra tillskottet skulle innebära att sjukhusets befarade underskott för 2023 minskar till 390 mnkr.²² Nämnden har enligt protokoll på möte i februari erhållit kompletterande information om genomförandet av effektiviseringsinitiativen. Det framgår även av protokollet att Karolinska uppfattar att FSN genom Locum höjt hyran med 150 mnkr utan att det tydligt kommunicerats.²³ Hyreshöjningen har inte beaktats i Karolinskas budget för 2023. Karolinska har i en skrivelse till Locum invänt mot hyreshöjningen.²⁴ FSN anger i sin verksamhetsplan för 2023 att hyres- och servicekostnadsersättningen för NKS har höjts p.g.a. ökade räntekostnader och ökade kostnader för el, värme, vatten och avlopp. Tvisten mellan FSN och Karolinska ska enligt uppgift från regionledningskontoret hanteras av regionledningskontorets särskilda hyresråd.

Nämnden har inte tagit ställning till ytterligare effektiviseringsåtgärder, men har uppdragit till sjukhusledningen att föra dialog med regionledningen om hur underskottet ska hanteras och sedan återrapportera till nämnden.

3.1.5 Bedömning

Revisionen ser positivt på att Karolinska under 2022 fortsatt att utveckla sin ekonomi- och produktionsstyrning och effektivisera sina processer samt att nämnden på en övergripande nivå regelbundet följer upp ekonomi och verksamhet. Det framgår i nämndens protokoll att nämnden har ett aktivt förhållningssätt i sin styrning och bl.a. efterfrågar ytterligare information och analys i den ekonomiska uppföljningen. En förutsättning för nämndens aktiva styrning är det arbete som sker i nämndens ekonomiberedning som nära följer sjukhusets ekonomiska utveckling. Revisionen noterar att ekonomiberedningen vid sina möten återkommande har haft effektiviseringsåtgärder på dagordningen.

²² §10. Ekonomirapportering, Karolinska universitetssjukhuset, protokoll 2023-01-27, K 2023-0200.

²³ Pkt 9. Ekonomi rapportering, Karolinska universitetssjukhuset, protokoll 2023-02-17, (K 2023-1351.

²⁴ Angående föreslagen hyreshöjning från NKS Bygg 2023, skrivelse till Locum, K 2023-2720, 2023-03-02.

Revisionen vill i detta sammanhang peka på vikten av att information återredovisas i underlag till nämnden för att få en fullständig och sammanhängande styrkedja eftersom ansvaret ligger på hela nämnden.

Revisionen konstaterar att Karolinska når ekonomi i balans 2022. Det förklaras framför allt av att sjukhuset har producerat över målnivå, erhållit temporära bidrag och ersättningar samt att sjukhuset har bedrivit ett effektiviseringsarbete.

Revisionen konstaterar att det kraftigt försämrade ekonomiska läget 2023 kommer att innebära stora utmaningar för Karolinska att klara fullmäktiges resultatkrav, även om aviserade tillskott kommer att underlätta. Nämnden behöver försäkra sig om att tillräckliga effektiviseringsåtgärder vidtas samt att underlag för beslut om åtgärder innehåller analyser som innebär att nämnden kan ta ställning till eventuella konsekvenser för exempelvis patient-säkerhet. Revisionen kommer att följa utvecklingen bl.a. genom en granskning av akutsjukhusens ekonomistyrning under 2023.

3.2 Internkontroll

Revisionen har under de senaste åren följt Karolinskas arbete med att stärka den interna kontrollen på sjukhuset. I delrapporterings-PM för 2022 konstaterade revisionen att sjukhusledningen fortsatt arbetet med att stärka och utveckla den interna kontrollen. Även arbetet med risker har vidareutvecklats och revisionens bedömning var att det på övergripande sjukhusnivå finns en struktur för hur arbetet med riskanalys ska gå till. Det finns också uttalat vad som är ledningens ansvar och vad som är verksamhetens ansvar. Revisionen noterade i delrapporten för 2022 att det återstod för sjukhuset att fastställa en tillämpningsanvisning samt att se till att sjukhusövergripande information om intern kontroll finns på intranätet.

3.2.1 Fortsatt utveckling av internkontrollen

I september fastställdes tillämpningsanvisningar för intern kontroll och riskhantering.²⁵ Av dessa framgår hur sjukhuset arbetar med riskanalys och hantering av risker, både på sjukhusövergripande nivå och vad tema/funktion förväntas göra. Anvisningen innehåller även bedömningskriterier för hur väl rutiner och kontroller fungerar i praktiken och hur de medför att risker hanteras. Det framgår även hur Karolinska ska hantera rekommendationer från regionrevisorerna samt yttranden över revisorernas delårs- samt årsrapporter.

När det gäller vilken information om intern kontroll som ska finnas på intranätet har sjukhuset inte fattat några beslut än.

Under året har sjukhuset tagit fram en tillämpningsanvisning för investeringsprocessen.²⁶

²⁵ Tillämpningsanvisning för intern kontroll och riskhantering. Dokumentnummer STAB8352. Giltig från och med 2022-09-30.

²⁶ Tillämpningsanvisning investeringar. Dokumentnummer K51366. Giltig från och med 2022-01-05.

Parallellt har internkontrollansvarig bidragit till att kontroller definierats för olika moment i investeringsprocessen. Kontrollerna ska följas upp under 2023. Ett arbete pågår också med att uppdatera tillämpningsanvisningen för inköpsprocessen samt ta fram motsvarande kontroller som för investeringsprocessen. En ny inköpschef har anställts. Sjukhuset planerar att testa de första kontrollerna för inköpsprocessen samt för investeringsprocessen under våren eller sommaren 2023. I samband med delårsgranskningen följde revisionen upp fyra rekommendationer kopplade till inköp och upphandling. Revisionens bedömning var att sjukhusets riktlinjer och rutiner behöver få genomslag i tillämpningen och den interna kontrollen avseende inköp och upphandling behöver i likhet med tidigare år fortsatt stärkas (se även avsnitt 3.3.4).

I delårsgranskningen framkom att sjukhuset under 2022 tagit fram en uppförandekod, Vägvisaren, för de anställda. Därefter har sjukhuset även tagit fram en e-utbildning för personalen kopplad till Vägvisaren.

Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset anlitar externa konsulter för internrevisionsuppdrag vid behov. Under 2022 har ett uppdrag lämnats. Det handlar om en granskning om behörighetshantering (se 3.9.1).

3.2.2 Granskning av riskanalys och interkontrollplan kopplat till MDK
Revisionen har under året granskat Karolinskas arbete med riskanalys och internkontrollplan när det gäller funktionen Medicinsk Diagnostik Karolinska (MDK). Granskningens två huvudfrågor har varit om det finns en systematisk riskanalys inom MDK samt om riskanalysen inom MDK ligger till grund för den sjukhusövergripande riskanalysen.

Den övergripande bedömningen är att det i delar finns ett systematiskt riskanalysarbete inom MDK, men att riskanalysen kan utvecklas ytterligare. Bland annat saknas det i vissa fall beskrivning av de åtgärder som bör vidtas för att minimera risker samt vem som är riskägare. Resonemang behöver även utvecklas om hur de olika riskområdena ska hanteras, dvs. om ska risken accepteras, hanteras eller bevakas.

I riskanalysen för MDK tas intäkter upp som ett särskilt riskområde. Det handlar bl.a. om att det finns brister i faktureringsystemet som försvårar kontroller och innebär merarbete. För att kunna effektivisera och stärka kontrollen i intäktsprocessen bör Karolinska överväga att ta fram riktlinjer och mallar inom MDK för att standardisera arbetet samt att tydligare instruktioner och ansvarsfördelningar införs.

Bedömningen när det gäller frågan om MDK:s riskanalys ligger till grund för den sjukhusövergripande riskanalysen är att MDK är i hög grad involverade i arbetet med den sjukhusövergripande riskanalysen. Ledningsgruppen för MDK har bland annat deltagit vid en workshop ledd av den centrala internkontrollfunktionen på sjukhuset. Det finns även gemensamt identifierade risker i den sjukhusövergripande riskanalysen och MDK:s riskanalys (bl.a. gällande bemanning, tillgänglighet och lokaler).

3.2.3 Bedömning

Revisionen konstaterar att Karolinska under året har fortsatt arbetet med att stärka den interna kontrollen. Sjukhuset har fastställt en tillämpningsanvisning för arbetet med intern kontroll. Det finns även en e-utbildning kopplad till den interna uppförandekoden Vägvisaren. Revisionen har tidigare granskat sjukhusets arbete med inköp och upphandling och bedömt att riktlinjer och rutiner behöver få genomslag i tillämpningen. Revisionen har också bedömt att den interna kontrollen avseende inköp och upphandling behöver stärkas. Sjukhuset har påbörjat ett arbete med att formalisera inköpsprocessen, vilket revisionen ser positivt på, givet tidigare granskningar inom området. Då arbetet med att ytterligare förbättra den interna kontrollen pågår, bl.a. genom utveckling av inköpsprocessen, kommer revisionen fortsatt följa arbetet.

3.3 Utveckling av vårddatalager

3.3.1 Bakgrund

Karolinska har ett pågående arbete med att utveckla ett vårddatalager. Det baseras på den it-strategi som nämnden beslutade om i maj 2021.²⁷ Arbetet har utgått från att även andra vårdgivare ska kunna ansluta sig.²⁸ Vårddatalagret ska sedan kunna utgöra en grund för olika applikationer som beslutstöd, inrapportering till kvalitetsregister m.m. Vårddatalagret ska även kunna utgöra en grund för ett nytt journalsystem. Det nuvarande journalsystemet TakeCare, som används av regionens egna vårdgivare, är i stort behov av att ersättas med ett nytt. Vårddatalagret som Karolinska utvecklar bygger på ”openEHR” vilket är en öppen standard för hälsoinformation som beskriver förvaltning, lagring, uttag och utbyte av hälsodata.

Revisionen granskade nämndens it-strategi i årsrapport 2021. Revisionen konstaterade att Karolinskas arbete för att modernisera sjukhusets vårddatalager har bidragit till en inriktning mot en mer modulbaserad utveckling av regionens vårdinformationsmiljö, vilket regionfullmäktige gett uttryck för, senast i budget 2023.²⁹ Revisionen konstaterade vidare att nämnden återkommande har diskuterat risker med den valda strategin, även om nämndens beslutsunderlag inte har innehållit någon samlad riskanalys. Nämnden har i protokoll framfört att det skulle kunna bli kostsamt för Karolinska om övriga vårdgivare skulle välja en annan väg. Revisionen bedömde därför i årsrapporten för Karolinska 2021 att det var väsentligt att nämnden säkerställde att det fortsatta utvecklingsarbetet underbyggdes av ekonomiska kalkyler och riskanalyser.

²⁷ Renoverat journalsystem (K 2021-4490), §17 K ny IT-strategi, Karolinska universitetssjukhuset, protokoll 2021-05-24, K 2021-3863.

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

²⁹ Budget 2023, bilaga 7, RS 2022-0123, 2022-11-09.

Sjukhusledningen överlämnade i november 2021 informellt ett förslag till regionledningskontoret om att Karolinska skulle få utveckla och förvalta ett vårddatalager till regionledningskontoret.³⁰ Revisionen bedömde att nämnden formellt borde ta ställning till förslaget.

3.3.2 Nämndens fortsatta hantering

Karolinska har under 2022 fortsatt att utveckla vårddatalagret (se 3.3.3). Utvecklingsarbetet har skett i dialog med regionledningskontoret och övriga vårdgivare via den s.k. operativa styrgruppen. Karolinska har återkommande rapporterat till regionledningskontoret och övriga vårdgivare genom den operativa styrgruppen om hur arbetet fortskrider. Sjukhusledningen har informerat nämnden om läget i utvecklingsarbetet i februari, juni respektive november 2022.

Sjukhusledningens redogörelse på nämndens möte i februari 2022 handlade om fördelarna med ett uppdrag till Karolinska 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. Sjukhusledningen framhöll också att uppdraget skulle ge sjukhuset möjlighet att tillgodose de särskilda behov av it-lösningar som Karolinska har som regionens högspecialiserade sjukhus. Sjukhusledningens redovisning innehöll även en riskanalys på en övergripande nivå.³¹ Riskerna handlade om kompetensbrist, förskjutning av tidplan, högre kostnader än beräknat samt effekter om upphandlingar överklagas. Riskanalysen innehöll inte risker med avseende på it- eller informationssäkerhet eller om vårddatalagret inte skulle leva upp till krav enligt lagar och förordningar, som t.ex. patientdatalagen eller dataskyddsförordningen. Nämnden konstaterade även vid detta tillfälle att Karolinska inte hade något formellt uppdrag att utveckla ett regionalt vårddatalager.

I övrigt har informationen till nämnden under 2022 i huvudsak handlat om status för olika moment i projektet. Nämnden har däremot inte informerats om kostnaderna förknippade med detta.

I fullmäktiges budgetbeslut för 2023 har regionstyrelsen fått i uppdrag att säkerställa en behovsstyrd successiv utveckling av ett regionalt vårddatalager.³² Det nämns att det vårddatalager som Karolinska har utvecklat successivt kommer att prövas med målsättning att det ska omfatta alla egenägda vårdgivare. Det framgår inte hur utvecklingsarbetet ska finansieras.

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

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

³² Budget 2023, bilaga 7, RS 2022-0123, 2022-11-09, s. 3.

På nämndens möte i januari 2023 fanns ett förslag från sjukhusledningen om att tillskjuta maximalt 300 mnkr för fortsatt teknisk utveckling av regional vårddatalplattform med tillämpningar under åren 2023–2024.³³ Nämnden konstaterar att Karolinska inte har något formellt uppdrag att utveckla ett regionalt vårddatalager. Nämnden beslutade att återremittera ärendet till förvaltningen.³⁴ Av protokollet framgår vidare att nämnden identifierat ett antal frågor som behöver klaras ut innan beslut kan fattas. Det handlar om kostnader i projektet, i vilken utsträckning som utvecklingsarbetet ska utföras av extern leverantör, hur upphandling av leverantör ska ske samt hur det kan säkerställas att Karolinska äger resultatet av utvecklingsarbetet. Frågor om att säkerställa it- och informationssäkerhet samt följsamhet till patientdatalagen och dataskyddsförordningen berörs inte. Nämnden beslutade att anlita en extern internrevisor som ska följa projektet och återrapportera till nämnden vid varje möte.

Nämnden återkom till frågan vid mötet i februari och poängterade då att det behöver bli tydligt vilken roll Karolinska har i utvecklingen av ett regionalt vårddatalager. Enligt protokollet från mötet ska nämndens ordförande i en skrivelse efterfråga besked från regionstyrelsen. Vidare konstaterar nämnden att man saknar en riskbedömning av projektet samt en samlad bild av hur det förhåller sig till andra utvecklingsinitiativ på Karolinska.³⁵

3.3.3 Granskning av vårdinformationsmiljön i regionen

Revisionen har i ett särskilt projekt parallellt granskat om regionstyrelsen säkerställt tillräckliga förutsättningar för en tydlig och effektiv styrning av underhåll och utveckling av region Stockholms vårdinformationsmiljö.³⁶ Revisionen konstaterar i projektrapporten att Karolinskas roll i utvecklingsarbetet har varit otydlig. Karolinska har deltagit i det regiongemensamma arbetet med förberedelser för nytt huvudjournalssystem och utveckling av datalager, men sjukhuset har samtidigt beslutat om och arbetat efter en egen it-strategi, framför allt med utveckling av vårddatalager. Revisionen pekar på att det är regionstyrelsen som fått i uppdrag att utveckla vårddatalagret. Granskningen visar samtidigt att det för närvarande inte finns någon alternativ planering för vårddatalager, utan att regionstyrelsen avvaktar det arbete som bedrivs inom Karolinska. Hur förvaltningen av nytt huvudjournalssystem respektive vårddatalager ska hanteras är fortfarande under utredning. Revisionen bedömer i rapporten att det är väsentligt för utvecklingen av ett regiongemensamt vårddatalager att regionstyrelsens respektive Karolinskas roller i det fortsatta utvecklingsarbetet tydliggörs.

³³ P12. IT-strategi, vårddatalager finansiering, tjänsteutlåtande inför möte 2023-01-27, Karolinska universitetssjukhuset, K 2023-0200, 2023-01-12.

³⁴ P12. IT-strategi, vårddatalager finansiering, protokoll, Karolinska universitetssjukhuset, K 2023-0200, 2023-01-27.

³⁵ P14. Vårddatalager uppdatering, protokoll, Karolinska universitetssjukhuset, K 2023-1352, 2023-02-17.

³⁶ Vårdinformationsmiljön – underhåll och utveckling, projektrapport nr 11/2022, RK 2023-0032, 2023-02-15.

Granskningen i samband med projektet visar att den standard som Karolinska valt för sitt vårddatalager, OpenEHR, innebär ett antal fördelar, men också ett stort antal risker. Det framkommer i en konsultrapport som regionledningskontoret beställt.³⁷ Bl.a. framgår att det i Sverige inte finns någon nationellt drivande kraft för utveckling och standardisering över tid, att modelleringsarbetet generellt är frivilligt vilket kan innebära risk för framtida förvaltningsbarhet, att det är en osäker framtid för OpenEHR som standard samt dess utveckling över tid, att det råder brist på OpenEHR-applikationer för vissa specialiteter och att det inte finns en komplett uppsättning definitioner på svenska.

Granskningen av Karolinska visar att det inte framgår av nämndens protokoll och beslutsunderlag om nämnden informerats specifikt om riskerna med OpenEHR.

3.3.4 Genomförande av utvecklingsarbetet

Utvecklingen av vårddatalager och applikationer bedrivs i stor utsträckning internt inom Karolinskas it-funktion med hjälp av olika leverantörer. Arbetet uppges vara komplext eftersom moduler från olika leverantörer ska samspela i vårddatalagret. Grunden för vårddatalagret, OpenEHR-lösningen, levereras av Cambio Healthcare Systems AB. Karolinska har genom ett ramavtal hos Kammarkollegiet tecknat ett avtal med Atea Sverige AB där Cambio Healthcare Systems AB är underleverantör.³⁸

Det underliggande anskaffningsbeslutet för avtalet är från mars 2021. Det var ursprungligen på 5 mnkr, men har reviderats till 16 mnkr i oktober 2021.³⁹ Beslutet är undertecknat av sjukhusdirektören. Avtalet ingicks i juni 2021 och är tvåårigt med möjlighet till förlängning i två år.

Frågan om att etablera ett vårddatalager för sjukhusets behov är ett väsentligt beslut eftersom det innebär stora konsekvenser både verksamhetsmässigt och ekonomiskt. Inför sådana beslut ska det enligt regionens styrdokument finnas ett dokumenterat beslutsunderlag där viktiga aspekter på projektet som verksamhetens behov, kostnader och risker belyses på ett allsidigt sätt. Bland annat ställer regionens inköpspolicy krav på vilka underlag som ska finnas inför beslut som har stor verksamhetsmässig och/eller ekonomisk påverkan.⁴⁰ Det ska exempelvis finnas en analys av verksamhetens behov och krav i relation till uppsatta mål. En analys ska även göras av leverantörsmarknaden inklusive affärsrisker. Totala kostnader ska kalkyleras, vilket enligt riktlinjen är en förutsättning för planering, riskhantering och uppföljning. Beslutsunderlag ska dokumenteras.

³⁷ Utredning om effekterna av att välja OpenEHR som standard inom Region Stockholm, Regionledningskontoret, RTD2033, 2022-12-16.

³⁸ Avropsavtal K 2021-3223, Programvaror och tjänster, programvarulösningar, Karolinska universitetssjukhuset, 2021-06-23.

³⁹ Anskaffningsuppdrag K 2021-3223, Karolinska universitetssjukhuset, 2021-03-31 resp. 2021-10-26

⁴⁰ Policy inköp, antagen i landstingsfullmäktige 2018-06-05, reviderad av regionstyrelsen 2019-06-18, LS 2018-0667, s. 6-7.

Karolinskas ledning tog efter ett utvecklingsarbete i mars 2021 fram en riktlinje för investeringsprocessen.⁴¹ Beredningskraven omfattar även andra typer av ekonomiska åtaganden genom avtal.⁴² Där anges bl.a. att alternativ ska utredas och framtida driftskostnader synliggöras. Granskningen visar att de underlag som fanns inför anskaffningsbeslutet var olika förstudierrapporter etc. som dock inte helt svarar mot kraven i regionfullmäktiges styrdokument eller sjukhusets riktlinje.

Avtalet om utvecklingen av vårddatalagret innebär flera oklarheter. Det gäller bl.a. om det är säkerställt att data i vårddatalagret kan hanteras och skyddas i enlighet med gällande lagstiftning, framför allt utifrån patientdatalagen och dataskyddsförordningen. Det finns även oklarheter när det gäller vilken roll som Cambio Healthcare Systems AB ska ha i utvecklingsarbetet. Vidare är det inte klarlagt vem som är ägare till den lösning som utvecklas. Avtalet rymmer inte heller möjligheter att skala upp lösningen med avseende på mängd patientdata, licenser om fler vårdgivare i slutänden ska kunna anslutas och vilka kostnader det i så fall skulle vara förenat med.

Enligt uppgift från Karolinska pågår analys av vårddatalagret med avseende på juridiska krav. Arbetet sker stegvis under våren.

Atea Sverige har under perioden maj 2021 till december 2022 fakturerat 9,3 mnkr avseende tjänster som levererats av underleverantören Cambio Healthcare Systems AB.⁴³ Fakturorna är knapphändiga när det gäller beskrivning av vad som levererats. Tjänsterna är inte preciserade och namn samt antal arbetade timmar för konsulter saknas. En faktura⁴⁴ är vidare betald i förskott, vilket inte överensstämmer med avtalet.⁴⁵ Enligt Karolinska har Cambio Healthcare Systems AB i början av februari 2023 i huvudsak uppfyllt kraven i avtalet, med undantag för den leverans av modul som anges hantera krav enligt patientdatalagen och som ska levereras och kontrolleras under våren 2023.⁴⁶ Vårddatalagret planeras att produktionssättas under kvartal två 2023.

Utgifterna för Karolinskas utveckling av vårddatalagret uppgår under 2022 totalt till 39,2 mnkr, varav kostnader för licenser och externt stöd utgör 20,6 mnkr.⁴⁷ Kostnaderna täcks delvis av ett bidrag från hälso- och sjukvårdsförvaltningen på 25 mnkr inom ramen för förvaltningens arbete med digitaliserade vårdförlopp.⁴⁸

⁴¹ Investeringsprocess för Karolinska, riktlinje, K08811-1, 2021-03-31.

⁴² Enligt dokumentationen: "Uppgraderingar, service-, leasing-, eller hyresavtal motsvarande samt kombinationer därav:"

⁴³ Fakturor nr 63303342 (553 750 kr), nr 63357864 (1 107 500 kr), nr 63466530 (1 661 250 kr), nr 63552477 (1 882 750 kr), nr 63576252 (1 882 750 kr) samt nr 63688422 (2 215 000 kr).

⁴⁴ Nr 63688442 per 2022-10-10 avser tjänster under kvartal 4 2022.

⁴⁵ Avropsavtal K 2021-3223, Programvaror och tjänster samt Programvarulösningar, 2021-06-23.

⁴⁶ VDL - Frågor - revision - 2023-01-11, underlag, Karolinska universitetssjukhuset.

⁴⁷ Vårddatalager – kostnader och prognos, i excel-fil "VDL - Prognos och kostnad för 2022 - 2023-01-09", ekonomisk redovisning, Karolinska universitetssjukhuset, erhållet 2023-02-03.

⁴⁸ Projekt för införande av digitalt vårdprocesslöd, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, KUN 20117, 2020-12-14.

Karolinska har sedan oktober 2021 löpande återrapporterat till hälso- och sjukvårdsförvaltningen om hur projektet framskrider. Rapporterna, som inte är diarieförda, innehåller bl.a. en kortfattad beskrivning från inledningsskedet av projektet där förväntat resultat och kostnader finns med.⁴⁹

3.3.5 Bedömning

Karolinska har sedan våren 2021 arbetat med att utveckla ett vårddatalager. Karolinska har dock inte haft något formellt uppdrag från regionfullmäktige att driva utvecklingen så att även andra vårdgivare ska kunna anslutas, vilket nämnden konstaterat i protokoll.

Frågan om att utveckla och finansiera ett vårddatalager för regionala behov menar revisionen är att betrakta som en fråga av principiell beskaffenhet och som i så fall ska beslutas av regionfullmäktige. Revisionen bedömer därför att förslaget från sjukhusledningen till regionledningskontoret i november 2021 om att utveckla ett vårddatalager även för regionala behov borde ha beslutats av nämnden och överlämnats till regionstyrelsen för beredning av beslut i fullmäktige. Nämnden borde i ett tidigare skede ha tydliggjort för regionstyrelsen att ett klagande behövdes vad gäller ansvar, roller och finansiering för vårddatalagret för att inte riskera att genomföra ett utvecklingsarbete utan en tydlig finansiering. Revisionen noterar dock att nämndens ordförande enligt protokoll från februari 2023 i en skrivelse till regionstyrelsen ska efterfråga ett förtydligande av Karolinskas roll.

Revisionens granskning visar att det finns flera oklarheter i det avtal som Karolinska träffat med Atea Sverige AB om utveckling av vårddatalager. Framför allt gäller det möjlighet att utöka vårddatalagret med ytterligare data och inkludera andra vårdgivare samt frågan om ägarskap för den utvecklade lösningen. Revisionen bedömer att det inte har funnits ett tillräckligt beslutsunderlag, inklusive erforderliga riskanalyser. Vidare behöver avtalet med Atea Sverige AB ses över för att säkerställa att kostnaderna ryms inom budget. Revisionen konstaterar samtidigt att nämnden har uppmärksammat svagheter i utvecklingsarbetet och i avtalet och återremitterat ett beslutsärende för ytterligare utredning. Nämnden har även beslutat att granska vårddatalagerprojektet inom ramen för internrevisionen. Revisionen bedömer att nämnden behöver försäkra sig om att man inför ett nytt beslut får ett allsidigt beslutsunderlag där så väl kostnader som risker analyseras.

Revisionen konstaterar att samtliga fakturor från Atea Sverige AB avseende det granskade avtalet innehåller liknande brister som revisionen återkommande påtalat i samband med granskningar av inköp på Karolinska under flera års tid, bl.a. när det gäller konsulttjänster. Det handlar framför allt om att det inte framgår på fakturorna vad som levererats eller nedlagd tid för antitade konsulter, vilket innebär att kontroller inte kan göras mot avtal.

⁴⁹ Digitalisering vårdförlopp, Kommunikationsplan & Statusrapportering, arbetsmaterial, Karolinska universitetssjukhuset, odaterad.

Sedan tidigare har revisionen rekommenderat Karolinska om att förbättra kontrollen inom inköp och upphandling.⁵⁰ Revisionen bedömer att Karolinska ännu inte kommit till rätta med den interna kontrollen vid konsultinköp.

Revisionen kommer under 2023 att fortsätta att följa Karolinskas arbete med vårddatalager.

3.4 Säkerhet i nätverk och informationssystem

Europaparlamentet antog i juli 2016 ett direktiv för att uppnå en gemensam nivå för cybersäkerhet i Europeiska unionen. Direktivet är infört i svensk lagstiftning genom den s.k. NIS-lagen.⁵¹ Om Region Stockholms verksamheter inte uppfyller de krav som NIS-lagen ställer finns risk att samhällsviktiga tjänster slås ut i exempelvis cyberattacker. Det kan i sin tur leda till att vård inte kan bedrivas på ett patientsäkert sätt och till höga kostnader för att återställa information och system. Revisionen har därför granskat om Karolinska universitetssjukhuset och tre av de andra akutsjukhusen säkerställer följsamhet till NIS-lagen.⁵² Revisionen har samtidigt följt upp två rekommendationer från en tidigare granskning av informationssäkerhetsarbetet på Karolinska.⁵³

3.4.1 Identifiering av samhällsviktiga och digitala tjänster

Sjukhuset identifierar sig som leverantör av samhällsviktiga tjänster och har därför anmält detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i enlighet med lagens krav⁵⁴. Sjukhuset tillämnar en riskklassningsmodell för att utreda och identifiera vilka system som anses samhällsviktiga. Modellen utgår bl.a. från kriterier enligt den i hälso- och sjukvården vedertagna modellen för risk- och händelseanalys utgiven av Sveriges Kommuner och Regioner.⁵⁵ Riskklassningen genomförs för respektive it-system ur tre perspektiv, effektivitet, patientsäkerhet samt data och systemsäkerhet. Enligt styrande dokumentation ska en årlig revidering av riskklassningen ske.

3.4.2 Systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete

Utgångspunkten för säkra nätverk och informationssystem är ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete. Karolinskas systematiska

⁵⁰ Rekommendation från Årsrapport 2017, id nr 29823 i Region Stockholms uppföljningssystem "Stödet".

⁵¹ Lag (2018:1174) för att säkerställa säkerheten i nätverk och informationssystem för samhällsviktiga tjänster.

⁵² Motsvarande granskning finns i Årsrapport 2023 för Danderyds sjukhus AB, Södersjukhuset AB och Södertälje sjukhus AB.

⁵³ Årsrapport 2018 Karolinska Universitetssjukhuset, RK 2018-0032, 2019-02-04.

⁵⁴ Enligt 23 § lag 2018:1174 ska leverantörer av samhällsviktiga tjänster utan dröjsmål anmäla sig till tillsynsmyndigheten.

⁵⁵ Utredning av risker - Handbok för metoden riskanalys, Sveriges Kommuner och Regioner, tredje upplagan, 2019. Uppdaterad 2022.

informationssäkerhetsarbete utgår från Region Stockholms ledningssystem för informationssäkerhet (LIS)⁵⁶, vilket är baserat på ISO 27001.⁵⁷

Regionens LIS tar inte uttryckligen upp NIS-lagen, men i fullmäktiges riktlinjer för informationssäkerhet finns uppmaning om att komplettera med lokalt anpassade riktlinjer för att täcka eventuella gap. Karolinska har till viss del kompletterat regionens LIS med lokala riktlinjer.

Vid tidpunkten för granskningen var tjänsten som informationssäkerhets-samordnare, vars uppgift är att samordna och följa upp arbetet kring informationssäkerhet på sjukhuset, vakant. För närvarande agerar säkerhetschefen som tillförordnad informationssäkerhets-samordnare. Representanter för Karolinska har uttryckt att tjänsten ska tillsättas så fort som möjligt.

För varje informationssystem på Karolinska finns en systemägare som är ansvarig för att införa, förvalta, följa upp och utvärdera säkerhetsåtgärder kopplade till systemet och NIS-lagen. Ägare av it-system ansvarar för att bedömning sker via deklaration i Compliance-portalerna.⁵⁸ Behov av säkerhetsåtgärder för respektive system görs i samråd med ägare av it-system och verksamhetschef. Vidare finns informationssäkerhetskoordinatorer utsedda inom respektive tema, funktion och stab.

NIS-lagen anger att leverantörer av samhällsviktiga tjänster ska bedriva ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete avseende de nätverk och informationssystem som de använder för att tillhandahålla samhällsviktiga tjänster. Sjukhuset genomför riskanalyser med fokus på informationssäkerhet och nätverk vid behov, t.ex. i samband med att sårbarheterna deklarerar i Complianceportalerna och vid implementering och uppdatering av system. Riskanalyser genomförs av respektive systemägare. Revisionens granskning har inte omfattat genomgång av riskanalyser.

Karolinska har planer på att införa en årlig riskhanteringsworkshop tillsammans med informationssäkerhetskoordinatorerna. Sjukhuset uppger att det finns behov av att utveckla processer för riskhantering, exempelvis en effektivare aggregering av risker från verksamhet upp till ledningsgrupp och vidare till central, regionstyrelsenivå. Karolinska saknar dock en generell överblick av risker kopplade till leverantörerna, eftersom ansvaret för anskaffningsprocessen ligger på de enskilda systemägarna. Regionens stöddokument används för kravställning vid upphandling och inköp av IT-system. En it-säkerhetsbilaga med tillämpningsanvisningar för Karolinska är under framtagande.

⁵⁶ Ledningssystemet ges av Policy – Verksamhetsskydd, RS 2020-0147, 2021-11-17 samt Riktlinjer för informationssäkerhet RS 2020-0148, 2021-11-17 inklusive tillhörande tillämpningsanvisningar och vägledningar.

⁵⁷ ISO 27001 standarden ger ett ramverk för hur man implementerar ett LIS som skyddar informationstillgångarna och ger en IT-process som är lättare att hantera, mäta och förbättra.

⁵⁸ Compliance-portalerna är Region Stockholms it-stöd för systematiskt informationssäkerhetsarbete.

3.4.3 Roller och ansvar

Granskningen visar att det på central nivå i region Stockholm finns styrdokument med en fördelning av roller och ansvar där ledningens och övriga organisationers ansvar avseende informationssäkerhetsarbetet beskrivs, inklusive NIS.

Enligt central riktlinje ansvarar ägare av it-system och verksamhetschef för efterlevnad av de informationssäkerhetskrav som ställs av regionen respektive Karolinska. Informationssäkerhetssamordnaren följer upp genomförande via Compliance-portalen.

Dokumentation om informationssäkerhet finns tillgänglig för samtliga medarbetare via Karolinskas intranät inklusive länkar till information på Region Stockholms intranät. Sjukhuset tillhandahåller även en teams-yta för dokumentation och utbildningsmaterial kopplat till informationssäkerhetskoordinatorers uppdrag. Verksamhetschefen ansvarar för att samtliga medarbetare genomgår Region Stockholms och Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSB) digitala informationssäkerhetsutbildning (kallad DISA)⁵⁹. Utvärdering av om utbildningar genomförs sker för närvarande inte systematiskt inom sjukhuset. Sedan 2018 har Karolinska en rekommendation om att säkerställa att alla anställda genomgår utbildningen.⁶⁰ Revisionens uppföljning i samband med årsgranskningen visar att 66 procent av alla anställda har gått utbildningen.

3.4.4 Avvikelse- och incidenthantering

NIS-lagen uttrycker att leverantörer av samhällsviktiga tjänster ska vidta lämpliga åtgärder för att förebygga och minimera verkningar av incidenter som påverkar nätverk och informationssystem som de använder för att tillhandahålla samhällsviktiga tjänster. Åtgärderna ska syfta till att säkerställa kontinuiteten i tjänsterna.

Sjukhusets nätverk ägs och underhålls av Serviceförvaltning IT (SF IT), vid fastighets- och servicenämnden. Regionens fastighetsbolag Locum är fastighetsvärd för vissa byggnader och ansvarsfördelning beträffande fastighetssystem (hissar, ventilation, inpasseringssystem m.m.) är fördelat mellan Locum och sjukhuset. I de nya sjukhusbyggnaderna i Solna ansvarar Coor för drift och service. När det gäller Karolinskas nätverk (inklusive drift) är många aktörer inblandade med ansvar för olika delar av NIS; Locum, Coor, regionledningskontoret samt SF IT. Intervjuade på flera av de granskade sjukhusen uppfattar att det inte finns någon formell ansvarsfördelning dokumenterad mellan de olika aktörerna gällande informationssäkerhet generellt eller NIS mer specifikt.

⁵⁹ Utbildningen bygger på MSB:s utbildning och tillhandahålls via Region Stockholms digitala lärplattform Läratorget.

⁶⁰ Rekommendation från Årsrapport 2018, id nr 29852 i Region Stockholms uppföljningssystem "Stödet".

Regionledningskontorets avdelning strategisk IT har en särskild funktion (CERT⁶¹) som hanterar en stor del av monitoreringen för nätverken. CERT har, i mån av tid och prioritering, varit behjälpliga med penetrationstester och sårbarhetsskanningar. En del sårbarhetsskanningar sker löpande och rapporteras till informationssäkerhetssamordnare för hantering. CERT-verksamheten stödjer även Karolinska i arbetet med att skydda nätverksmiljön genom att samla in, behandla och analysera information och data. CERT:en granskar även brandväggsloggar. Dokumenterad kontaktväg mellan sjukhuset och CERT-funktionen finns.

Anmälan av incidenter som faller under NIS-direktivet⁶² ska göras av Major Incident Manager (MIM). MIM bedömer tillsammans med chefsläkare i beredskap och informationssäkerhetssamordnare om NIS-rapportering till MSB är aktuellt. Inom Karolinska pågår uppdatering av riktlinje och rutin för hantering av NIS-incidenter. I nuläget finns ingen formaliserad rutin för övning av incidentplanerna.

Enligt NIS-lagstiftningen ska verksamheten säkerställa kontinuitet i samhällskritiska system vid olika typer av incidenter. Sjukhuset bedömer behov av kontinuitet för de samhällsviktiga tjänsterna via riskklassning och deklaration i Complianceportalen. Det huvudsakliga ansvaret för att säkerställa kontinuitet i tjänsterna vilar på respektive systemägare. Återställningsrutiner finns för de verksamhetskritiska systemen. Det är chefsläkare i beredskap som utgör sjukhusets Tjänsteman i beredskap (TiB). Vid särskild eller extraordinär händelse blir TiB:en inkallad och är delaktig i incidenthanteringsprocessen. För att säkerställa att Karolinska har förmåga att upprätthålla kontinuitet har katastrofövningar genomförts. Katastrofövningarna har dock inte inkluderat it- och informationssäkerhet.

3.4.5 Bedömning

Revisionens samlade bedömning är att Karolinska delvis säkerställer att det finns följsamhet till NIS-direktivet och att sjukhuset behöver arbeta systematiskt för att stärka skyddet av sjukhusets kritiska informationssystem och nätverk.

Revisionen bedömer att nämnden behöver säkerställa att en åtgärdsplan tas fram med nyckelkontroller (t.ex. risk- och sårbarhetsarbetet, hantering och övervakning av informationssystem och nätverk, systemförvaltning och systemägaransvar) för att säkerställa efterlevnad av NIS-direktivet.

Revisionen noterar att sjukhuset till viss del har kompletterat regionens LIS med lokala riktlinjer men bedömer att det finns behov av att säkerställa att lokal dokumentation harmonierar med centrala styrdokument.

⁶¹ Computer Emergency Response Team.

⁶² 18 § lag 2018:1174 uttrycker att leverantörer av samhällsviktiga tjänster ska utan onödigt dröjsmål rapportera incidenter som har en betydande inverkan på kontinuiteten i den samhällsviktiga tjänst som de tillhandahåller till tillsynsmyndighet som regeringen bestämmer. Regeringen har beslutat att rapportering ska ske till MSB.

När den centrala tjänsten som informationssäkerhetssamordnare tillsätts bedömer revisionen att förutsättningarna ökar för Karolinska att bedriva ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete.

Revisionen delar Karolinskas uppfattning att det finns behov av att utveckla sjukhusets processer för en mer samlad riskhantering som omfattar alla nivåer inom sjukhuset. Revisionen menar att även uppföljning av riskhantering bör ingå, inklusive sådana risker som är kopplade till leverantörer.

Ansvar för ett tillgängligt nätverk är fördelat mellan Karolinska, Locum och SF IT på liknande sätt som ansvaret är fördelat för fastighetssystem och skal-skydd. Denna granskning har dock enbart omfattat akutsjukhusen och det har inte ingått i granskningen att närmare utreda ansvarsförhållandena i relation till övriga aktörer. Revisionen vill dock uppmärksamma Karolinska och övriga akutsjukhus på att det finns ett behov av att tydliggöra ansvarsförhållanden och samverkansformer.

Revisionen bedömer att ledningen för sjukhuset behöver utveckla struktur och systematik kopplat till utredning och övning av kontinuitetsplanerna. Revisionen noterar att diskussioner pågår i syfte att införa en formaliserad rutin för övning. Återställningsrutiner finns för de verksamhetskritiska systemen. Eftersom it- och informationssäkerhet i nuläget inte ingår i katastrofövningarna bedömer revisionen att centrala aspekter på it- och informationssäkerhet riskerar att förbises.

Medarbetare ska genomföra en obligatorisk informationssäkerhetsutbildning, DISA, i samband med anställning. Revisionens rekommendationsuppföljning visar att utbildningen genomförs av ca 65 procent, vilket inte är helt tillräckligt. Ledningen behöver säkerställa en systematisk följdning av utbildningar genomförs för att kunna avgöra sjukhusets mognadsgrad i förmåga att följa upp efterlevnad inom informationssäkerhet.

Revisionen bedömer vidare utifrån den information som framkommit att rekommendationen från en tidigare granskning om att det grundläggande informationssäkerhetsarbetet ska omfatta samtliga verksamheter på alla nivåer är delvis uppfylld.⁶³

Revisionen planerar att under 2023 granska om det systematiska informationssäkerhetsarbetet vid Karolinska sker i enlighet med lagstiftning och fullmäktiges krav.

Rekommendationer

- Nämnden bör säkerställa att en åtgärdsplan tas fram med nyckelkontroller (t.ex. risk- och sårbarhetsarbetet, hantering och övervakning av

⁶³ Rekommendation från Årsrapport 2018, id nr 29851.i Region Stockholms uppföljningssystem "Stödet".

informationssystem och nätverk, systemförvaltning och systemägaransvar) för att säkerställa efterlevnad av NIS-direktivet.

- Ledningen bör utveckla rutiner för systematisk uppföljning av att informationssäkerhetsutbildningar genomförs av alla anställda.
- Ledningen bör säkerställa att det finns en systematik så att kontinuitetsplaner övas regelbundet med avseende på informationssäkerhet.

3.5 Bisysslor

Revisionen har granskat Karolinskas interna styrning och kontroll i hanteringen av anställdas bisysslor. Granskningen innefattar sjukhusets arbete med att identifiera risker inom området, att det finns styrdokument som förtydligar ansvaret för inlämning och bedömning av bisysslor samt om sjukhuset följer regelverket avseende insamling och bedömning av bisysslor. Med otillåtna bisysslor menas bisysslor som är förtroendeskadliga, konkurrerande eller arbetshindrande.

3.5.1 Det finns styrdokument, anvisningar samt ett bisyssleråd

Det finns en regional tillämpningsanvisning för bisysslor och den gäller för samtliga nämnder och bolag.⁶⁴ I anvisningen definieras vad som räknas som en bisyssla. Av anvisningen framgår att medarbetaren är skyldig att på eget initiativ lämna uppgifter om bisysslor till sin arbetsgivare. Det görs i det personaladministrativa systemet Heroma. Arbetsgivaren ska sedan fatta beslut om bisysslan ska godkännas eller inte.

Karolinska har tagit fram en kompletterande riktlinje till regionens tillämpningsanvisning, vars syfte är att specificera hanteringen av bisysslor vid sjukhuset. På sjukhuset finns även ett bisyssleråd som enligt riktlinjen finns tillgängligt för att agera rådgivande och ge stöd i bedömning av bisysslor. Detta för att få en likvärdig och konsekvent bedömning av medarbetarnas bisysslor.

3.5.2 Bisysslor finns inte med i sjukhusets riskanalys

Risker kopplade till bisysslor har inte identifierats eller dokumenterats i nämndens internkontrollplaner eller underliggande riskanalyser under åren 2021 och 2022. Däremot har sjukhusets Compliance Officer arbetat med bisysslor som en risk under de två senaste åren. Arbetet har bland annat resulterat i de lokala tillämpningsanvisningarna, inrättande av bisysslerådet samt systematiska informationskampanjer på sjukhuset för att öka medvetenheten om att bisysslor måste anmälas.

3.5.3 Inte alla anställda har anmält bisyssla

I granskningen konstateras att det finns systemstöd på Karolinska för att registrera och besluta om en bisyssla.

⁶⁴ Tillämpningsanvisningar bisysslor, Region Stockholm, LS 2017-1339, 2018-04-25.

Heroma ger möjlighet till en överblick över anmälningsgraden av bisysslor, hur många som har en bisyssla och vilken typ av bisyssla. Granskningen visar att av de anställda på Karolinska är det 24 procent som inte besvarat frågan i Heroma om de har någon bisyssla. Sjukhuset har inte gjort några kontroller av förekomsten av bisysslor.

3.5.4 Avstämning mot Bolagsverkets register visar bristande följsamhet
I granskningen har även data från sjukhusets personaladministrativa system tagits fram när det gäller antalet anställda ledningspersoner, antalet anställda som har en läkartjänst samt antalet anställda inom inköps- och upphandlingsfunktioner. Det rör sig om 2 906 personer. En registeranalys över förekomsten av bisysslor för dessa personer har genomförts. Kontrollen har skett gentemot Bolagsverkets register där aktiva engagemang valts ut. 1 752 aktiva engagemang har identifierats. Det vanligaste för de anställda inom den utvalda gruppen är att ha engagemang i ett privat aktiebolag (1 300 personer) följt av enskild firma (205 personer) och bostadsrättsförening (173 personer). Utöver resultatet från matchningen mot Bolagsverkets register har stickprov ur Heroma tagits på 30 anställda för att kontrollera om de bisysslor som fanns i Bolagsverkets register har dokumenterats i Heroma i enlighet med riktlinjerna. Av de 30 anställda var det 18 anställda som registrerat att de har bisyssla. Sju har besvarat frågan i Heroma men angett att de inte har någon bisyssla, trots att så är fallet. Fem anställda har inte besvarat frågan i Heroma.

Av de 18 som registrerat att de har en bisyssla har avstämning skett mot informationen från Bolagsverket. Jämförelsen visar att endast sex av de anställda uppgett de engagemang som fanns hos Bolagsverket. Övriga tolv har registrerat någon annan typ av bisyssla alternativt endast registrerat något/några av de engagemang som finns.

Med utgångspunkt i matchningen mot Bolagsverkets register har även en kontroll gjorts av om de bisysslor som identifierats hos anställda också förekommer i sjukhusets utbetalningar. I de 30 stickproven ingår 15 bolag. Av dessa var det ett bolag varifrån sjukhuset gjort ett inköp under granskningsperioden. Den anställde som är knuten till bolaget förekommer inte som attestant men som referens på fakturan. Den anställde har inte uppgett bisyssla i Heroma.

3.5.5 Bedömning

Revisionen bedömer att sjukhuset har tillräckliga och uppdaterade styrdokument för bisysslor, vilka finns både på regional- och på sjukhusnivå. Det finns även ett bisyssleråd och Compliance Officer har också arbetat med frågan under året. Genom att bedömningen av bisysslor sker i ett system, Heroma, med spårbarhet i godkännande och flöde finns förutsättningar att säkerställa följsamheten till rutiner och riktlinjer, förutsatt att samtliga bisysslor anmäls och registreras i systemet samt att kontroller utförs. Om arbetsgivaren inte har kännedom om bisysslan kan ingen bedömning göras av om bisysslan är tillåten eller inte.

Den samlade bedömningen är därför att sjukhuset behöver stärka den interna kontrollen när det gäller hanteringen av anställdas bisysslor genom att säkerställa att samtliga anställda anmäler i Heroma om de har bisyssla eller inte. Ett utvecklingsområde är också att på ett mer systematiskt sätt arbeta med riskanalyser inom olika verksamheter för att identifiera risker avseende bisysslor.

Rekommendation

- Ledningen för Karolinska bör säkerställa att samtliga anställda anmäler i Heroma om de har bisyssla eller inte, enligt gällande riktlinjer och anvisningar.

3.6 Intäktsprocessen

Revisionen har granskat om Karolinska universitetssjukhuset säkerställer att det sker en korrekt redovisning av intäkter. Granskningen har omfattat intäkter från avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden samt från utomläns- och utlandspatienter. Även intäktsprocessen inom funktionen MDK har granskats översiktligt. Intäkterna avser utförd vård. Ersättningen enligt sjukhusets huvudavtal med hälso- och sjukvårdsnämnden är till 40 procent rörlig och övriga avtal har helt rörlig ersättning. Sjukhuset är beroende av att vårdinsatser registreras korrekt för att sjukhuset dels ska få ersättning för utförd vård, dels för att vården ska kunna följas upp. Vården registreras med olika DRG-koder som via det DRG-poängpris som avtalats genererar en intäkt.

Sjukhuset utgår från respektive avtal när ersättningen ska beräknas och faktureras. Vård av utomläns- och utlandspatienter faktureras enligt särskilda prislistor. Karolinska har gjort en kartläggning av intäktsprocessen.

Registrering görs av medicinska sekreterare och utgår från den diagnos som ställts av läkare. För att rätt DRG-poäng ska genereras krävs att läkaren utförligt dokumenterar huvuddiagnos, bidiagnos och behandlande åtgärder.

För att säkerställa korrekt registrering av utförd vård finns det dels på sjukhusövergripande nivå en stödfunktion för klassificering, dels s.k. klassifikationskoordinatorer och klassificeringsansvarig läkare inom tema/funktion. Därutöver finns inom de olika medicinska enheterna klassificeringsansvariga medicinska sekreterare. Det finns uppdragsbeskrivningar för samtliga roller.

Stödfunktionen har ansvar för att ta fram anvisningar för DRG-registrering, informera och utbilda personal samt även att göra uppföljningar. Sjukhuset har tagit fram praktiska anvisningar för vårdregistrering i den s.k. DRG-kokboken. Revisionens översiktliga granskning visar att den ger tillräckliga förutsättningar för korrekt registrering.

Det finns flera kontrollfunktioner. När uppgifter förs över från journalsystemet TakeCare till hälso- och sjukvårdsförvaltningens centrala register Gemensamt vårdregister genereras fellistor över de uppgifter som inte gått att överföra korrekt. Medicinska sekreterare korrigerar felen i journalsystemet. I den kvartalsvisa uppföljningen mellan sjukhuset och hälso- och sjukvårdsförvaltningen görs avstämning av produktionsutfall.

Sjukhusledningen beslutade i början av 2022 att kontrollera DRG-registreringen. Stödfunktionen har samordnat lokala journalgranskningar. Revisionen har tagit del av resultatet för första halvåret 2022. I snitt har 14 procent av alla slutenvårdstillfällen granskats. På total nivå är det en låg förekomst av avvikelser och felaktigheter. Det finns dock variationer mellan teman och funktioner, vilket sjukhuset bör ta hänsyn till när kontrollerna genomförs.

Revisionen har inom ramen för en granskning av intern styrning och kontroll inom MDK översiktligt granskat intäktprocessen inom MDK. Revisionen har uppmärksammat att det finns ett behov av att utveckla riktlinjer och mallar samt att tydliggöra ansvarsfördelningen. Vidare finns begränsade möjligheter till automatiska kontroller i det faktureringsystem som används, Bill, vilket bl.a. leder till manuellt arbete för att rätta fel.

3.6.1 Bedömning

Revisionen bedömer att Karolinska har en tillräcklig intern kontroll av intäktprocessen för utförd vård. Revisionen bedömer vidare att de kontroller och uppföljningar som sjukhuset gör är tillräckliga.

3.7 Ledningsnära kostnader och representation

Revisionen har granskat sjukhusets rutiner för ledningsnära kostnader och representation. Granskningen omfattar s.k. förtroendekänsliga fakturor. Det handlar om representation, kurser och konferenser samt resor. I granskningen har attest och redovisning granskats, men också att aktiviteten är förenlig med sjukhusets riktlinjer. Ett stickprov på 16 fakturor avseende perioden september till december har tagits. En granskning av perioden januari till augusti avrapporterades i delrapporterings-PM för 2022.⁶⁵

Samtliga 16 fakturor i den nu genomförda granskningen var attesterade av behöriga attestanter, men i två fall var attestanterna inte oberoende eftersom de själva hade deltagit i aktiviteten. För 7 av 16 fakturor finns inga avvikelser. I övriga fall finns brister som t.ex. att syftet för aktiviteten saknas eller inte är tydligt beskrivet, att deltagarförteckningar inte är bifogade samt att kontering respektive momsavdrag är felaktiga.

3.7.1 Bedömning

Revisionen bedömer att de ledningsnära kostnaderna till sin inriktning och omfattning är rimliga. En viss förbättring har skett jämfört med tidigare stickprov under 2022, men den interna kontrollen av förtroendekänsliga poster behöver fortsatt stärkas. Rekommendationen kvarstår om att ledningen bör stärka den interna kontrollen för att säkerställa att erforderliga underlag bifogas s.k. förtroendekänsliga poster.⁶⁶

⁶⁵ Delrapporterings-PM 2022 för Karolinska universitetssjukhuset, RK 2022-0024, 2022-10-20.

⁶⁶ Rekommendation med id 67875.

3.8 Avrapporterade granskningar i delrapporterings-PM

Delar av årets granskning har tidigare avrapporterats i delrapporterings-PM för nämnden. Nedan sammanfattas väsentliga iakttagelser från denna PM.

3.8.1 Granskning av inköp och upphandling

Revisionen följde i samband med delårsgranskningen upp fyra rekommendationer som lämnades 2017 inom inköp och upphandling. Rekommendationerna har följts upp årligen.

Rekommendationerna bedömdes, liksom 2020 och 2021, som delvis åtgärdade. Revisionen bedömde 2021 att sjukhuset vidtagit åtgärder som lett till tydligare riktlinjer och rutiner. Dessa behöver få genomslag i tillämpningen och den interna kontrollen avseende inköp och upphandling behöver i likhet med tidigare år fortsatt stärkas. Denna bedömning kvarstod i delårsuppföljningen 2022. Sjukhuset behöver framför allt se till att det på ett enkelt sätt går att verifiera att det finns avtal för de inköp och fakturor som godkänts och betalats för att kunna säkerställa att dessa stämmer överens med avtalade priser. Även dokumentationen av direktupphandlingar behöver stärkas så att den överensstämmer med sjukhusets rutiner och regionens riktlinjer.

Revisionen vill även peka på att det handlar om åtgärder som bidrar till förbättrade förutsättningar för att sjukhuset ska kunna göra affärsmässiga inköp och minska risken för oegentligheter.

3.9 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende den interna styrningen och kontrollen. I bilaga 1 och 2 framgår hur rekommendationerna har hanterats. Uppföljning av några av dessa kommenteras i avsnitten 3.4 och 3.7. Därutöver framgår i bilaga 1 och 2 hur rekommendationerna har hanterats.

4 Räkenskaper

I detta avsnitt görs en bedömning av om nämndens 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 bokföringsposter.

Avvikelser har noterats när det gäller redovisningen av externa bidrag för projekt enligt nedan.

4.1.1 Projektredovisning – externa bidrag:

Revisionen har i granskningen av bokslutet för 2022 funnit att poster avseende externa bidrag bokförts på balansräkningen utan att det finns grund för det. Det handlar det om sju poster på sammanlagt 48 mnkr, varav 26 mnkr var balansförda redan 2021. Sjukhuset uppger dock att man inte har rättat felet eftersom man fortfarande inte funnit någon praktisk lösning på hur finansieringen av berörda forskningsprojekt ska kunna säkras om projektmedlen i stället skulle intäktsredovisas 2022. Sjukhuset har under 2022 påbörjat en genomgång av samtliga projekt med skuldförda medel. Genomgången förväntas bli klar i maj 2023.

En särskild granskning som avrapporterades i delårsrapporten 2021 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. Revisionen noterar i samband med årsgranskning att sjukhuset har beslutat om uppdaterade riktlinjer.

Revisionen konstaterar att Karolinska inte har åtgärdat projektmedel som revisionen i granskningen noterat som felaktigt skuldredovisade i årsbokslutet 2022.⁶⁷ Revisionen konstaterar därmed att rättelse utifrån god redovisningssed inte har skett. Beloppet i årsbokslutet 2022 som uppgår till 48,3 mnkr är inte betydande och påverkar inte revisionens sammantagna bedömning att Karolinskas räkenskaper är rättvisande.

4.2 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Revisionen har granskat löneprocessen samt anläggningsredovisningen utan väsentliga iakttagelser.

4.3 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.

⁶⁷ Årsrapport för Karolinska universitetssjukhuset 2021, RK 2021-0024.

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 2022

Karolinska Universitetssjukhuset

Inköp och upphandling

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29823 Från rapport 2017 Årsrapport Tidigare ID 1127	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 kontroll av faktura mot avtal/ramavtal. Detta gäller särskilt oberoende kontroller av fakturerade konsultkostnader och kostnader för inhyrd personal.	●	Delår 2022 Det pågår ett arbete på sjukhuset att möjliggöra uppföljning även av inköp utan formell beställning i inköpssystemet (så kallade vilda inköp). Under hösten 2022 är planen att det ska finnas en rapport i Tableau som kommer att synliggöra denna typ av inköp. Revisionens granskning kopplat till inköp har visat att den interna kontrollen kopplat till inköp i likhet med tidigare år fortsatt behöver stärkas. Rekommendationen kvarstår därför som delvis åtgärdad. I samband med delåret 2022 har rekommendationen delvis formulerats om då den slagits samman med rekommendation 29834, som behandlar konsultkostnader och kostnader för inhyrd personal.
29829 Från rapport 2017 Årsrapport Tidigare ID 1218	Nämnden bör säkerställa att undantag från konkurrensutnyttjande i upphandlingslagstiftningen tolkas restriktivt.	●	Delår 2022 Det finns interna regler kopplade till direktupphandling. De stickprov som revisionen har tagit på vissa genomförda direktupphandlingar visar på bristande följsamhet till rutinerna. Den interna kontrollen kopplat till inköp och upphandling behöver i likhet med tidigare år fortsatt stärkas. Rekommendationen kvarstår därför som delvis åtgärdad.
29839 Från rapport 2017 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att rutiner och arbetssätt för dokumentation av direktupphandlingar uppfyller krav i lagstiftning.	●	Delår 2022 Det finns framtagna rutiner för hur direktupphandlingar ska

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Tidigare ID 1231			<p>gå till men revisionens stickprovsgranskning visar att rutinerna inte följs. Bedömningen är att den interna kontrollen kopplat till inköp i likhet med tidigare år behöver stärkas. Rekommendationen kvarstår därför som delvis åtgärdad.</p>

IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29851 Från rapport 2018/8 Projektrapport Tidigare ID 1362	Nämnden bör säkerställa att det grundläggande systematiska informationssäkerhetsarbetet omfattar samtliga verksamheter på alla nivåer.	●	ÅR 2022 Karolinska rapporterar compliance-deklarationer i stor utsträckning har utförts, men att handlingsplanen för informationssäkerhet inte är genomförd fullt ut. Vidare visar revisionens granskning i samband med årsrapporten att Karolinska endast delvis säkerställer följsamhet till det s.k. NIS-direktivet om cybersäkerhet för samhällsviktiga tjänster. Revisionen bedömer sammantaget att Karolinska behöver fortsätta att utveckla det systematiska informationssäkerhetsarbetet för att säkerställa kontinuitet och följsamhet från central nivå ut till enskilda verksamheter. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
29852 Från rapport 2018/8 Projektrapport Tidigare ID 1363	Nämnden bör säkerställa att samtliga anställda genomgår regionens utbildning för informationssäkerhet.	●	ÅR 2022 Uppföljningen visar att under 2022 har 66 procent av de anställda genomfört utbildningen. Revisionen bedömer att Det bör vara möjligt för Karolinska att nå 90 procent. Karolinska planerar fortsatta informationsinsatser till chefer och medarbetare. Uppföljning av deltagande ska ske månadsvis 2023. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.

Personal

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

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29870 Från rapport Projektrapport 2018/11 Tidigare ID 1446	Nämnden bör ta fram indikatorer som gör det möjligt att följa utvecklingen av arbetsmiljön över tid.	●	ÅR 2022 Under året har sjukhuset fortsatt arbetet med arbetsmiljön. Skyddskommittéer är under implementering/ förädling inom ramen för samverkan. Ett digitalt stöd för arbetsmiljöarbetet håller på att implementeras. När det gäller indikatorer på nämndnivå baseras dessa fortsatt på MBU och HR-data. Det pågår ett arbete för att komplettera indikatorerna med ytterligare indikatorer. Rekommendationen kvarstår därför som delvis åtgärdad.

Säkerhet




Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29862 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1435	Nämnden bör säkerställa att risk- och sårbarhetsanalys samt kontinuitetsplanering genomförs.	●	ÅR 2022 En policy finns för kontinuitetsplaneringen. Alla verksamheter har en kontinuitetsplanering i form av s.k. åtgärds-kort som nu behöver uppdateras för att efterleva policyn. Några verksamheter har kommit långt och dessa används som exempel i arbetet med att implementera policyn i verksamheten i stort. Rekommendationen betraktas som delvis åtgärdad.
59693 Från rapport 2020 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att erfarenheterna från pandemin tas tillvara i reviderade styrdokument för krisberedskap och att uppdatering sker i samverkan med hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen för att säkerställa enhetlighet i väsentliga begrepp och definitioner.	●	ÅR 2022 Uppföljningen visar att Karolinska under 2022 har reviderat den kris- och katastrofmedicinska beredskapsplanen. Revisionens översiktliga granskning visar att sjukhuset i denna revidering och i tidigare revideringar successivt har omhändertagit erfarenheter från pandemin samt att man har följt regionala styrdokument. Revisionen bedöms som åtgärdad.

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2022

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 2022 Under året har implementeringen av Händelsevismodulen "Synpunkter och klagomål" via 1177 genomförts. Rekommendationen anses därför vara åtgärdad.
77975 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör på övergripande nivå löpande följa upp arbetet med risker och avvikelser samt hur inrapporteringen ser ut för olika yrkeskategorier		ÅR 2022 Sjukhuset följer regelbundet upp risker och allvarliga vårdavvikelser inom ramen för patientsäkerhetsdialoger med ansvariga chefer. Antal ej avslutade avvikelser följs regelbundet upp för att förhindra att de blir liggande utan aktiva åtgärder. Under 2022 genomför sjukhuset en pilot inom ett tema för att på ett enklare sätt visualisera data från Händelsevis som kan underlätta analys. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
77976 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att utbildnings- och kompetenshöjande insatser genomförs när det gäller avvikelshanteringen		ÅR 2022 Sjukhuset erbjuder personalen regelbundet utbildningar i händelseanalys samt NITHA-verktyget. Det finns utbildningar för avvikelsehandläggare och sjukhuset erbjuder även individuellt stöd vid behov. Revisionen bedömer att rekommendationen är åtgärdad.

Regionrevisorerna

IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
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 2022 Revisionen noterar att Karolinska har en pågående översyn av organiseringen av arbetet med dataskydd. Karolinska anger att inom ramen för detta ska ansvar tydliggöras inklusive hur arbetet med dataskydd hänger samman med det systematiska informationssäkerhetsarbetet. Revisionens uppföljning visar att ledningen därutöver behöver säkerställa att det sker en regelmässig kontroll av hur GDPR efterlevs i verksamheterna. Rekommendationen bedöms vara delvis uppfylld.
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 2022 Revisionens uppföljning visar att det pågår diskussioner i sjukhusledningen om hur en central uppföljnings- och kontrollfunktion avseende behörigheter ska utformas. Arbetet väntas vara klart under första halvåret 2023. Vidare finns en rapport över utdelade behörigheter i visualiseringsverktyget Tableau som cheferna har tillgång till. Rekommendationen bedöms som delvis uppfylld.

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
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 2022 Det pågår ett arbete med att etablera en enhet för strategisk kompetensförsörjning. Den tidigare kompetensförsörjningsrapporten från 2021 kommer att uppdateras och innefatta även nuläge och prioriterade områden. Det pågår

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			även ett utvecklingsarbete av systemstöd för en sammanhängande strategisk kompetensförsörjningsprocess och piloter inom verksamheterna är planerade till början av 2023. Eftersom arbetet är pågående kvarstår rekommendationen som delvis åtgärdad.

Räkenskaper

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
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 2022 Revisionens granskning visar att avvikelser från god redovisningssed kvarstår. Karolinska meddelar att utredning pågår. Revisionen bedömer rekommendationen som delvis uppfylld.
59898 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att tillräckliga bokslutsspecifikationer och väsentliga bokföringsunderlag bifogas årsbokslutet.	●	ÅR 2022 Revisionen bedömer att underlagen till bokslutet är tillräckliga. Rekommendationen är därmed uppfylld.
67875 Från rapport 2021 Delrapport	Ledningen bör stärka den interna kontrollen för att säkerställa att erforderliga underlag bifogas s.k. förtroendekänsliga poster.	●	ÅR 2022 Genomförd stickprovskontroll visar på att den interna kontrollen har förbättrats, men att det fortfarande finns brister med avseende på bl.a. att syfte för aktiviteten saknas eller inte är tydligt beskrivet, att deltagarförteckningar inte är bifogade samt även att kontering respektive momsavdrag är felaktiga. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
67876 Från rapport 2021 Delrapport	Ledningen bör uppdatera styrande dokument så att de omfattar redovisning av projektmedel enligt god redovisningssed (formulering uppdaterad ÅR 2021).	●	ÅR 2022 Sjukhusdirektören har i januari 2023 beslutat om styrdokumentet Projektanvisningar Karolinska Universitetssjuk-

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			huset. Revisionen noterar att riktlinjerna refererar till Rådet för kommunal redovisnings (RKR) rekommendationer. Riktlinjen inklusive dess tillämpning kommer att följas i kommande granskningar av projektmedel. Rekommendationen bedöms som uppfylld.

Säkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
77977 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör revidera styrande dokument för det systematiska brandsäkerhetsarbetet i enlighet med MSB:s allmänna råd	●	ÅR 2022 Revisionen noterar att styrande dokument har uppdaterats. Vid revisionens genomgång av tillämpningsanvisning för systematiskt brandskyddsarbete per 2022-12-21 noterades dock att det finns ett behov av att se över reglerna med avseende på att säkerställa ansvar och roller är tydligt beskrivna samt att innehållet är lättillgängligt. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
77978 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör etablera ett ledningssystem för det systematiska brandskyddsarbetet som medger en överblick över brister och hur arbetet med att åtgärda dessa fortsätter.	●	ÅR 2022 Karolinska håller på att implementera ett systemstöd för egenkontroll av brandskydd. Implementeringen har startat med verksamheter i de gamla sjukhusbyggnaderna i Solna och kommer sedan att fortsätta med Huddinge under 2023. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
77979 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör under 2022 intensifiera utbildnings- och övningsverksamheten inom brandsäkerhetsarbetet för att säkerställa tillräcklig beredskap.	●	ÅR 2022 Tillgänglig statistik visar att utbildningsfrekvensen inte har ökat. Karolinska har bidragit till att regionen har ett avtal med en leverantör som erbjuder ett bättre stöd till utbildnings- och övningsverksamheten. Det är ännu inte klart hur den nya leverantörens stöd ska kunna tillgängliggöras, inklusive hur förvaltningar och bolag ska kunna erhålla

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			statistik på genomförda aktiviteter. Rekommendationen bedöms som delvis 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 2022 Det nya it-systemet som används vid utskrivning, Lifecare SP, har under året implementerats på sjukhuset. En ny stödfunktion, det geriatriska teamet, som guidar när det är oklart var en äldre patient ska remitteras eller hur utskrivningen ska gå till finns på plats sedan hösten 2022. Det finns också en enhet för utskrivningsstöd till vårdverksamheterna. Avvikelse hanteras enligt riktlinje för avvikelshantering. På Karolinskas intranät finns information till personalen rörande samverkan vid utskrivning samt avvikelshantering. Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.

Regionrevisorerna

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGSKRITERIER

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. Avvikelser kan förekomma.

Inte helt tillfredsställande

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

Otillfredsställande

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

Kommentar: Bristerna eller avvikelserna innebär att frågan om anmärkning eller avstyrt ansvarsfrihet bör prövas och ska kunna kopplas till en eller fler av nedanstående ansvarsprövningsgrunder¹:

- *Bristande måluppfyllelse – verksamhet*

¹ God revisionsred 2018

Regionrevisorerna

- *Bristande måluppfyllelse – ekonomi*
- *Ohörsamhet/obstruktion*
- *Icke lagenlig verksamhet, brottslig gärning*

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 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/uppfoljningsbara.
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.

Regionrevisorerna

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.

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 försvårar styrning, ledning, uppföljning och kontroll som därför måste åtgärdas snarast.

Kommentar: Bristerna eller avvikelserna innebär att frågan om anmärkning eller avstyrt ansvarsfrihet bör prövas och ska kunna kopplas till en eller fler av nedanstående ansvarsprövningsgrunder²:

- *Brister i styrning och intern kontroll av verksamhet*
- *Brister i styrning och intern kontroll av ekonomi*
- *Otillräcklig beredning av ärenden*
- *Obehörigt beslutsfattande*

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.

² God revisionssed 2018

Bedömningskriterier:**Rättvisande**

Räkenskaperna uppfyller i allt väsentligt bedömningsmålen. Avvikelse 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: Bristerna eller avvikelserna innebär att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas och ska kunna kopplas till ansvarsprövningsgrunden³ ej rättvisande redovisning.

³ God revisionsred 2018