

Delrapport 2021

Karolinska universitetssjukhuset

Karolinska universitetssjukhuset

Delrapport 2021
Karolinska universitetssjukhuset

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte 2021-10-21 att överlämna rapporten till nämnden för Karolinska universitetssjukhuset för yttrande senast 2022-02-04.

Nämndens synpunkter önskas särskilt om hur nämnden utifrån en analys av de samlade effekterna av pandemin på Karolinskas helårsresultat och den underliggande resultatnivån avser att säkerställa en strategi för ekonomi i balans på längre sikt.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande
Digital signering

Snezana Kronic
Sekreterare
Digital signering

Sammanfattning

I denna rapport ges en lägesrapport utifrån de granskningar som genomförts hittills under året inkl. en översiktlig granskning av nämndens delårsrapport. Rapporten är en delrapportering inför den slutliga avrapporteringen och bedömningen i årsrapporten för 2021.

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

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

Nämndens prognostiserade resultat exklusive coronarelaterade merkostnader uppgår till 614 mnkr. Detta prognostiserade resultat är 531 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelser i förhållande till budget har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i delårsrapporten. Revisionen bedömer nämndens prognos för det ekonomiska resultatet i allt väsentligt som rimlig. Pandemin bidrar dock till en större osäkerhet än normalt.

I nämndens delårsrapport framkommer att pandemin kan innebära risk för att verksamheten inte fullt ut kommer att kunna genomföras enligt fullmäktiges uppdrag och mål under året. Detta gäller särskilt tillgänglighetsmålen. Måluppfyllelsen har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i nämndens delårsrapport.

Revisionen bedömer nämndens prognos för det verksamhetsmässiga resultatet i allt väsentligt som rimlig.

Intern styrning och kontroll

Revisionen bedömer att nämndens vidtagna åtgärder för att nå en ekonomi i balans på kort sikt i huvudsak är tillräckliga. Karolinska universitetssjukhusets ekonomi har under 2021 påverkats av pandemin på ett sätt som gör det ekonomiska läget svårbedömt, även om rapporteringen till nämnden har inkluderat effekter av pandemin. Effekterna av pandemin bör även framgå i prognosen för helårsresultatet så att nämnden kan bedöma den underliggande resultatnivån och säkerställa en strategi för ekonomi i balans på längre sikt.

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

Revisionen bedömer utifrån en översiktlig granskning att sjukhuset har tillräckliga rutiner och system för att följa upp produktion och kvalitet samt för att analysera väsentliga avvikelser. Revisionen bedömer att åtgärder vidtagits

för att nå fullmäktiges mål för verksamheten men att pandemin påverkat måluppfyllelsen.

Vid hittills genomförda granskningar har avvikelser noterats när det gäller inköp och upphandling, ledningsnära kostnader och representation samt lönehantering. Dessa bedöms dock inte vara av sådan karaktär att de påverkar bedömningen av nämndens interna styrning och kontroll.

Räkenskaper

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

Innehåll

1	Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat - prognos per 2021-08-31	4
1.1	Ekonomi	4
1.2	Verksamhet	5
2	Intern styrning och kontroll	6
2.1	Ekonomistyrning	6
2.2	Verksamhetsstyrning	11
2.3	Risikanalys och plan för intern kontroll 2021	13
2.4	Uppföljning av rekommendationer gällande nämndens arbetsätt	19
2.5	Minskning av administrativa kostnader	20
2.6	Inköp och upphandling	20
2.7	Ledningsnära kostnader och representation	21
2.8	Lönehantering	22
2.9	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	22
3	Räkenskaper	23
3.1	Delårsrapport 2021-08-31	23
3.2	Externt finansierade projekt	23
3.3	Anskaffning och aktivering av tillgångar	25
3.4	Granskningar utan väsentliga iakttagelser	26
4	Yttrande över Årsrapport 2020	26
Bilaga 1	Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare års lämnade rekommendationer till nämnden	
Bilaga 2	Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare år lämnade rekommendationer till ledningen	
Bilaga 3	Yttrande över årsrapport 2020	

1 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat - prognos per 2021-08-31

1.1 Ekonomi

Resultat inklusive coronarelaterade merkostnader prognosticeras till 250 mnkr. Enligt fullmäktiges beslut¹ undantas merkostnader och minskade intäkter avseende covid-19 vid avstämningen av om budgeterade resultatkrav uppnåtts. Nämnden prognostiserar att de coronarelaterade merkostnaderna uppgår till sammanlagt 624 mnkr² varav nämnden har fått ersättning för 260 mnkr.

Nämnden prognostiserade resultat, exklusive coronarelaterade merkostnader, uppgår till 614 mnkr. Detta är 531 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav på 83 mnkr. I prognosen ingår extraordinära intäkter för coronarelaterade masstester med 615 mnkr. Budgeterat resultat för masstestning särredovisas inte, vilket försvårar analysen av vilken effekt detta har på utfallet för helåret. Ytterligare en faktor som innebär en skillnad jämfört med vad som normalt gäller är att Karolinska liksom övriga akutsjukhus för år 2021 undantagits från det årliga effektiviseringskravet enligt vårdavtalet, vilket motsvarar 324 mnkr i högre intäkter.³

I prognosen ingår kostnader för en produktion på 105 procent vilket inkluderar åtgärder för att minska uppskjuten vård. Enligt vårdavtalet ersätts inte Karolinska för produktion över 104 procent och motsvarande intäkter på 90 mnkr ingår därför inte i prognosen. Karolinska har en pågående dialog om detta med hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Karolinska räknar med att få ersättning för insatser för att minska köer som uppstått i och med att vård fått skjutas upp p.g.a. pandemin. Hälso- och sjukvårdsnämnden har fått ett extra anslag på 500 mnkr för att hantera uppskjuten vård.⁴ Bidraget ska täcka specifika kostnader för åtgärderna som t.ex. för inhyrd personal eller befintlig personal som arbetar övertid.⁵ Karolinska har hittills äskat 76 mnkr, vilket inte är inkluderat i prognosen.

Karolinskas utfall per augusti uppgår till 426 mnkr, vilket är 238 mnkr högre än budgeterat och 1 692 mnkr högre än resultatet för motsvarande period föregående år. Intäkterna för perioden har ökat med 1 713 mnkr jämfört med motsvarande period föregående år och 1 499 mnkr jämfört med budget. Detta är hänförligt till högre produktion och till högre försäljning av sjukvårdstjänster, framförallt när det gäller masstester, än budgeterat. Kostnaderna för

¹ RS 2021-0043

² Inklusive 10 mnkr finansiella kostnader.

³ Protokoll avseende årlig justering 2021 för Karolinska universitetssjukhuset, HSN 2019-1835, 2021-03-30.

⁴ RS 2020-0771

⁵ Beslut om fördelning av medel från satsningen på undanträngd och köställd vård till regionägda akutsjukhus (HSN 2021-1340), delegationsbeslut HDIR 21324, 2021-06-23.

perioden är 163 mnkr lägre jämfört med motsvarande period föregående år men är 1 221 mnkr högre än budgeterat. Detta beror i huvudsak på högre kostnader orsakade av coronapandemin för personal, material och köp av primära sjukvårdstjänster. Det sistnämnda är främst kopplat till laboratorieverksamheten (masstester).

Periodens investeringar uppgår till 162 mnkr. För helåret 2021 är prognosen 382 mnkr, vilket är i enlighet med budget. Nämnden har äskat ytterligare investeringsutrymme för den kommande tioårsperioden, se vidare avsnitt 2.1.2.

Bedömning

Avvikelser i förhållande till budget för perioden januari-augusti har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i nämndens delårsrapport. När det gäller förväntade avvikelser enligt prognosen för hela året är kommentarerna i rapporten kortfattade och revisionen har inhämtat kompletterande information. Revisionen bedömer nämndens prognos för det ekonomiska resultatet i allt väsentligt som rimlig, men konstaterar samtidigt att flera extraordinära omständigheter när det gäller såväl kostnader som intäkter påverkar prognosen för årets resultat 2021. Revisionen noterar att om effekterna av dessa engångsposter exkluderas skulle prognosen försämrats för helåret och utan dessa skulle sjukhuset inte nå resultatkravet.

1.2 Verksamhet

I likhet med 2020 har även 2021 till stor del präglats av coronapandemin.

Sjukhuset har kunnat hålla en hög produktion av ordinarie vård. Trots detta har sjukhuset köer till vård och prognosen för de två tillgänglighetsindikatorer⁶ som mäts under året är att sjukhuset inte kommer att nå upp till målnivå.

Revisionen kan konstatera att sjukhuset precis som i verksamhetsberättelsen för 2020 även i delårsrapporten satt upp ett eget mål, som sjukhuset uppnår, när det gäller indikatorn *förekomsten (prevalensen) av vårdrelaterade infektioner*. Det egna målet är högre än fullmäktiges målvärde. I samband med revisionens granskning av verksamhetsberättelsen för 2020 uppgav sjukhuset skälet till att sjukhuset sätter upp ett eget mål är att sjukhuset på grund av sitt uppdrag har en betydande andel infektionskänsliga patienter jämfört med de andra sjukhusen. Sjukhuset uppgav vidare att strävan efter att minska förekomsten av vårdrelaterade infektioner måste balanseras mot andra patientrisker; att markant minska antalet infektioner genom en alltför hög antibiotikaanvändning medför andra patientsäkerhetsrisker och det gör det enligt sjukhuset svårt att nå det regionala indikatorvärdet. Enligt sjukhuset hade sjukhuset informerat regionledningskontoret samt hälso- och

⁶ De två indikatorer som mäts är: Andel patienter som vistas högst 4 timmar på akutmottagning samt Andel patienter som får tid för behandling inom 90 dagar.

sjukvårdsförvaltningens kvalitetsansvariga om att fullmäktiges målvärde inte är anpassat efter Karolinskas patientgrupper.

När det gäller indikatorn *antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle* har Karolinska uppgett att prognosen för måluppfyllelse är att indikatorn kommer att uppnås. I kommentaren till indikatorn har Karolinska skrivit att sjukhuset inte kan mäta denna indikator. Enligt sjukhuset beror det på att uppgifterna om utskrivningsklara dagar registreras i ett system⁷ som inte är kompatibelt med Karolinskas system och som sjukhuset därför inte kan hämta data från.

Karolinska har fått fyra uppdrag tilldelade av regionfullmäktige. För tre av uppdragen är prognosen att uppdragen kommer att avslutas under året. För det fjärde uppdraget: Kostnadssänkande åtgärder beaktat lärdomar av nya arbetssätt under pandemin, står det som ej påbörjat och utan kommentar i delårsrapporten. Enligt Karolinska har man missat att rapportera, men uppdraget pågår enligt plan.

Bedömning

I nämndens delårsrapport framkommer att pandemin kan innebära risk för att verksamheten inte fullt ut kommer att kunna genomföras enligt fullmäktiges uppdrag och mål under året. Måluppfyllelsen har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i nämndens delårsrapport.

Revisionen bedömer styrelsens prognos för det verksamhetsmässiga resultatet i allt väsentligt som rimlig.

2 Intern styrning och kontroll

2.1 Ekonomistyrning

Nämnden har i delårsrapporten lämnat en prognos på 250 mnkr, exklusive coronarelaterade merkostnader, som innebär att fullmäktiges resultatkrav på 83 mnkr kommer att uppnås (se avsnitt 1.1).

Även under 2021 har coronapandemin haft stor påverkan på sjukhusets verksamhet och ekonomi, bl.a. genom att sjukhuset behövt disponera om resurser från ordinarie vårduppdrag till att vårda covid-patienter och klara övriga akuta flöden.

Nämnden har löpande fått information om det ekonomiska utfallet, inklusive coronarelaterade merkostnader, i relation till budget och prognoser för fortsättningen av året. Nämnden har på sammanträden i maj respektive september beslutat om tertiärrapport respektive delårsrapport. Effekter av pandemin på tertiär- och delårsresultatet framgår i rapporteringen till nämnden. För att underlätta för nämnden att bedöma den underliggande resultatnivån och

⁷ Systemet heter WebCare, och det planeras att ersättas av LifeCare.

därmed det ekonomiska läget för 2022 och framåt bör de samlade effekterna av pandemin även framgå i prognosen för helårsresultatet.

Revisionen noterar att Karolinskas månadsrapport till regionledningskontoret tillgängliggörs för nämnden i den digitala plattform som används för kallelse och distribution av handlingar till nämnden.

2.1.1 Utveckling av ekonomistyrningen

Nämndens ekonomistyrning under 2021 har utgått från information från sjukhusledningen. Sjukhusledningen har fördelat resultatansvar till teman och funktioner och sedan vidare till resultatansvariga verksamhetschefer. Produktionsplaneringen styr verksamheternas intäktsramar och resultatkrav. Verksamheternas resultat följs upp månadsvis av ledningen. Pandemin har medfört att resurser fått omfördelas mellan enheter samt att vissa enheter inte kunnat producera enligt plan.

Sjukhuset arbetar inte längre med centrala besparingsprogram som man gjorde under 2019. Sjukhusledningens styrning av verksamheterna fokuserar i stället på avvikelser i förhållande till verksamheternas resultatkrav. Avvikelser innebär att verksamheterna åläggs att ta fram åtgärdsplaner. Ingen central sammanställning av verksamheternas åtgärdsplaner görs.

Nämndens ekonomiberedning har följt ledningens arbete med olika sjukhusövergripande effektiviseringsåtgärder inom bl.a. läkemedel, lokaler och bemanning inklusive jourer. Ekonomiberedningen har i sin tur rapporterat till nämnden vid varje möte. Framför allt har det handlat om förbättrade uppföljningsprocesser med styrning utifrån nyckeltal (se nedan) som förväntas leda till att verksamheter och staber genomför effektiviseringar. Informationen har delgetts nämnden på ett övergripande plan, men nämnden har inte informerats om storleksordningen på de eventuella möjliga besparingar som har identifierats.

En granskning av Karolinskas produktions- och ekonomistyrning redovisades i revisionens årsrapport för 2020. Där bedömde revisionen sammantaget att sjukhusets styrning av produktion och ekonomi under 2020 hade förbättrats på flera punkter och att sjukhuset hade tagit steg mot en mer sammanhållen produktions- och ekonomistyrning med ytterligare förbättringar av budgetprocessen inför 2021. Revisionen lyfte även fram att Karolinska behövde säkerställa att arbetet med att förbättra produktions- och ekonomistyrningen leder till ekonomi i balans på sikt. Revisionen noterar att det på Karolinskas intranät finns två olika versioner av sjukhusets produktions- och ekonomistyrningsmodell publicerade på Karolinskas intranät.⁸ Det finns dels den som är beslutad av sjukhusdirektören hösten 2019 som nås via en länk från Stab

⁸ Sjukhusledningen uppger i samband med faktagranskningen att problemet har uppmärksamats och ska rättas till.

Ekonomi och inköp⁹, dels en version daterad våren 2021 som är länkad via Stab Vårdstöd och Teknik.¹⁰

Sjukhusledningen har inom ramen för det s.k. Projekt X under 2021 fortsatt driva ett arbete för att skapa enhetliga och effektiva sjukhusövergripande processer inom ekonomiområdet. Som ett led i detta arbete infördes en ny organisation för staben för ekonomi och inköp den 31 maj 2021. Även en ny investeringsprocess, se avsnitt 2.1.2, är ett resultat av detta arbete.

Organisationsförändringen inom ekonomistaben innebär bl.a. att sjukhusets controllerorganisation som tidigare varit decentraliserad till teman och funktioner samlats i en enhet, vilket ska innebära mer standardiserade arbetssätt i den finansiella uppföljningen. Vidare har en ny enhet etablerats med specialiserade controllrar för intäkter, sjukhusövergripande kostnader, investeringar m.m. Ytterligare en enhet har skapats för utveckling och data i syfte att förbättra informationsförsörjningen. Den särskilda inköpsfunktion som tidigare fanns inom Karolinska universitetslaboratoriet planeras att inom kort läggas ihop med den centrala inköpsavdelningen

Revisionen noterar att den ekonomiska styrningen ytterligare kommer att förändras under 2022. Verksamheterna kommer även fortsättningsvis att ha resultatkrav, men deras ekonomiska utfall kommer att jämföras mot rullande prognoser och referensvärden i stället för mot en fast budget för helåret. Syftet är att bättre kunna anpassa resursförbrukning och kostnader till att sjukhusets intäkter i stor utsträckning är rörliga.¹¹

2.1.2 Investeringsprocessen

Revisionen har översiktligt granskat Karolinskas investeringsprocess. Sjukhusledningen införde i mars 2021 en ny investeringsprocess. Målet med förändringarna är bl.a. ett effektivare resursutnyttjande på Karolinska samt att investeringarna ska styras av behov som prioriteras på sjukhusövergripande nivå, snarare än i en ramstyrd decentraliserad planering. Det finns inga indikatorer eller mätbara mål framtagna för vad som ska uppnås med den nya investeringsprocessen, men sjukhusledningen uppger att en utvärdering planeras våren 2022.

Alla investeringar, även uppgraderingar av utrustning, service, leasing- och hyresavtal som innebär att Karolinska ikläder sig ett ekonomiskt åtagande, ska beredas genom någon av de interna förvaltningarna för MT, IT respektive

⁹ Produktions- och ekonomistyrningsmodell v3.0, Karolinska universitetssjukhuset, K 2021-3005, 2021-04-28. Se <http://lis.sll.se/prod/karolinska/lis/verksamhetshandbok/CentralaStaber.nsf/8831d344796a5abdc1256bce0042d1a4/2ba86dea80858674c125849e00454d19?OpenDocument>. Hämtad 2021-09-30.

¹⁰ Se [http://lis.sll.se/Prod/karolinska/lis/verksamhetshandbok/CentralaStaber.nsf/vyHandBok/47367BC711F8C402C12586A70046C6F7/\\$File/LISEC2J226.pdf?OpenElement](http://lis.sll.se/Prod/karolinska/lis/verksamhetshandbok/CentralaStaber.nsf/vyHandBok/47367BC711F8C402C12586A70046C6F7/$File/LISEC2J226.pdf?OpenElement). Hämtad 2021-09-30. ¹¹ Planerings- och budgetprocess 2022, presentationsmaterial, Karolinska universitetssjukhuset, 2021-09-03.

¹¹ Planerings- och budgetprocess 2022, presentationsmaterial, Karolinska universitetssjukhuset, 2021-09-03.

fastighet på stab vårdstöd och teknik. Investeringsbeslut ska utgå från en behovsanalys. Framtida drifts- och avskrivningskostnader ska godkännas av den verksamhetsenhet som initierat investeringen. Verksamheterna kan skicka in långsiktiga investeringsplaner eller initiera enskilda investeringar via förvaltningarna. Slutlig beredning och prioritering av investeringar görs i Karolinskas investeringsråd. Det finns ett dokument som visar vilka moment som verksamheterna ska följa i den nya investeringsprocessen, men det framgår inte tydligt av dokumentet att det ska vara styrande och vem som har fattat beslut om att en ny process ska införas.¹²

Investeringsansökan från verksamheterna ska innehålla en investeringskalkyl, uppskattning av nyttor eller besparingar, kostnads- och intäktseffekter samt vilket medicinskt behov som investeringen möter. Även alternativa förslag och risker förknippade med investeringen och konsekvenser av att inte genomföra investeringen ska beskrivs i ansökan. Investeringsansökan ska godkännas av berörd verksamhetschef som i och med detta också tar ansvar för samtliga kostnader som investeringen för med sig under den tid som utrustningen ska användas. Investeringsansökan ska även godkännas av berörd internförvaltning.

Ledningen håller på att ta fram en investeringsstrategi som enligt plan ska presenteras för nämnden under första kvartalet 2022.

Karolinska har analyserat behovet av investeringar kommande år och funnit att det investeringsutrymme som ges i fastställd investeringsplan enligt fullmäktiges budget för 2021 inte räcker för de investeringar sjukhuset anser är nödvändiga. En förnyad bedömning av livslängden för viss medicinskteknisk utrustning visar att den behöver bytas ut tidigare än planerat p.g.a. patientsäkerhetsrisker, men även för att säkerställa tillräcklig kapacitet för att Karolinska ska kunna uppfylla sitt vårduppdrag och vara konkurrenskraftigt när det gäller uppdrag inom den nationella högspecialiserade vården. Vidare bedömer sjukhuset att det totala investeringsutrymmet behöver öka för att Karolinska ska kunna göra nyinvesteringar inom bl.a. it.

I budgetunderlaget för perioden 2022–2024 som behandlades på nämndens möte i maj, föreslås ökade investeringar för sjukhuset i början av planeringsperioden, jämfört med tidigare beslutad investeringsplan, och minskande fr.o.m. år 2026. Det totala investeringsbehovet ökar dock jämfört med föregående tioårsperiod. Förändringen handlar framför allt om att Karolinska bedömer att kostnaderna kan minska om sjukhuset i ökad utsträckning investerar i egen utrustning istället för att hyra den. Föreslagna investeringsramar för perioden 2022 - 2031 uppgår till totalt 8 800 mnkr. För åren 2022–2030 innebär det en ökning med 438 mnkr (5,9 procent) jämfört med den av fullmäktige tidigare beslutade investeringsplanen.

¹² Investeringsprocess för Karolinska, gällande från 2021-03-31. Hämtat 2021-09-24.
<http://lis.sll.se/prod/karolinska/lis/verksamhetshandbok/CentralaStaber.nsf/0/B4E3F916F7BFC9DEC12586A8003BFB94?OpenDocument>.

I budgetunderlaget anges att den föreslagna investeringsökningen innebär ökade avskrivningskostnader med ca 50 mnkr 2023 och sedan ytterligare ca 50 mnkr 2024. Det finns ingen explicit information i budgetunderlaget om de ökade kapitalkostnaderna ryms inom Karolinskas ekonomiska ramar, men sjukhusledningen uppger att så är fallet. Övriga driftskostnader bedöms inte öka, utan snarare minska eftersom det pågående arbetet med att centralisera investeringsprocessen ska innebära bättre kontroll även över kostnader för andra ekonomiska åtaganden som serviceavtal. Det framgår av protokollet för mötet i maj att nämnden ställt frågor på budgetunderlaget, frågor som sedan besvarats via ekonomiberedningen.¹³

2.1.3 Bedömning

Revisionen konstaterar att nämnden på en övergripande nivå regelbundet följer upp ekonomi och verksamhet. Sjukhusledningen har en ekonomistyrning som bygger på en decentraliserad produktionsplanering inklusive resultatkrav för verksamheterna. Avvikelser medför krav på verksamheterna att ta fram åtgärder. Revisionen noterar vidare att det hittills under 2021 funnits en kontinuerlig utveckling av ekonomistyrningen inom områden som investeringsplanering, med mer standardiserade rutiner för bl.a. uppföljning och förbättrad informationsförsörjning, vilket revisionen ser positivt på.

Revisionen konstaterar att ingen central sammanställning av verksamheternas åtgärdsplaner görs. Revisionen noterar vidare att nämndens ekonomiberedning på ett aktivt sätt har följt ledningens arbete med olika sjukhusövergripande effektiviseringsåtgärder. Ekonomiberedningen har återrapporterat till nämnden vid varje möte. Informationen har dock inte inkluderat uppgifter om storleksordningen på de eventuella möjliga besparingar som har identifierats eller pandemins samlade effekt på helårsresultatet, vilket revisionen menar bör framgå.

Revisionen bedömer att nämndens vidtagna åtgärder för att nå en ekonomi i balans på kort sikt i huvudsak är tillräckliga. Samtidigt har ekonomin under 2021 i hög grad påverkats av pandemin, vilket innebär svårigheter för nämnden att fullt ut bedöma det underliggande resultatet och därmed det ekonomiska läget för 2022 och framåt. En analys av den underliggande resultatnivån bör ligga till grund för en strategi för att säkerställa en ekonomi i balans på längre sikt. Detta för att nämnden ska kunna ha beredskap för att vidta åtgärder för att både kunna möta effektiviseringskrav och utmaningar som följer av t.ex. problem med uppskjuten vård, kompetensförsörjning, ökande läkemedelskostnader och utvecklingsbehov när det gäller infrastruktur och teknisk miljö.

Revisionen ser positivt på att Karolinska har förstärkt styrningen av investeringarna och att även andra typer av ekonomiska åtaganden inkluderas i samma beredningsprocess. Revisionen noterar att den nya

¹³ § 9 Ekonomi, rapportering, Karolinska universitetssjukhuset, K 2021-4749, 2021-06-16.

investeringsprocessen ska utvärderas våren 2022. Revisionen menar att det är viktigt att processen utvärderas på ett systematiskt sätt genom mätbara mål för att avgöra om syftet med förändringen har uppnåtts. Vidare vill revisionen lyfta fram vikten av att det i en investeringsstrategi framgår vilken inriktning som nämnden prioriterar när det gäller investeringar.

2.2 Verksamhetsstyrning

Nämndens verksamhetsplan innehåller mål, indikatorer och strategier som är i linje med fullmäktiges.

Under året har en nationell DRG-vikt fastställts för covid-patienterna.

I början av året var sjukhuset i förstärkningsläge på grund av pandemin. Därefter gick sjukhuset ned till stabsläge och sedan slutet av april återgick sjukhuset till ordinarie styrning. Sedan början av juni hanteras covid-19 som en del av det ordinarie uppdraget.

Nämnden får information hur situationen med covid-19 utvecklar sig och hur det påverkar verksamheten genom en stående punkt på nämndmötena.

Under året har tjänsten som operativ direktör upphört. Skälet till detta är att uppdraget som operativ direktör anses slutfört i och med att verksamheterna fått fungerande digitala verktyg för planering och uppföljning, styrmodeller för sin produktion och ekonomi samt strukturer för sjukhusövergripande planering inom slutenvården och operation.¹⁴ Den operativa direktörens övriga ansvarsområden har fördelats ut på andra anställda på sjukhuset.

I samband med att beslut fattades om att ta bort rollen som operativ direktör delades även staben Vårdstöd och Service i två delar: Stab Teknik respektive Stab Vårdstöd.¹⁵

Under årets första månader har även en organisationsförändring skett i vårdverksamheten och sjukhuset har minskat antalet teman och funktioner från 11 till 8¹⁶. Det innebär enligt sjukhuset att ett ökat ansvar och mandat för sjukhusets drift har lagts på verksamhetscheferna och en mer strategisk och koordinerande roll för tema- och funktionschefer.¹⁷

Ansvar för verksamheten vid barn-PMI har under året flyttats från Astrid Lindgrens barnsjukhus (Tema Barn) till sjukhusdirektören. Från början

¹⁴ [Karolinska Universitetssjukhuset tar nästa steg mot decentraliserad styrning - Karolinska Universitetssjukhuset](#)

¹⁵ § 18 Uppdaterad organisation stabsnivå, (K2021-4625), Karolinska universitetssjukhuset, protokoll 2021-05-24, K2021-3863.

¹⁶ Tema akut och Repartiv medicin gick samman med Medicinsk enhet Infektionssjukdomar. Tema Åldrande och övriga Tema Inflammation och Infektion gick samman, nytt namn Tema Inflammation och Åldrande. Tema Kvinnohälsa och Funktion Hälsoprofessioner gick samman, nytt namn Tema Kvinnohälsa och Hälsoprofessioner. Bild och funktion och Karolinska Universitetslaboratoriet gick samman, nytt namn Funktion Medicinsk Diagnostik. Källa: [Förändringarna av teman och funktioner träder i kraft 1 februari \(karolinska.se\)](#)

¹⁷ [Förändringarna av teman och funktioner träder i kraft 1 februari - Karolinska Universitetssjukhuset](#)

skulle barn-PMI slås samman med vuxen-PMI (Funktion PMI)¹⁸, men efter protester från personalen flyttades ansvaret för barn-PMI tillfälligt till sjukhusdirektören.

Nämnden har vidtagit åtgärder för att öka måluppfyllelsen (se avsnitt 1.1 samt 2.2.2).

2.2.1 Nämndens indikatorer

I slutet av 2020 uppdrog nämnden till dåvarande operativ direktör samt tillförordnad ekonomidirektör att ta fram indikatorer för rapportering till nämnden avseende patientsäkerhet, ekonomi och produktion. På nämndmötet i december 2020 fattade nämnden beslut om de föreslagna indikatorerna, totalt 10. Några exempel på indikatorer är kostnad per DRG-poäng (för att mäta ekonomi), antal operationer (för att mäta vårdproduktion) samt följsamhet till basala hygienkrav (för att mäta patientsäkerhet och kvalitet). De flesta indikatorerna mäts månadsvis. Förutom indikatorer om patientsäkerhet, ekonomi och produktion önskade nämnden även en regelbunden diskussion och redovisning av övergripande medicinska utfall. Dessa ansågs inte lämpliga att följa månadsvis men ungefär var sjätte månad.¹⁹

På nämndmötet i april redovisades utfallet för indikatorerna exklusive kvalitetsindikatorerna då dessa inte gick att följa på grund av pandemin.²⁰ Också på nämndmötet i juni fick nämnden information om indikatorerna.²¹

2.2.2 Hantering av vårdköer med anledning av pandemin

Covid-19 pandemin har medfört att vård har skjutits upp i regionen. Den uppskjutna vården har lett till köer. Revisionen har granskat vilka åtgärder som sjukhuset har vidtagit eller planerar att vidta för att komma till rätta med de vårdköer som uppstått på grund av pandemin.

För att se hur stor omfattningen av den uppskjutna vården är anser Karolinska att den bästa bedömningen är att titta på kösituationen. Karolinska har även gjort uppskattningar på omfattningen av den uppskjutna vården genom att jämföra vårdproduktionen under pandemin med normal produktion, men enligt sjukhuset är det svårt att på så sätt dra säkra slutsatser som hur stor den uppskjutna vården faktiskt är.

Köer till behandling följs på daglig basis på övergripande nivå på sjukhuset. Inom den elektiva vården, där de flesta patienterna som köar återfinns, är det främst inom plastikkirurgi och öron-näsa-hals som det finns ett uppskjutet vårdbehov.

¹⁸ Funktion Perioperativ Medicin och Intensivvård.

¹⁹ Karolinska Universitetssjukhuset Styrelsesammanträde Karolinska Universitetssjukhuset (dnr K2020-0594), 2020-12-15.

²⁰ Karolinska Universitetssjukhuset Styrelsesammanträde Karolinska Universitetssjukhuset (K2021-2903), 2021-04-22.

²¹ Karolinska Universitetssjukhuset Styrelsesammanträde Karolinska Universitetssjukhuset (K2021-4749), 2021-06-14.

För att komma till rätta med köerna har Karolinska utfört vissa operationer på lördagar under sommaren. Karolinska planerar att även under hösten utföra extra operationer för att beta av köerna. Satsningarna på fler operationer samordnas centralt på sjukhuset och det finns en särskild grupp som arbetar med frågan. När det gäller annan vård som skjuts upp, och som inte handlar om operation, är det respektive verksamhetschef som har i uppdrag att vidta åtgärder. Om åtgärderna för ökad produktion inte genererar tillräckligt med intäkter för att täcka kostnaderna får verksamhetschefen ansöka om att få en avvikelser mot resultatkravet godkänd av sjukhusdirektören.

Nämnden får information om köer och vårdplatsläge för vuxna respektive barn samt hur vårdproduktionen förhåller sig till planerad produktion.

Karolinska deltar i hälso- och sjukvårdsförvaltningens samordningsgrupp för uppskjuten vård. Region Stockholm har fått del av statsbidrag för att kunna vidta åtgärder med anledning av den uppskjutna vården. Hur medlen kommer att fördelas inom regionen är ännu inte klart.

2.2.3 Bedömning

Revisionen bedömer utifrån en översiktlig granskning att sjukhuset har tillräckliga rutiner och system för att följa upp produktion och kvalitet samt för att analysera väsentliga avvikelser. Revisionen bedömer att tillräckliga åtgärder vidtagits för att nå fullmäktiges mål för verksamheten men att pandemin påverkat måluppfyllelsen. När det gäller åtgärderna med anledning av den uppskjutna vården går det än så länge inte att bedöma utfallet av dem då sjukhuset nyligen startat åtgärderna.

2.3 Riskanalys och plan för intern kontroll 2021

Under 2020 arbetade Karolinska med att stärka processerna för intern kontroll och detta granskades i samband med delår samt årsgranskning. Granskningarna visade att arbetet hade stärkts men att de interna riktlinjerna inte helt hade uppdaterats utifrån regionens riktlinje för intern kontroll. Revisionen har under 2021 fortsatt att granska arbetet med intern kontroll. Revisionens granskning har tagit sin utgångspunkt i COSO-modellen och från regionens riktlinje för intern kontroll, som är baserade på COSO.²² Texten nedan är indelad i COSO-modellens olika övergripande risker²³. I revisionens text motsvarar avsnitt 2.3.1 Riskanalys och plan för intern kontroll 2021 COSO:s övergripande risk styr- och kontrollmiljö.

2.3.1 Riskanalys och plan för intern kontroll 2021

Nämnden har fastställt en för året aktuell plan för intern kontroll upprättad utifrån dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys.

²² Region Stockholm RS 2019-0866, RS 2019-0829 Riktlinje intern kontroll.

²³ Dessa delar är: styr- och kontrollmiljö, riskbedömning, kontroller och åtgärder, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.

På nämndmötet i februari presenterade riskhanteringschefen en sammanställning över sjukhusövergripande risker under de tre senaste åren. På samma möte fastställdes internkontrollplanen för 2021. Av protokollet framgår att nämnden diskuterade riskerna som fanns med i förslaget till riskanalys och internkontrollplan samt efterfrågade sammanställning av tidigare års risker i relation till de risker som identifierats av verksamheten för 2021.²⁴ De risker som ingår i planen för 2021 är bland annat kompetensförsörjning, ekonomi, produktion och tillgänglighet. De är sorterade under de fem övergripande riskerna som hör till COSO²⁵.

Några av riskerna som finns med i riskanalysen för 2021 fanns även med 2020. Det är risker som handlar om kompetensförsörjning, it-miljön, svårighet att klara forsknings-, utbildnings- och utvecklingsuppdraget bland annat p.g.a. Karolinskas mer specialiserad uppdrag samt den stora påverkan från pandemin och omställning till covid-19 vård.²⁶

På sjukhuset görs riskanalyser på alla nivåer. För att identifiera de sjukhusövergripande riskerna som ska finnas med i sjukhusets riskanalys och plan för intern kontroll har riskhanteringschef genomgångar med tema- och funktionschefer. Inför 2021 hade riskhanteringschef workshops i december 2020 med tema-, funktions- och stabschefer.²⁷ Inför genomgångarna har teman och funktioner gjort riskanalyser för sina verksamheter och gemensamma risker kan eskaleras till den övergripande riskanalysen. De risker som inte lyfts upp i den övergripande riskanalysen och plan för intern kontroll ägs av respektive tema och funktion och där ligger också ansvaret att följa upp och åtgärda riskerna.²⁸ För att värdera riskerna görs en risk- och väsentlighetsanalys i enkätform där samtliga tema-, funktions-, samt stabschefer svarar på enkätfrågor och då bedömer sannolikhet och konsekvens. Utifrån svaren identifieras vilka områden som bedöms vara kritiska att ta med i internkontrollplanen.²⁹

Efter dialog med verksamheter och riskägare, samt avstämning med Karolinskas ledningsråd och nämnd, dokumenterar riskhanteringschefen de sjukhusövergripande riskerna i Stödet.³⁰

Sjukhuset har under de senaste åren gjort ett omtag när det gäller det strategiska arbetet med intern kontroll och därför gäller inte längre de styrdokument som tidigare tagits fram.³¹ Under året har arbetet därför fortgått med att ta fram olika typer av styrdokument kopplade till internkontroll. Planen är

²⁴ Styrelsesammanträde Karolinska Universitetssjukhuset (K2021-0941) 2021-02-15.

²⁵ Dessa delar är: styr- och kontrollmiljö, riskbedömning, kontroller och åtgärder, information och kommunikation samt övervakning och uppföljning.

²⁶ RS 2020-0536, Karolinska Universitetssjukhuset Plan för intern kontroll 2021.

²⁷ RS 2020-0536 Karolinska Universitetssjukhuset Verksamhetsplan 2021, s.24.

²⁸ Intervju 2021-06-09.

²⁹ PwC 2021 Rapport över löpande granskning.

³⁰ Underlag till nämndmöte i februari: Karolinskas sjukhusövergripande riskarbete, styrelsepresentation 2021-02-15.

³¹ Intervju 2021-08-25.

att ta fram två interna policydokument/tillämpningsanvisningar som ska vara baserade på regionens styrande dokument. Principen kommer vara att sjukhuset ska ha ett styrande dokument för riskhantering och ett för intern kontroll på sjukhuset. Riskhanteringschef och internkontrollchef uppger att även om interna policydokument/tillämpningsanvisningar än så länge saknas följer sjukhuset de regiongemensamma styrdokumenterna inom området.³² Genom att ta fram policys/tillämpningsanvisningarna kommer sjukhuset kunna visa hur Karolinska arbetar med risker och intern kontroll.

En struktur för riskarbetet har tagits fram och denna ska ligga till grund för policyn som beskriver arbetet med intern kontroll. Sjukhuset har tagit fram ett årshjul för riskarbetet.³³ Revisionen noterar att årshjulets delar³⁴ stämmer överens med processen i regionen när det gäller olika typer av rapportering.³⁵

På nämndmötet i oktober 2020 fattade nämnden beslut om organisationen för kontroll på Karolinska.³⁶ Av underlagen inför beslutet framgår övergripande vad ansvarig för intern kontroll samt ansvarig för riskhantering ska göra.³⁷ Riskhanteringschefen och internkontrollchefen, som båda tillträdde sina tjänsten sent under året 2020, har bedrivit ett arbete för att, utifrån det som nämnden beslutat angående rollerna, utforma sina respektive roller i riskhanteringsarbetet och hur rollerna skiljer sig åt. Detta arbete är ännu inte färdigt.

Under året räknar sjukhuset med att en uppförandekod för sjukhuset ska bli klar. Sjukhuset har definierat vilka ledningssystem som finns på sjukhuset, eftersom ledningssystemen ingår i arbetet med att skapa en struktur för intern kontroll. Detta arbete är ännu inte färdigt.³⁸

Sjukhuset har under 2020 och även 2021 anlitat en interim internrevisor. Beslutet att anlita en interim internrevisor togs upp på nämndmötet i december 2020 och skälet var att nämnden ville tillsätta den vakanta funktionen som internrevisor skyndsamt. I beslutet finns tre områden som nämnden vill att internrevisorn fokuserar på.³⁹ På nämndmötet i februari fanns en punkt om avrapportering från internrevisionen för 2020. Inga handlingar utsändes i samband med mötet.⁴⁰ På nämndmötet i april fattade nämnden beslut om att

³² Intervju 2021-08-25.

³³ Intervju 2021-06-09.

³⁴ I januari sker uppföljning med riskägare av föregående årsplan för intern kontroll. I april sker uppföljning med riskägare inför tertialuppföljningen. I september sker uppföljning med riskägare inför delårsrapportering. Och i december sker uppföljning med riskägare inför genomgång med KLR och nämnden inför årsrapporten samt kommande års plan för intern kontroll.

³⁵ Underlag till nämndmöte i februari: Karolinskas sjukhusövergripande riskarbete, styrelsepresentation 2021-02-15.

³⁶ Styrelsesammanträde Karolinska Universitetssjukhuset 2020-10-27 dnr K2020-0593.

³⁷ Dnr: K2020-7480 Rollfördelning/ ansvar avseende kontroll på Regionnivå samt inom Karolinska Universitetssjukhuset.

³⁸ Intervju 2021-06-09.

³⁹ Tjänsteutlåtande Beslut om interim internrevisor, dnr. K2020-9074, 2020-12-15.

⁴⁰ Karolinska Universitetssjukhuset Styrelsesammanträde Karolinska Universitetssjukhuset (K2021-0941) 2021-02-15.

godkänna plan för internrevision för 2021. Det fanns dock inget skriftligt beslutsunderlag till mötet.⁴¹ Nämnden har under året fortsatt diskussionen om vilka frågor internrevisionen ska fokusera på under året.⁴² Trots önskan om att skyndsamt tillsätta den vakanta funktionen fattade nämndordförande beslut om granskningsområden för 2021 och upphandling av internrevisor först i september 2021. Planerad avrapportering av internrevisionens arbete är i mitten av december.⁴³

2.3.2 Kontroller och åtgärder

De åtgärder och kontrollaktiviteter som är kopplade till riskerna rapporteras löpande till sjukhusdirektören av riskhanteringschef och internkontrollchef. Tidpunkterna för rapportering styrs av regionens årshjul för verksamhetsplaner och uppföljning.⁴⁴ Nämnden får information om internkontrollarbetet i samband med uppföljning inför tertiäl 1, delårsrapportering, årsrapportering samt inom ramen för arbetet med kommande års internkontrollplan.⁴⁵

I avstämningen av budget 2021 uppmanades Karolinska av regionstyrelsen att komplettera sin plan för intern kontroll inför rapporteringen i tertiäl 1.⁴⁶ Anledningen var att planen delvis saknade kontroller och åtgärder och de kontroller och åtgärder som angavs var för översiktligt beskrivna för att det skulle kunna säkerställas att orsakerna till riskerna hanterades genom dem. Det saknades vidare ansvariga för merparten av kontroller och åtgärder.⁴⁷ Nämnden har inte uppmärksammat regionstyrelsens kritik av plan för intern kontroll på något nämndmöte.

Ansvariga för internkontrollarbetet på central nivå på sjukhuset delar bedömningen och anser att det bland annat handlade om att sjukhuset inte haft en enskild resurs som arbetat specifikt med plan för intern kontroll. Ansvariga anser att sjukhuset omhändertagit uppmaningen i samband med rapporteringen av tertiäl 1.⁴⁸ Enligt sjukhuset finns det en koppling mellan målen för verksamheterna och riskerna. Den som äger ett mål ska också äga risker kopplade till målet.⁴⁹

Revisionen lämnade i årsrapporten för 2015 en rekommendation till ledningen för Karolinska som handlar om att internkontrollplanens risker, åtgärder och gransknings-/kontrollåtgärder bör återrapporteras på ett tydligt

⁴¹ Karolinska Universitetssjukhuset Styrelsesammanträde Karolinska Universitetssjukhuset (K2021-2903) 2021-04-22.

⁴² Styrelsesammanträde Karolinska Universitetssjukhuset (K2021-0941) 2021-02-15.

⁴³ Intervju 2021-09-23.

⁴⁴ Intervju 2021-06-09.

⁴⁵ Underlag till nämndmöte i februari: Karolinskas sjukhusövergripande riskarbete, styrelsepresentation 2021-02-15.

⁴⁶ RS 2020-0536 Skrivelse 2021-02-03, Avstämning av budget 2021 för Region Stockholm, s.2

⁴⁷ RS 2020-0536 Tjänsteutlåtande 2021-01-11, Avstämning av budget 2021 för Region Stockholm, s.18.

⁴⁸ Intervju 2021-06-09.

⁴⁹ Intervju 2021-08-25.

sätt så att organisationens vidtagna åtgärder och effekter för att hantera risken framgår.

Revisionens genomgång av plan för intern kontroll samt bilagor i samband med delårsuppföljningen visar att sjukhuset kompletterat bilagorna med kontroller och åtgärder samt ansvariga. Det gör att det går att följa vilka åtgärder som sjukhuset tänker vidta för att åtgärda eller minska riskerna.

2.3.3 Information och kommunikation

Det finns tillämpningsanvisningar för all typ av kommunikation vid sjukhuset (som alltså inte enbart är kopplad till internkontrollarbetet). Anvisningarna bygger på den regionövergripande kommunikationspolicyn. Av tillämpningsanvisningarna framgår sjukhuslednings, chefers och medarbetares kommunikationsansvar.⁵⁰ Det finns också en sjukhussintern riktlinje för ärendeprocessen.⁵¹ Riktlinjen preciserar processen för hantering av ärenden som ska avgöras av nämnden alternativt återrapporteras till nämnden.⁵²

Riskhanteringschef och internkontrollchef uppger att för många anställda på sjukhuset är intern kontroll ett okänt begrepp och medarbetarna saknar kunskap om internkontrollarbetet. Samtidigt menar ansvariga att det finns ett kvalitetstänk inom sjukvården som är grundmurat. Enligt ansvariga leder det till att det finns en kvalitetskultur på sjukhuset. Det återstår dock ett arbete när det gäller att internt kommunicera ut riktlinjer och policys. Kommunikationen kopplat till internkontrollarbetet kommer att ingå i policyn för intern kontroll som är under framtagande, som nämnts ovan. Riskhanteringschef och internkontrollchef anser att de får del av all information som de efterfrågar internt.⁵³

Revisionen noterar att det är svårt att hitta information på Karolinskas intranät om intern kontroll och hur Karolinska arbetar med risker. Det finns ett dokument om rollfördelning/ansvar mellan revision, compliance och risk. Detta dokument innehåller kortfattad information men saknar namn på ansvariga. Det innehåller heller inget om ledningens respektive verksamheter-ansvar.⁵⁴ På intranätet finns hänvisningar till regionens hemsida när det gäller olika regionövergripande styrdokument.

2.3.4 Övervakning och uppföljning

På nämndmötena finns stående punkter som rör områden såsom ekonomi, produktion, kompetensförsörjning, tillgänglighet mm. Då riskerna som finns med i plan för intern kontroll 2021 till stor del är kopplade till dessa områden får nämnden regelbunden information om hur det går inom områdena och

⁵⁰ Tillämpningsanvisningar för kommunikation vid Karolinska Universitetssjukhuset. Saknar datum samt dnr.

⁵¹ Styrelsesammanträde Karolinska Universitetssjukhuset (K2021-0941) 2021-02-15.

⁵² Riktlinje ärendeprocessen, version 3, dokumentnummer STAB5761.

⁵³ Intervju 2021-06-09.

⁵⁴ Karolinska Universitetssjukhuset Rollfördelning/ ansvar mellan revision, compliance och risk. Daterat 2019-10-17.

därigenom direkt eller indirekt information om hur arbetet med att omhänderta riskerna fortlöper.

Hur uppföljningen av risker ska gå till kommer att ingå i policyn för riskhantering som är under framtagande.

Internkontrollchef har påbörjat ett arbete för att mer systematiskt arbeta med de rekommendationer som regionrevisorerna lämnat till Karolinska. På nämndmötet i maj gjordes en genomgång av status på de öppna rekommendationerna. Informationen till nämnden innehöll bland annat uppgifter om vilket år rekommendationerna lämnats och inom vilka områden det finns rekommendationer. I informationen finns en beskrivning av processen för hantering av rekommendationerna på Karolinska.⁵⁵

2.3.5 Bedömning

Enligt revisionens bedömning är det viktigt att det finns en struktur för arbetet med riskanalys, så att de övergripande riskerna blir underbyggda av analyser på verksamhetsnivå. Revisionen bedömer att sjukhuset har tagit steg i rätt riktning för att stärka den interna kontrollen i arbetet under året, men att en del information om arbetet med intern kontroll fortfarande saknas. Förutom en struktur för själva arbetet med riskanalys är det också viktigt med en struktur för informationen om intern kontroll, där det tydligt framgår vad som är ledningens ansvar och vad som är verksamhetens ansvar.

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

Den rekommendation som revisionen lämnade 2015 om att ledningen bör säkerställa att internkontrollplanens risker, åtgärder och gransknings-/ kontrollåtgärder återrapporteras på ett tydligt sätt bedöms nu vara uppfylld. Detta eftersom sjukhuset har kompletterat sin riskanalys så att det går att se vilka åtgärder som sjukhuset planerar att genomföra samt vem som är ansvarig.

Sammanfattningsvis bedömer revisionen alltså att viktiga steg tagits för att förbättra den interna kontrollen. Revisionen konstaterar samtidigt att arbetet är pågående och att bland annat interna styrdokument saknas, vilket gör att revisionen kommer att fortsätta att följa frågan.

⁵⁵ Regionrevisorernas rekommendationer Status maj 2021. Punkt 12 i underlaget till nämndmötet 2021-05-24.

2.4 Uppföljning av rekommendationer gällande nämndens arbetssätt

Revisionen har i en särskild granskning följt upp rekommendationer som lämnades i årsrapport 2018⁵⁶ och 2019⁵⁷ rörande ansvar och befogenheter (ärendebereidning och protokoll).⁵⁸ Uppföljningen består av granskning av styrdokument, beslutsunderlag och protokoll från nämndens nio sammanträden⁵⁹ under perioden september 2020-juni 2021.

Granskningen visar att nämnden och ledningen har antagit flera styrande dokument som på olika sätt definierar ärendebereidningsprocessen och vilken kvalitet som ärenden och beslutsunderlag behöver ha. Det framkommer i granskningen av det finns ärenden där styrdokumentet inte följts fullt ut, när de gäller vilka underlag som ska finnas i ett ärende. Dessa har stämts av med ledningen på förvaltningen.

Ledningen för Karolinska menar att om annat tydligt beslutsunderlag finns behöver inte tjänsteutlåtandet upprepa motiv och konsekvensanalys, även om det enligt nämndens egna styrdokument ska finnas. Revisionen menar att det i förslaget till beslut i så fall tydligt behöver hänvisas till annat beslutsunderlag. När annat tydligt beslutsunderlag saknas och ärendet kan ha konsekvenser för t.ex. ekonomi, patientsäkerhet eller på annat sätt kan anses vara av central betydelse för nämndens styrning behöver dock motiv och konsekvensanalys framgå i tjänsteutlåtande. Revisionen menar vidare att nämndens styrdokument bör uppdateras för att tydliggöra krav på beslutsunderlag för olika kategorier av ärenden, så att besluten blir transparenta och möjliga att följa även för utomstående.

I protokollen redovisas inte på ett fullständigt sätt hur nämnden kommit fram till sina beslut i och med att formella beslutsyrkanden saknas i de flesta fall, vilket är ett krav enligt kommunallagen.⁶⁰

Granskningen visar vidare att anslagsbevisen innehåller relevanta uppgifter och anslagsbevisen har tillgängliggjorts inom föreskriven tid. Därutöver bör nämndens hantering av personalföreträdares närvaro på sammanträden tydliggöras.

Bedömning

Revisionen bedömer att det har skett en förbättring när det gäller beredningen av beslut till nämnden. Revisionen bedömer att två av rekommendationerna är åtgärdade och tre är delvis åtgärdade. Nämnden och

⁵⁶ Se årsrapport 2018, <https://www.sll.se/globalassets/6.-om-landstinget/sa-granskas-landstinget/arligh-granskning/2018/revisorsgrupp-ii/arsrapport-2018-karolinska.pdf>

⁵⁷ En uppföljning av rekommendationerna som lämnades 2018 följdes upp 2019 genom en särskild granskning.

⁵⁸ Uppföljningen omfattar rekommendationer med id 29820, 29871, 29872, 29873 samt 38382 beteckningar enligt Region Stockholms system för verksamhetsuppföljning "Stödet".

⁵⁹ 2020-06-16, 2020-09-21, 2020-09-29, 2020-10-27, 2020-11-12, 2020-12-15, 2021-02-15, 2021-04-22 samt 2021-05-24.

⁶⁰ Se 5 kap 66-67 §§ KL.

sjukhusledningen bör fortsätta sitt arbete med att åtgärda rekommendationerna, bl.a. för att minimera risken att nämndens beslut laglighetsprövas dvs. att beslutet har fattats på ett felaktigt sätt.

2.5 Minskning av administrativa kostnader

I Region Stockholms budget 2021⁶¹ har Karolinska universitetssjukhuset fått i uppdrag att, i likhet med flera andra nämnder och bolag⁶², sänka de administrativa kostnaderna med tio procent under 2021 och att i verksamhetsplan 2021 beskriva hur detta ska genomföras. Utgångspunkten var att värna kärnverksamheten och effektivisera administration, lokalanvändning och inköp. Revisionen har granskat nämndens arbete med uppdraget vad gäller såväl planering för, som uppföljning av, kostnadsminskande åtgärder.

I verksamhetsplanen för 2021 finns en redovisning av planerade åtgärder för att under året sänka de administrativa kostnaderna. Framför allt handlar det om den minskning av antalet teman och funktioner som genomfördes den 1 februari 2021. Sjukhuset anger vidare att en genomgång av sjukhusets viktigaste stödprocesser pågår och syftet är att öka effektiviteten. Därutöver har budgeten för de administrativa staberna minskats. En översyn av den lokala administrationen har initierats.

Karolinska uppger i delårsrapporten att de administrativa kostnadernas andel av kostnader per augusti uppgick till 1,7 procent. Det är lägre än utfallet för 2020 på 2 procent, men något högre än utfallet för det första tertialet. Den administrativa personalen har minskat med 28 helårsarbetskrafter, vilket motsvarar 2 procent mellan augusti 2020 och augusti 2021. Sjukhuset har fortsatt anställningsstopp för administrativ personal. Dispens kan ges genom beslut av sjukhusdirektör.

Bedömning

Revisionen konstaterar att Karolinska rapporterar att uppdraget att sänka de administrativa kostnaderna med 10 procent kommer att uppnås för året. Revisionen ser en risk för att eventuella ytterligare besparingsåtgärder inom administrationen kan behöva göras för att nå målet.

2.6 Inköp och upphandling

I en granskning som genomfördes i samband med årsgranskningen 2020 konstaterade revisionen att Karolinska successivt hade stärkt sina rutiner när det gäller hanteringen av leverantörsfakturor (inklusive konsulttjänster) samt direktupphandling. Granskningen visade dock att det fortfarande återstod ett arbete för sjukhuset när det gäller att säkerställa att rutinerna efterlevs.

⁶¹ RS 2020-0469.

⁶² De nämnder och bolag som tilldelats uppdraget är RS, HSN, TN, TRN, KUN, PAN, SLSO, Karolinska, SÖS, DSAB, STSAB, St Erik, FTV, AISAB, Medicarrier AB, Locum, KSON och Tio-Hundra.

Revisionen bedömde att Karolinskas interna kontroll vid fakturahantering samt direktupphandling ännu inte var helt tillräcklig.

Revisionen har i samband med delårsgranskningen översiktligt granskat inköpsprocessen. Riktlinjer och rutiner vid inköp och upphandling är i allt väsentligt oförändrade jämfört med föregående år.

För ett stickprov på 10 fakturor på totalt 103 mnkr har revisionen kontrollerat om inköp överensstämmer med avtal. För 9 fakturor har revisionen erhållit motsvarande avtal och av dessa var 6 avtal giltiga. För 8 av 10 fakturor går det inte att bedöma om avtalen följs eftersom prislistor saknas.

Revisionen har i samband med granskningen noterat att ett dokument tagits fram av rättskansliet till stöd för chefers riskbedömning inför tecknade av ett avtal. Utifrån ett antal faktorer ska cheferna bedöma om avtalet kan vara förenat med risk. Om så är fallet ska avtalsförslaget granskas av rättskansliet för bedömning om det ska signeras av sjukhusdirektör. Dokumentet utgör en bilaga till arbets- och delegationsordningen för sjukhusets tema-, funktions- och stabschefer.⁶³

De rekommendationer som finns när det gäller inköp och upphandling kvarstår (se bilaga 1). Karolinska uppger att ett förbättringsarbete pågår. En ny uppföljning kommer att göras under 2022.

Bedömning

Revisionen bedömer att den interna kontrollen avseende inköp och upphandling i likhet med 2020 inte är helt tillräckligt. Revisionen konstaterar att det inte på ett enkelt sätt går att verifiera att det föreligger avtal för inkommande fakturor och att dessa överensstämmer med avtalade priser. Revisionen ser positivt på sjukhusets nya rutin för riskbedömning inför signering av avtal.

2.7 Ledningsnära kostnader och representation

Revisionen har granskat sjukhusets rutiner för ledningsnära kostnader och representation. Granskningen omfattar s.k. förtroendekänsliga fakturor. Ett stickprov på 16 fakturor har tagits för att kontrollera att de är korrekt attesterade och att attestbehörigheterna är uppdaterade.

Granskningen har visat att de ledningsnära kostnaderna har en rimlig omfattning och inriktning. Stickprovet visade avvikelser för 13 av 16 fakturor. Det handlar t.ex. om att syftet för aktiviteten inte varit tydligt beskrivet, attestering inte utförts korrekt, avsaknad av tillräckligt underlag för att bedöma korrekt kontering respektive momsavdrag samt att deltagarförteckningar saknats. Rekommendationen om ledningen bör säkerställa att attestanter inte attesterar sina egna kostnader och utlägg kvarstår.

⁶³ Riskfaktorer i avtal, bilaga 1, Arbets- och delegationsordning för tema-, funktions- och stabsdirektörer, 2021-06-21, K 2021-5444.

Bedömning

Revisionen konstaterar den interna kontrollen av attesthantering och förtroendekänsliga poster inte är helt tillräcklig och behöver stärkas.

Rekommendation:

- Ledningen bör stärka den interna kontrollen för att säkerställa att erforderliga underlag bifogas s.k. förtroendekänsliga poster.

2.8 Lönehantering

Under 2019 genomförde revisionen en särskild granskning av löneprocessen. Revisionen bedömde att Karolinska universitetssjukhusets rutiner för löneutbetalning i huvudsak var tillräckliga, men att den interna kontrollen behövde stärkas när det gäller användning och dokumentation av nyckelkontroller inför utbetalning av lön. Revisionen har inom ramen för delårsgranskningen översiktligt granskat processen. En stickprovskontroll av utbetalda löner har genomförts.

Karolinskas löneorganisation har från den 1 september 2020 övergått till FSN. Karolinska köper sedan dess lönetjänster av FSN. Karolinska anger att flytten inte har inneburit några väsentliga förändringar i praktiken när det gäller hur löner hanteras i verksamheterna på sjukhuset.

Granskningen visar att det finns ett fungerande system för att signalera och kontrollera potentiella fel inför en löneutbetalning. Däremot finns fortsatt brister i chefers nyttjande av möjligheten att kontrollera lön före utbetalning genom s.k. provlön. Vidare ska personalansvariga chefer inför utbetalning signera utanordningslistor för att verifiera att korrekt lön utbetalas. Revisionen har tagit del av statistik över andelen signerade utanordningslistor. Statistiken visar att 65 procent av utanordningslistorna var korrekt signerade under perioden januari-augusti 2021, vilket är en försämring med fyra procentenheter jämfört med samma period 2020. Revisionens stickprovskontroll av utbetalda löner visade inte på några avvikelser.

Bedömning

Revisionen bedömer att den interna kontrollen avseende löner, inte är helt tillräcklig. Det handlar om att kontroller som provlön och signering av utanordningslistor inte används i tillräcklig omfattning. Dokumentationen av kontrollerna har förbättrats, men bör bli mer enhetliga. Rekommendationen om att ledningen bör säkerställa att nyckelkontroller genomförs och dokumenteras inför utbetalning av lön kvarstår.

2.9 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Intäktprocessen har granskats. Granskningen visar att erhållna intäkter överensstämmer med avtal.

3 Räkenskaper

3.1 Delårsrapport 2021-08-31

Revisionen av den finansiella rapporteringen har utförts i enlighet med International Standard on Review Engagements ISRE 2410 Översiktlig granskning av finansiell delårsinformation.

I granskningen har det inte kommit fram några omständigheter som ger anledning att anse att delårsrapporten inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet med lagen om kommunal redovisning och god redovisningssed.

Granskningen har visat att projektmedel på totalt 117 mnkr felaktigt har balansförts. Beloppet utgör ett väsentligt fel i Karolinskas redovisning. Revisionen har därutöver noterat ett antal andra avvikelser kopplade till redovisningen av anläggningstillgångar i balansräkningen. Dessa avvikelser bedöms dock enskilt eller sammantaget inte uppgå till sådana belopp att de påverkar bedömningen av om räkenskaper är rättvisande.

3.2 Externt finansierade projekt

Revisionen har granskat dels om Karolinskas interna riktlinjer följer gällande regelverk, dels om det finns tillräckliga kontroller i hanteringen av externa projektmedel, inklusive en rättvisande redovisning. Granskningen har omfattat intervjuer, genomgång av styrdokument samt verifiering genom stickprov bland projekten.

Karolinska driver ett stort antal forsknings- och innovationsprojekt med externa finansierare. Finansierarna är främst EU, staten via de s.k. ALF-avtalen⁶⁴ och olika statsbidrag, Region Stockholm och företag. Därutöver erhålls finansiering genom stiftelser, s.k. donationsmedel. År 2020 uppgick intäkterna för FoU-bidrag till cirka 792 mnkr.

Granskningen visar att Karolinskas styrdokument för externa projekt saknar information om hur projektredovisningen ska hanteras utifrån RKR:s regler för redovisning av erhållna bidrag.⁶⁵ Vidare är Karolinskas styrdokument kortfattade när det gäller hantering av investeringar och referenser saknas till regionens riktlinjer för hur donationsmedel ska hanteras.

Ansvar för projektredovisningen ligger hos verksamheterna. Det är den person som är projektansvarig som ansvarar för att kontrollera att redovisningen är korrekt. Kund- och leverantörsfakturor som avser projektet hanteras via det ordinarie attestflödet med tillhörande kontrollmoment inom sjukhuset. Vid projektstart etableras en schablon för arbetstid som sedan debiteras

⁶⁴ Avtal om läkarutbildning och forskning. Avtalet tecknas mellan Region Stockholm och Karolinska institutet.

⁶⁵ Normerande regler för redovisning av erhållna bidrag ges av rekommendation R2 Intäkter från Rådet för kommunal redovisning (RKR).

projekten automatiskt. Ett OH-tillägg på 15 procent läggs på projekten. Underskott inom projekt är inte tillåtna och faktiska underskott debiteras verksamheterna.

Enheten för FOU-ekonomi gör en årlig avstämning där enligt uppgift samtliga projekt kontrolleras. Enheten har en rutin för att uppmärksamma projekt med låg aktivitet och bedöma om de bör avslutas. Därutöver granskas vissa projekt, främst EU-projekt, även av bidragsgivaren.

Revisionens tidigare granskningar har visat att vissa poster i balansräkningen när det gäller externt finansierade projekt har saknat tillräckliga underlag för att kunna bedöma om de är balansgilla eller inte. I balansräkningen för 2020 fanns balanserade projektmedel på 598 mnkr, varav 97 mnkr antingen inte var balansgilla eller saknade underlag för att bedöma detta. Samtidigt noterades att förvaltningen stärkt rutinen i början av 2021 för nya projekt. Det handlade främst om bidrag från externa finansiärer som förmedlats inom regionen och där ursprungliga villkor inte framgår av den interna överenskommelsen. Revisionen noterar att Karolinska har inlett ett samarbete med RLK för att med stöd av dem få fram underlagen i form av bidragsbeslut och villkorsbilagor. Avsikten är att detta ska slutföras före årsskiftet.

Det har framkommit i granskningen att sjukhuset har uppmärksammat att det finns en kategori av projekt, äldre forskningskonton för läkemedelsprövning, som är avslutade men som ännu inte resultatförts. Totalt rör det sig om 25 mnkr. Sjukhuset arbetar med att avsluta och resultatföra dessa projekt. Även detta arbete ska slutföras före årsskiftet.

Revisionen har granskat redovisningen för ett stickprov på tio projekt.⁶⁶ I granskningen har påträffats projekt bokförda på konto 2970 Förutbetalda forskningsprojekt med en utgående balans på sammantaget 117 mnkr som utgör ej balansgilla poster eller där balansgiltigheten inte går att bedöma, dvs. underlag för att skuldföra medlen saknas.

Bedömning

Revisionen bedömer sammantaget att Karolinska universitetssjukhusets rutiner för projektredovisning inte är helt tillräckliga. Bland annat saknas riktlinjer för hur projektredovisningen ska genomföras. Styrdokumenten saknar koppling till regelverket för redovisning av erhållna bidrag.

Sjukhuset har strukturer för uppföljning av projekt och revisionen bedömer vidare att sjukhuset har tillräckliga kontroller av projektrelaterade intäkter och kostnader.

⁶⁶ Åtta projekt granskades inom ramen för den fördjupade granskningen. Ytterligare två projekt granskades i samband med delårsgranskningen.

Revisionen konstaterar att sjukhusets rutiner behöver stärkas för att säkerställa att projektmedel resultatförs i avslutade projekt där det inte finns motprestationskrav. Granskningen har visat att projektmedel på totalt 117 mnkr felaktigt har balansförts. Posterna saknar grund för att redovisa mot skuldkonto och bör därmed resultatföras. Granskningen visar mot bakgrund av ovanstående att den tidigare rekommendationen om att säkerställa att poster för externa projekt är balansgilla och att det finns underlag som visar på detta ännu inte är åtgärdad och kvarstår.

Rekommendationer:

Ledningen bör:

- uppdatera styrande dokument så att de omfattar redovisning av projektmedel.
- säkerställa att samtliga poster på skuldkonto för externa projektmedel är balansgilla.

3.3 Anskaffning och aktivering av tillgångar

Revisionen har granskat följsamheten till styrande och stödjande dokument för anskaffning och aktivering av anläggningstillgångar. Granskningen har visat att avvikelser finns i rutinerna för aktivering av tillgångar som ska göras när tillgången tas i bruk.

Karolinska har ännu inte aktiverat utrustning kopplat till det s.k. Chopin-projektet till ett uppskattat värde av 166,2 mnkr. Karolinska uppger att detta bl.a. beror på att hanteringen av underlagen är tidsmässigt krävande. Eftersom aktivering av utrustningen ännu inte skett är tillgångssidan i balansräkningen undervärderad med motsvarande belopp. Utrustningen har driftsatts, dvs. har tagits i bruk, av sjukhuset. Karolinska har gjort avskrivningar på 20,8 mnkr som belastat resultatet per augusti 2021, vilket innebär att avskrivningar belastar resultatet i korrekt period.

Ett stickprov på 9 investeringsprojekt har granskats. Fakturorna omfattar investeringar på 41,3 mnkr. För dessa har investeringsbeslut stämts av mot leverantörsfakturer och anläggningsregister. Samtliga fakturer bedöms ha aktiverats på ett korrekt sätt, men fullständiga investeringsunderlag saknades för 4 projekt.

Sjukhuset gör egna kontroller av fakturer inom områdena förbrukningsinventarier samt IT och kommunikationsutrustning. Revisionen har tagit del av underlaget som visar att sjukhuset identifierat 12 fakturer som felaktigt kostnadsförts. Utgifterna har efter kontrollen kategoriserats om till anläggningstillgång.

Revisionen bedömer sammantaget att rutinerna behöver stärkas för att säkerställa att aktivering av anläggningstillgångar sker enligt god

redovisningssed. Rekommendationen om detta från delårsgranskningen 2019 är ännu inte åtgärdad.

3.4 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

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

4 Yttrande över Årsrapport 2020

Nämnden har 2021-06-14 lämnat yttrande över revisionens årsrapport för 2020. Nämnden gör bedömningen att verksamheten under året haft en väl fungerande organisation, effektiva processer och en ändamålsenlig styrning samt kontroll. Enligt nämnden är det förklaringen till en ekonomi i balans samt en högpresterande produktion.

Nämnden uppger att den därför har svårt att förstå revisorernas övergripande bedömning att nämndens styrning och kontroll inte är tillräcklig. Revisionen konstaterar att det i revisionsberättelsen för 2020 framgår att revisorerna bedömer att nämndens interna styrning och kontroll inte är helt tillräcklig och att det bygger på följande bedömningar:

- Nämnden behöver säkerställa att arbetet med att förbättra produktions- och ekonomistyrningen leder till ekonomi i balans på sikt.
- Vidare återstår det för nämnden att se till att rutiner för inköp och upphandling efterlevs.

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 landstingsrevisorerna.rev@sll.se.



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

Regionrevisorerna

Rekommendationer till nämnd/styrelse – Delår 2021

Karolinska Universitetssjukhuset

Ekonomistyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29878 Från rapport 2019 Delrapport Tidigare ID 1551	Nämnden bör skyndsamt säkerställa att besparingsåtgärder vidtas med beräknade effekter för en ekonomi i balans.	●	Delår 2021 Revisionen bedömer att ekonomistyrningen har förbättrats, men att nämnden behöver säkerställa att styrning och uppföljning innebär tillräcklig kontroll på underliggande ekonomiskt läge så att åtgärder kan vidtas i tid.
29879 Från rapport 2019 Delrapport Tidigare ID 1552	Nämnden bör efterfråga en systematisk ekonomisk rapportering där bl.a. effekter och tidplaner av föreslagna åtgärder framgår.	●	Delår 2021 Revisionen bedömer att nämndens vidtagna åtgärder för att nå en ekonomi i balans på kort sikt i huvudsak är tillräckliga. Revisionen konstaterar samtidigt att flera extraordinära omständigheter när det gäller såväl kostnader som intäkter påverkar prognosen för årets resultat 2021. Revisionen noterar att rapporteringen till nämnden inte har omfattat en bedömning av pandemins samlade nettoeffekt på Karolinskas resultat. I delrapporten för 2021 rekommenderas nämnden att säkerställa att en analys av den samlade effekten av pandemin på Karolinskas ekonomiska resultat genomförs och framgår i rapporteringen.
38380 Från rapport 2019 Årsrapport	Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör kvalitetssäkra de uppgifter och bedömningar som lämnas i nämndens rapporter i syfte att ge en korrekt bild av det ekonomiska utfallet relativt budget samt jämfört med utvecklingen tidigare år.	●	Delår 2021 Revisionen bedömer i samband med DÅR 2021 att rapporteringen har förbättrats, samtidigt som det på några punkter fortsatt behöver utvecklas. Det gäller bl.a. att ge tillräckligt utförlig bedömning av prognos samt säkerställa att

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			uppdrag och status för uppdragen rapporteras i enlighet med RLK:s anvisningar. I samband med årsgranskning 2020 bedömde revisionen att processerna behövde dokumenteras för att bli möjliga att följa upp. Revisionen noterar att K har ansvariga personer utpekade för rapportering inom olika områden. K uppger att fortsatt arbete pågår med att utveckla processerna och att arbetet inkluderar dokumentation
38384 Från rapport 2019 Årsrapport	Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör besluta om övergripande principer för styrning av produktion- och ekonomi.	●	Delår 2021 Produktions- och ekonomistyrningsmodellen innehåller principer för hur Karolinska ska styras på en övergripande nivå. Som revisionen tidigare har pekat på är det nämndens ansvar att på ett övergripande plan formulera hur ekonomi- och produktionsstyrningen ska utformas samt hur uppföljning och rapportering ska ske till nämnden. Ett styrdokument på en strategisk nivå utifrån de övergripande principer som ges av produktions- och ekonomistyrningsmodellen bör beslutas av nämnden. Det hindrar inte att modellen på mer detaljerad nivå kan vidareutvecklas löpande av sjukhusledningen med de nya rutiner som behövs. Rekommendationen justeras för att avspegla att det är principerna inte modellen i sig som behöver beslutas av nämnden.

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. (Kostnader för konsul-	●	Delår 2021 Ett internt arbete pågår på sjukhuset. Revisionen bedömer att det kommer att få genomslag först under revisionsår 2022 och uppföljningen av rekommendationen flyttas

Regionrevisorerna

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

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29810 Från rapport 2015 Årsrapport Tidigare ID 990	Ledningen bör säkerställa att internkontrollplanens risker, åtgärder och gransknings-/kontrollåtgärder återrapporteras på ett tydligt sätt så att organisationens vidtagna åtgärder och effekter för att hantera risken framgår.	●	Delår 2021 Revisionens granskning visar att sjukhuset stärkt sitt arbete med intern kontroll. Internkontrollplanen är uppdaterade med risker, åtgärder och kontroller. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
29834 Från rapport 2017 Årsrapport Tidigare ID 1222	Nämnden bör skyndsamt säkerställa att regelverk och rutiner för kontroll och uppföljning av konsultkostnader och inhyrd personal förstärks och efterlevs i alla led inte minst med oberoende kontroller av fakturerade konsultkostnader.	●	Delår 2021 Ett internt arbete pågår på sjukhuset. Revisionen bedömer att det kommer att få genomslag först under revisionsår 2022 och uppföljningen av rekommendationen flyttas därför framåt.

Regionrevisorerna

Oegentligheter

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29867 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1440	"Skydd mot otillåten påverkan Nämnden bör ta del av uppföljningen av säkerhetsarbetet för att säkerställa att det bedrivs ett tillräckligt arbete för att skydda högre tjänstemän mot otillåten påverkan."	●	Delår 2021 Under året har arbetet fortgått med att ta fram en Code of Conduct som beräknas kunna fastställas i slutet av 2021.

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29848 Från rapport 7/2018 Projektrapport Tidigare ID 1348	Nämnden bör ta ett mer proaktivt ansvar för kompetensförsörjningen t.ex. genom att prioritera och följa upp vilka effekter handlingsplanens aktiviteter ger.	●	Delår 2021 Sjukhuset har genomfört tre piloter, både inom vårdverksamhet och i en administrativ stab. Arbetet är pågående och en övergripande bild för hela sjukhuset är troligen klar till verksamhetsberättelsen.
29849 Från rapport 7/2018 Projektrapport Tidigare ID 1350	Nämnden bör säkerställa att erfarenheter av tidigare genomförda aktiviteter när det gäller kompetensförsörjning tas till vara i syfte att dra lärdomar inför nya åtgärder.	●	Delår 2021 På grund av pandemin har kompetensförsörjningsplanen inte kunnat genomföras under 2021. Rekommendationen kvarstår som delvis åtgärdad.
29850 Från rapport 7/2018 Projektrapport Tidigare ID 1351	Nämnden bör analysera hur nuvarande och kommande uppdrag påverkar sjukhusets behov av kompetensförsörjning.	●	Delår 2021 På grund av pandemin har kompetensförsörjningsplanen inte kunnat genomföras under 2021. Rekommendationen kvarstår som delvis åtgärdad.
29869 Från rapport 1/2018 Projektrapport	Nämnden bör säkerställa att det finns en struktur för uppföljning av arbetsmiljöfrågor som innebär att det finns en överensstämmelse mellan ansvar och befogenheter när det	●	Delår 2021 Skyddskommittéer ska gradvis rullas ut i teman och funkt-

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Tidigare ID 1444	gäller hur arbetsmiljöfrågor som berör flera organisatoriska enheter ska hanteras.		ioner i takt med att arbetet tillåter.
29870 Från rapport 1/2018 Projektrapport Tidigare ID 1446	Nämnden bör ta fram indikatorer som gör det möjligt att följa utvecklingen av arbetsmiljön över tid.	●	Delår 2021 På grund av pandemin har arbetet med indikatorer inte varit prioriterat. Plan finns för att utveckla de indikatorer som används.



Strategisk styrning och organisation

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29814 Från rapport 2017 Delrapport Tidigare ID 1042	Nämndens styrdokument bör formuleras så att det framgår att styrelsen beslutar i ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet och inte i ärenden av principiell art eftersom sådana beslut enligt kommunallagen är förbehållet fullmäktige	●	Delår 2021 Uppföljningen visar att nämndens arbets- och delegationsordningar har reviderats i enlighet med rekommendationen.
29815 Från rapport 2017 Delrapport Tidigare ID 1043	Nämnden bör reglera representationsbefogenheten, dvs. rätt att representera nämnden genom att underteckna handlingar.	●	Delår 2021 Uppföljningen visar att nämndens arbets- och delegationsordning har reviderats och representationsbefogenheten har reglerats.
29817 Från rapport 2017 Delrapport Tidigare ID 1045	Nämnden bör säkerställa att- beslutsrätten förs över enligt delegeringsreglerna i kommunallagen och att det inte används begrepp för en kommunal nämnd som exempelvis "löpande förvaltning". - delegering inte sker till tjänsteman och förtroendevald tillsammans- att ett övre beloppstak för vilka belopp som sjukhusdirektören kan besluta om fastställs.	●	Delår 2021 Uppföljningen visar att nämndens arbets- och delegationsordningar har reviderats i enlighet med rekommendationen.
29820 Från rapport 8/2017 Projektrapport Tidigare ID	Nämnden bör se till att styrelseprotokoll utformas så att det tydligt framgår vad som beslutats och vilka uppdrag som nämnden lämnat. I protokollen bör nämnden också redovisa hur den har kommit fram till sitt beslut (förslag	●	Delår 2021 Granskningen visar att nämndens beslut och lämnade uppdrag är utformade på ett tydligt sätt. Däremot redovi-

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
1108	och yrkanden som lagts fram).		<p>sas inte hur nämnden kommit fram till sina beslut. I 5 kap 66–67 §§ KL anges de <i>minimikrav</i> som ställs på innehållet i nämndprotokoll. Reglerna innebär bl.a. att förslag och yrkanden, liksom beslut, ska redovisas tydligt. Vidare ska det framgå vilka ledamöter som har deltagit i besluten. Ingen åtskillnad görs mellan informations- och beslutsärenden. För att uppfylla minimikraven i KL bör nämnden alltid skriva ut ordet yrkande då ledamöterna framför olika förslag till beslut. Beslutsgången för varje beslutsärende behöver framgå i protokollet. Revisionen är medveten om att reglerna i KL är utformade för beslutsorgan som är partipolitiskt sammansatta, men revisionen ser inte att KL ger utrymme för att utforma protokollen på annat sätt.</p>
29843 Från rapport 2018 Delrapport Tidigare ID 1317	Nämnden bör revidera arbetsordningen så att den följer kommunallagen.	●	<p>Delår 2021</p> <p>Revisionens uppföljning visar att rekommendationen har åtgärdats.</p>
29871 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1447	Nämnden bör se till att protokoll och/eller anslagsbevis innehåller ett justeringsdatum, som sedan anslagsdatum och datum för nedtagande av anslagsbeviset utgår ifrån.	●	<p>Delår 2021</p> <p>Granskningen visar att anslagsbeviset innehåller relevanta uppgifter och anslagsbeviset har tillgängliggjorts inom föreskriven tid (senast 14 dagar efter justeringsdatum).</p>
29872 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1448	Nämnden bör säkerställa att personalföreträdare endast närvarar i enlighet med kommunallagen.	●	<p>Delår 2021</p> <p>Det framgår inte av KL att personalföreträdare har generell rätt att närvara. Enligt kommunaljuridisk expertis som revisionen konsulterat saknas rättspraxis. Revisionen kan samtidigt konstatera att nämnder inom Region Stockholm gör på olika sätt i denna fråga. Revisionen noterar att Karolinska uppger att ordförande i samråd med sekreterare inför varje möte gör en bedömning av vilka ärenden där det utifrån KL är olämpligt att personalföreträdare deltar.</p>

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			Revisionen rekommenderar Karolinska att tydliggöra detta förfaringssätt i nämndens arbetsordning.
29873 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1449	Nämnden bör ta ställning till väsentliga delar i ärendeprocessen för att definiera vilken kvalitet ärenden och beslutsunderlag behöver ha för att nämnden ska kunna besluta.		Delår 2021 Rekommendationen bedöms som åtgärdad eftersom både nämnden och ledningen antagit flera styrande dokument som på olika sätt definierar ärendeberedningsprocessen till nämnden och vilken kvalitet som ärenden och beslutsunderlag behöver ha.
38382 Från rapport 2019 Årsrapport	Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör säkerställa att ärenden till nämnden inför beslut blir tillräckligt beredda, inklusive att nödvändiga konsekvensanalyser görs.		Delår 2021 Granskningen visar att nämnden och ledningen har antagit flera styrande dokument som på olika sätt definierar ärendeberedningsprocessen och vilken kvalitet som ärenden och beslutsunderlag behöver ha. Det framkommer i granskningen av det finns ärenden där styrdokument inte följts fullt ut, när de gäller vilka underlag som ska finnas i ett ärende. Dessa har stämts av med ledningen på förvaltningen. Ledningen för Karolinska menar att om annat tydligt beslutsunderlag finns behöver inte tjänsteutlåtandet upprepa motiv och konsekvensanalys, även om det enligt nämndens egna styrdokument ska finnas. Revisionen menar att det i förslaget till beslut i så fall tydligt behöver hänvisas till annat beslutsunderlag. När annat tydligt beslutsunderlag saknas och ärendet kan ha konsekvenser för t.ex. ekonomi, patientsäkerhet eller på annat sätt kan anses vara av central betydelse för nämndens styrning behöver dock motiv och konsekvensanalys framgå i tjänsteutlåtande. Revisionen menar vidare att nämndens styrdokument bör uppdateras för att tydliggöra krav på beslutsunderlag för olika kategorier av ärenden, så att besluten blir transparenta och möjliga att följa även för utomstående.

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59893 Från rapport 2020 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att delegerade beslutsrätter i olika planer även framgår i delegationsordningen för att öka tydligheten i ansvar och befogenheter.	–	Delår 2021 Revisionen noterar att Karolinska uppger att arbete pågår. Revisionen avser att göra en samlad uppföljning av rekommendationer relaterade till krisberedskap i årsgranskningen 2021.

Säkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29851 Från rapport 8/2018 Projekt rapport Tidigare ID 1362	Nämnden bör säkerställa att det grundläggande systematiska informationssäkerhetsarbetet omfattar samtliga verksamheter på alla nivåer.	●	Delår 2021 Åtgärder har vidtagits under året, bland annat har rollen som informationssäkerhetssamordnare har etablerats.
29852 Från rapport 8/2018 Projekt rapport Tidigare ID 1363	"Nämnden bör säkerställa att samtliga anställda genomgår regionens utbildning för informationssäkerhet."	●	Delår 2021 Karolinska meddelar att man arbetar med att säkra att all personal ska genomgå DISA (utbildning i informationssäkerhet). Per delår 2021 har 67 procent gått utbildningen.
29862 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1435	Nämnden bör säkerställa att risk- och sårbarhetsanalys samt kontinuitetsplanering genomförs.	●	Delår 2021 Revisionen noterar att Karolinska uppger att arbete pågår. Revisionen avser att göra en samlad uppföljning av rekommendationer relaterade till krisberedskap i årsgranskningen 2021.
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.	–	Delår 2021 Revisionen noterar att Karolinska uppger att arbete pågår. Revisionen avser att göra en samlad uppföljning av rekommendationer relaterade till krisberedskap i årsgranskningen 2021.

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
59894 Från rapport 2020 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att en utvärdering görs av vilken återrapportering som krävs till nämnden vid höjd beredskap för att säkerställa tillräckliga beslutsunderlag i en framtida krissituation.	–	Delår 2021 Revisionen noterar att Karolinska uppger att arbete pågår. Revisionen avser att göra en samlad uppföljning av rekommendationer relaterade till krisberedskap i årsgranskningen 2021.
59895 Från rapport 2020 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att återrapportering sker till nämnden om arbetet med risk- och sårbarhetsanalysen.	–	Delår 2021 Revisionen noterar att Karolinska uppger att arbete pågår. Revisionen avser att göra en samlad uppföljning av rekommendationer relaterade till krisberedskap i årsgranskningen 2021.
59896 Från rapport 2020 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att information vidarebefordras till regionstyrelsen om sårbarhet som behöver åtgärdas på regional nivå.	–	Delår 2021 Revisionen noterar att Karolinska uppger att arbete pågår. Revisionen avser att göra en samlad uppföljning av rekommendationer relaterade till krisberedskap i årsgranskningen 2021.

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29808 Från rapport 8/2015 Projektrapport Tidigare ID 741	Nämnden bör säkerställa att sjukhusen har tillgång till ett enhetligt och effektivt verktyg för schemaläggning av personal.	●	Delår 2021 Karolinska har rekryterat bemanningsspecialister och dessa har påbörjat sitt arbete med att stödja verksamheterna. Sjukhuset ska utvärdera resultat under 2022.
29884 Från rapport 3/2019 Projektrapport Tidigare ID 1587	Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör säkerställa att en tydlig styrnings- och uppföljningsstruktur av sjukhusets patientflöden införs.	●	Delår 2021 Processerna för uppföljning av verksamhetens patientflöden har utvecklats och nämnden samt beredningarna har informerats löpande. Ett förslag på styrmodell för sluten-

Regionrevisorerna


Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			vården finns.
29885 Från rapport 3/2019 Projektrapport Tidigare ID 1588	Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör efterfråga vilka åtgärder som vidtas för att förbättra sjukhusets patientflöden och regelbundet följa upp åtgärderna och dess effekter.	●	Delår 2021 Uppföljningen och förbättringar till verksamhetens patientflöden är en regelbunden punkt i rapporteringen till nämnden/ beredningarna.
38381 Från rapport 2019 Årsrapport	Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör kvalitetssäkra uppgifterna om det verksamhetsmässiga utfallet relativt fullmäktiges mål och jämfört med utvecklingen tidigare år i syfte att ge en korrekt bild.	●	Delår 2021 Revisionen har inte iakttagit att de problem med redovisningen av uppgifter som förekom i verksamhetsberättelsen för 2019 har återkommit. Rekommendationen betraktas därför som åtgärdad.
38383 Från rapport 2019 Årsrapport	Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör säkerställa en regelbunden och systematisk uppföljning av vårdproduktionen	●	Delår 2021 Status på vårdproduktionen avrapporteras enligt behov regelbundet till styrelse och beredningar utifrån den löpande uppföljningen av produktionen. Rekommendationen bedöms därmed vara uppfylld.

Regionrevisorerna




Rekommendationer till ledning – Delår 2021

Karolinska Universitetssjukhuset

Ekonomistyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
38385 Från rapport 2019 Årsrapport	Ledningen för Karolinska universitetssjukhuset bör komplettera produktions- och ekonomistyrningsmodellen med hur modellen förhåller sig till andra styrande dokument inom regionen		Delår 2021 Rekommendationen är inte längre aktuell och tas bort med hänvisning till rekommendation 38384.

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29600 Från rapport 2019 Årsrapport Tidigare ID 273	Ledningen bör säkerställa att nyckelkontroller genomförs och dokumenteras inför utbetalning av lön		Delår 2021 Revisionen har inom ramen för genomförd löpande granskning noterat att kontroll av signaler för potentiella fel kontrolleras på ett systematiskt sätt av lönehandläggare inför löneutbetalning. Fortsatt finns dock brister i chefers nyttjande av provlön inför utbetalning av lön.
29844 Från rapport 2018 Delrapport Tidigare ID 1318	Ledningen bör säkerställa en registerförteckning som uppfyller kraven i dataskyddsförordningen.		Delår 2021 Nytt registerverktyg är under implementering. Verktöget uppfyller kraven i dataskyddsförordningen.
29845 Från rapport 2018 Delrapport Tidigare ID	Ledningen bör vidta åtgärder så att genomförande av egenkontroller och riskanalyser prioriteras av verksamheterna när det gäller efterlevnad av GDPR.		Delår 2021 En ny informationssäkerhetssamordnare finns på plats. Ett nätverk av informationssäkerhetskoordinatorer har inrät-

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
1319			tats i organisationen. Arbeta pågår med att etablera ett systematiskt arbete med riskanalyser och egenkontroller.
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.	●	Delår 2021 Sjukhuset uppger att verksamheten inte har fått information om att HSF arbetar med att utveckla en ny modul för klagomålshantering i Edit. HSF har arbetat med att utveckla en klagomålshanteringsmodul i Händelsevis och integration gentemot 1177. Klagomålshanteringen via 1177 och Händelsevis kommer inom kort implementeras på sjukhuset.

Oegentligheter

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29859 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1432	Ledningen bör göra en riskbedömning avseende oegentligheter och säkerställa att det finns kontroller inom de områden där de största riskerna för oegentligheter identifierats.	●	Delår 2021 Sjukhuset har fastställt ett uppdaterat sjukhusövergripande Compliance program. I det ingår risker för oegentligheter samt kontroller inom områdena där risk för oegentligheter har identifierats.
29860 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1433	Ledningen bör säkerställa att alla nyanställda deltar i introduktionsutbildningen.	●	Delår 2021 Uppföljning av deltagande görs enligt Karolinska vid varje utbildningstillfälle och vid de årliga medarbetarsamtalen men det saknas en sammanställd uppföljning som visar hur stor andel av nyanställda som går utbildningen. Sjukhuset planerar att genomföra utvärderingarna genom enkäter för att fånga deltagande och kvalitet i utbildningen. Karolinska har arbetat med frågan under året men rekommendationen kvarstår som delvis åtgärdad.
29868 Från rapport	"Skydd mot otillåten påverkanLedningen bör besluta om riktlinjer för skydd mot hot och våld mot anställda."	●	Delår 2021

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2018 Årsrapport Tidigare ID 1441			Ett arbete pågår på sjukhuset när det gäller att tydliggöra riktlinjer i syfte att stödja en tillräcklig och sammanhållen hantering över hela sjukhuset. Arbetet beräknas slutföras under året.






Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29876 Från rapport 1/2018 Projekt rapport Tidigare ID 1454	Ledningen bör dels säkerställa att verksamheterna använder systemet HändelseVis, dels tillsammans med hälso- och sjukvårdsförvaltningen utveckla ett fungerande system för registrering och uppföljning av avvikelser i arbetsmiljöarbetet.	●	Delår 2021 En ny version av arbetsmiljöprocessen i Händelsevis har tagits fram i en process på regional nivå där Karolinska bidraget. Processen planeras att fastställas under året.






Räkenskaper

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29847 Från rapport 2018 Delrapport Tidigare ID 1323	Ledningen bör se till att attestlistor uppdateras och kontrolleras regelbundet för att undvika felaktiga attester	●	Delår 2021 Revisionen har inom ramen för genomförd löpande granskning identifierat några avvikelser gällande attester. Avvikelsen som gav upphov till rekommendationen härrör från granskning av utlandsresor, men problemen gäller attesthantering generellt. Rekommendationen uppdateras för att återspegla detta.
29855 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1428	Ledningen bör säkerställa möjligheten till kontroll och öka spårbarheten genom att se till att namnförtydligande alltid finns när beslut om lönetilllägg undertecknas.	●	Delår 2021 Revisionens uppföljning visar att blankett är publicerad på Karolinskas intranät sedan ett år tillbaka och bedöms användas i majoriteten av fallen. Underlag för interna stickprovskontroller avseende att blankett är korrekt ifylld har dock ej kunnat erhållas.

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29857 Från rapport 2018 Årsrapport Tidigare ID 1430	Ledningen bör regelbundet genomföra uppföljande efterkontroller av lönetillägg i syfte att säkerställa en tillräcklig intern kontroll.		Delår 2021 Revisionens uppföljning visar att Implementering av rutin för uppföljning av lönetillägg är pågående. Revisionen har därför inte kunnat verifiera denna vid detta granskningstillfälle.
29881 Från rapport 2019 Delrapport Tidigare ID 1554	Ledningen bör stärka rutinerna för att säkerställa att aktivering av anläggningstillgångar sker enligt god redovisningssed.		Delår 2021 Revisionen konstaterar att Karolinska har aktiverat de anläggningar som överförts till Karolinska från NKS-bygg avseende NKS (MT- och IKT-programmen). I den löpande granskningen noterar revisionen dock att aktivering släpar för överlämnade och fakturerade anläggningar inom ramen för Chopin-programmet.
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.		Delår 2021 Revisionen har genomfört en fördjupad granskning av projektredovisningen som visar att den interna kontrollen inte är tillfredsställande. Revisionen har i granskningen identifierat ej balansgilla poster uppgående till 117 mnkr.
38388 Från rapport 2019 Årsrapport	Ledningen för Karolinska universitetssjukhuset rekommenderas att se till att hanteringen i fakturaflödet påskyndas så att balansräkningen inte blir missvisande på tillgångssidan.		Delår 2021 Revisionen noterar att Karolinska infört nya rutiner för att säkerställa och påskynda attest av fakturor, vilket revisionen ser som positivt. Inom ramen för löpande granskning av anläggningstillgångar noteras dock att aktivering av anläggningar kopplade till Chopin-programmet försenats under varen.
38389 Från rapport 2019 Årsrapport	Ledningen för Karolinska universitetssjukhuset rekommenderas att se till att upplysningar lämnas om framtida åtaganden som är väsentliga.		Delår 2021 Revisionen har inget att anmärka utifrån delåret. Kommer granska på nytt i samband med årsgranskningen.

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
47271 Från rapport 2020 Delrapport	Ledningen bör säkerställa att attestanter inte attesterar sina egna kostnader och utlägg.		Delår 2021 Revisionens granskning av förtroendekänsliga poster visar att det för endast 10 av 16 granskade poster varit möjligt att verifiera om attestanten var oberoende (ej attesterade aktivitet som berör denne själv).
47272 Från rapport 2020 Delrapport	Säkerställa att aktivering avseende MT- och IKT-programmen slutförs under år 2021 för att säkerställa en rättvisande redovisning i årsbokslut 2021 och framöver.		Delår 2021 Revisionens uppföljning visar att all MT- och IKT-utrustning inom ramen för MT- och IKT-programmen har aktiverats per delårsbokslutet 2021. En utrustning inom ramen för MT- och IKT-programmen har dock ännu ej levererats. Revisionen har i löpande granskning inte identifierat några tecken på icke-rättvisande redovisning i relation till MT- och IKT-programmen avseende NKS.
57673 Från rapport 2020 Delrapport	Säkerställa att inventering sker av MT- och IKT-utrustning anskaffad inom ramen för de särskilda MT- och IKT-programmen.		Delår 2021 Karolinska anger att inventering genomförs under den senare delen av hösten. Karolinska uppger även att ett utvecklingsarbete avseende inventeringsprocessen pågår. Revisionen kommer att följa upp inventeringen i samband med årsgranskningen.
59898 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att tillräckliga bokslutsspecifikationer och väsentliga bokföringsunderlag bifogas årsbokslutet.		Delår 2021 Revisionen har inom ramen för delårsgranskningen inte identifierat några väsentligt bristande underlag med undantag för projektredovisning (kto 2970) där det relativt ofta saknas externt bidragsbeslut.
59899 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör stärka den interna kontrollen i bokslutsprocessen för att säkerställa följsamheten mot god redovisningssed i väsentliga poster i upprättat bokslut.		Delår 2021 Revisionen har inom ramen för genomförd delårsgranskning inte identifierat några väsentliga avvikelser med un-

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			dantag för projektredovisningen.
59900 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att rutinerna för tilldelning av behörighet samt borttag av behörigheter i ekonomisystemet efterlevs fullt ut.	●	Delår 2021 Revisionens uppföljning visar att det finns etablerade rutiner för behörighetshantering. En ny blankett har införts och den har ännu inte granskats av revisionen.
59901 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att underlag bifogas samtliga manuella bokföringsordrar.	●	Delår 2021 Revisionens uppföljning i delåret har ej påvisat något som motstrider detta, men den granskning som genomförs i delårsbokslutet är alltför översiktlig för att revisionen ska kunna göra en bedömning.
59902 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen börse över samtliga verifikationsstyper och löpande passivsätta verifikationsstyper som inte används.	—	Delår 2021 Revisionen har inte genomfört någon kontroll eftersom rutinen vid tidpunkten för granskning var under framtagande.
59903 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att underlag till kreditering alltid finns bifogat verifikationen i ekonomisystemet.	●	Delår 2021 Revisionens uppföljning visar att underlagen finns tillhanda i separat pärm.
59904 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att det alltid föreligger dualitet vid attest.	—	Delår 2021 Revisionen har inte genomfört någon kontroll eftersom rutinen vid tidpunkten för granskning var under framtagande.

Strategisk styrning och organisation

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29818	Ledningen bör revidera sjukhusdirektörens arbets- och	●	Delår 2021

Regionrevisorerna


Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Från rapport 2017 Delrapport Tidigare ID 1046	delegationsordning (vidaredelegation) för att säkerställa ett övre beloppstak för de beslut som vidaredelegeras- att det finns samstämmighet i de dokument som reglerar beslutsfattandet- att endast förvaltningschefen kan vidaredelegera beslut enligt kommunallagens mening.		Uppföljningen visar att nämndens arbets- och delegationsordningar har reviderats i enlighet med rekommendationen.

Säkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29825 Från rapport 2017 Årsrapport Tidigare ID 1216	Ledningen bör stärka säkerhetsarbetet för att bl.a. minska risken för stölder och se till så att rekommendationer från säkerhetsavdelningen följs.	●	Delår 2021 Arbetet med att uppdatera relevanta instruktioner pågår och sjukhuset bedömer att arbetet är klart vid årets slut. Organisationen fortsätter löpande att utvecklas beroende på verksamhetens behov.
29846 Från rapport 2018 Delrapport Tidigare ID 1320	Ledningen bör säkerställa att befintliga personuppgiftsbiträdesavtal efterlevs och att avtal och instruktioner finns med alla personuppgiftsbiträden.	●	Delår 2021 En handlingsplan för informationssäkerhetsarbetet har beslutats. Rutiner för kontroll av efterlevnad är under utveckling.
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.	●	Delår 2021 Karolinska har kontrollerat all IT-personal och kontroll av vårdpersonal pågår. Ett nätverk av representanter för informationssäkerhetsfrågor i verksamheten har etablerats.
59897 Från rapport 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa rutiner för diarieföring och dokumenthantering vid kris.	●	Delår 2021 Revisionen noterar att Karolinska har ett pågående arbete där bl.a. rollen som ansvarig för dokumentation och diarieföring tydliggörs. Revisionen avser att göra en samlad uppföljning av rekommendationer relaterade till krisberedskap i årsgranskningen 2021.

Regionrevisorerna

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
57172 Från rapport 11/2020 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		

Ärende/D-nr: K 2021-4645

Yttrande över regionrevisorernas årsrapport 2020

Styrelsen (nämnden) för Karolinska Universitetssjukhuset har tagit del av Regionrevisorernas årsrapport 2020 och dess rekommendationer.

Sammanfattningsvis skriver regionrevisorerna

Granskningen visar att det ekonomiska resultatet bedöms ha uppnåtts medan det verksamhetsmässiga resultatet, utifrån de förutsättningar som pandemin inneburit, i huvudsak bedöms ha uppnåtts.

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.

Revisionen bedömer, utifrån genomförd granskning och de förutsättningar som pandemin inneburit, att den interna styrningen och kontrollen sammantaget har förbättrats på flera punkter samtidigt som granskningarna även visar att det återstår brister som nämnden behöver åtgärda.

Vidare anger regionrevisorerna att revisionsansvaret för nämnder är i många fall svåra att bedöma beroende på den pågående coronapandemin.

Nämndens yttrande över rapporten

Styrelsen anser att verksamheten vidtagit tillräckliga åtgärder under året för att stärka den interna styrningen och kontrollen, vilket inte minst medförde en markant förbättring av det ekonomiska resultatet och det faktum att Karolinska under år 2020 hade en ekonomi i balans. Den ekonomiska utvecklingen år 2020 bröt en flerårig trend av ökande negativa utfall. Under år 2020 förbättrade Karolinska resultatet från minus 1867 Mkr till plus 73 Mkr. Denna ekonomiska förbättring är historisk.

Verksamhetsåret var mycket påfrestande, där Karolinska vårdade 20 procent av alla inneliggande covid patienter i Sverige, samtidigt som verksamheten uppnådde 105,7 % av produktionsuppdraget. Ytterligare verksamhetsmässiga framgångar var bl a antalet vårdplatser som ökade med 30 procent, minskade köer och inga canceroperationer utförda efter medicinskt godtagbar tid. Newsweeks utvärdering av Karolinskas verksamhet år 2020 resulterar i sjundeplacering på världsrankningen för universitetssjukhus.

Den kontinuerliga utvecklingen av Karolinskas interna styrning under 2020 gör att styrelsen bedömer att verksamheten under året hade en väl fungerande organisation, effektiva



processer, och en ändamålsenlig styrning samt kontroll. Det omvända hade inte möjliggjort en ekonomi i balans samt en högpresterande produktion.

Styrelsen har svårigheter att förstå Regionrevisorernas övergripande bedömning att nämndens styrning och kontroll inte är tillräcklig som anges i revisionsberättelsen. Denna bedömning baseras på de övergripande rekommendationer som har presenterats i Regionrevisorernas årsrapport. Styrelsen vill därmed få ett klargörande om vad som ligger till grund för den kritiska bedömningen i revisionsberättelsen 2020. Vilka brister är så väsentliga att den interna kontrollen och styrningen inte är helt tillräcklig? Styrelsen har noterat att Regionrevisorerna presenterat sin bedömning i årsrapporten 2020. Styrelsen önskar att få ta del av bevekelsegrunden för att Regionrevisorerna även väljer att presentera en kraftfull kritik i revisionsberättelsen jämfört med att enbart ange denna bedömning i årsrapporten.

Avseende Regionrevisorernas rekommendationer, kommer Sjukhusledningen på uppdrag av styrelsen att överväga och bedöma om det kan anses relevant att vidta ytterligare åtgärder som syftar till att förstärka den interna styrningen och kontrollen. Styrelsen följer kontinuerligt detta arbete i syfte att säkerställa genomförandet och implementering av relevanta samt nödvändiga rutiner och processer.

Beslut i detta ärende har fattats av styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset vid dess sammanträde den 14 juni 2021 efter föredragning av tf ekonomidirektör Patrik Tolf.

Elektronisk signering, se nästa sida.

Håkan Sörman
Styrelsens ordförande



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

Document ID:
6F6FD6D8EAB4087823A12DDC03896E4

List of Signatures

Page 1/1

Yttrande över regionrevisorernas årsrapport 2020 slutlig.pdf

Name	Method	Signed at
Claes Håkan Sörman	BANKID	2021-06-17 18:56 GMT+02



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

External reference: 6F6FDF6D8EAB4087823A12DDC03896E4

mån 14 juni 2021, 13:00 - 17:00

Via länk

Deltagare

Styrelsemedlemmar

Håkan Sörman (Ordförande), Eva Fernvall (Ledamot), Håkan Nilsson (Ledamot), Eva-Lotta Löwstedt Lundell (Ledamot), Peter Aspelin (Ledamot), Karin Eliasson (Ledamot), Magnus Fagerstedt (Ledamot), Carina Lundberg Uudelepp (Regiondirektör, Deltog ej i: 14, 15, 16, 17, 18, 18.1, 18.2, 19, 20, 20.1, 20.2, 22, 24), Björn Zoëga (Sjukhusdirektör), Mia Lehtonen (Personalföreträdare, Deltog ej i: 21, 23), Yvonne Dellmark (Personalföreträdare, Deltog ej i: 10, 11, 12, 21, 23), Rune Engleskär (Personalföreträdare, Deltog ej i: 21, 23), Patrik Tolf (Tf ekonomidirektör), Helena Sundén (Sekreterare)

Föredragande

Torbjörn Söderström (Chefläkare, Närvarande vid: 13), Charlotte Backman (Chef IT utveckling och vårdinformation, Närvarande vid: 14, 21), Patricia Enocson (HR-direktör, Närvarande vid: 15), Caroline Herlin (Operativ chef, Närvarande vid: 17), Lars Falk (Verksamhetschef, Närvarande vid: 23), Martin Ekman (Business Controller, Närvarande vid: 23)

Mötesprotokoll

1. Mötets öppnande

Håkan Sörman

Styrelseordföranden förklarade mötet öppnat.

2. Fastställande av dagordning

Beslut

Håkan Sörman

Styrelsen beslutade att justera dagordningen så att punkt 21 behandlades efter punkt 14 samt att punkt 23 behandlades efter punkt 21.

Med dessa förändringar beslutade styrelsen att fastställa dagordningen.

3. Eventuella jävsförhållanden eller intressekonflikter

Beslut

Håkan Sörman

Inga jävsförhållande eller intressekonflikter anmälades.

4. Val av justerare

Beslut

Håkan Sörman

Styrelsen beslutade att utse Håkan Nilsson och Karin Eliasson att, jämte ordföranden justera protokollet.

5. Föregående mötesprotokoll samt logglista


Beslut

Håkan Sörman

(2021-4749)

Styrelsen beslutade att lägga mötesprotokollet från den 24 maj samt logglistan till handlingarna.

 P5. Justerat styrelseprotokoll 2021-05-24.pdf

 P5. Logglista styrelsen 2021-06-14.pdf

6. Sjukhusdirektörens rapport inkl produktion och covid-19-information

Information

Björn Zoëga

(K2021-4749)

Sjukhusdirektören rapporterade enligt underlagen:

- K är utsett till Europas smartaste sjukhus i tidningen Newsweeks ranking
- Barnköer är i balans, dock är det högt tryck och mycket patienter på barnakuten



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

Document ID
6FA8EB7A264341B999AD7B013BEC7A8D

- Cancersköer är i balans men en utmaning och sjukhuset följer detta veckovis
 - Antal månadsanställda är fler än föregående år, arbete pågår med att se över detta
 - K har påbörjat arbetet med en förtydligat kvalitetsmodell genom fokus på kvalitet, vårdnära styrning och förenklingar. Första steg i arbetet är att ta fram indikatorer på ME och omvårdnadsområdesnivå vilka förankras i respektive tema och funktion.
- Styrelseordföranden kommenterade att det är bra med starkt kvalitetsfokus i hela organisationen samt att det är viktigt att K kontinuerligt jämför sitt arbete med andra lämpliga aktörer. Personalrepresentant kommenterade att det är bra att arbete bedrivs med att förtydliga kvalitetsarbetet samt i detta också ta med arbetsmiljöaspekter.
- Sjukhusdirektören kommenterade frågorna i media avseende IVA sjuksköterskor, K har inte haft lika lätt att rekrytera IVA sjuksköterskor 2021 som tidigare år. Frågan är i fokus och en arbetsgrupp ses varje vecka tillsammans med sjukhusdirektören för att hantera frågan.
- Sjukhusdirektören beskrev att en medieanalys har genomförts som visar att K har en ökning i positiva och neutrala tidningsartiklar från år 2019 då siffran låg på 47% till 2021 då 84% av nyheterna om K har en positiv eller neutral inriktning. Styrelsen kommenterade att detta är en eloge till K för det fina arbete som bedrivs på sjukhuset.
- Covid-19, fortsatt nedgående trend PCR positiva, färre covid-19 patienter både inom geriatrik och IVA. K har under maj månad återgått till att hantera Covid-19 inom ordinarie vårduppdag.
 - Slutenvård, utfall mot plan till och med maj
 - Öppenvård över plan till och med maj, detta genom att K fortsatt att genomföra patientmöten både digitalt och på sjukhuset
 - DRG avseende Covid-19 väntas bli klart inom de kommande veckorna, DRG är svårt att följa upp innan hanteringen av ersättningen är klar
 - Tillgänglighet, fler som väntar på operation så denna fråga i fokus. K har fler vårdplatser är tidigare år.

Styrelsen beslutade
att lägga rapporten till handlingarna.

 P6. Styrelsen BZ juni 2021.pdf

7. Rapportering från Vårdberedningen

(K2021-4749)

Vårdberedningens ordförande rapporterade om de ärenden vårdberedningen behandlat sedan förra styrelsemötet. Diskussion i vårdberedningar har bland annat avsett patientinflytande och kvalitet. Patientsäkerhetsberättelsen och kvalitetsbokslut har hanterats och vårdberedningen kan konstatera att dessa är tydliga och välskrivna dokument.

Vårdberedningen har formulerat förslag till granskningsområden avseende patientinflytande och kompetensförsörjning för internrevision.

En rapport har också lämnats från HR-direktören avseende delegation av arbetsmiljöansvar på K och detta arbete kommer att vara slutfört innan midsommar.

Styrelsen beslutade
att notera informationen.

8. Rapportering från Ekonomiberedningen

(K2021-4749)

Ekonomiberedningens ordförande rapporterade om de ärenden ekonomiberedningen behandlat sedan förra styrelsemötet. Diskussion i ekonomiberedningen har bland annat avsett resultat till och med maj. Ekonomiberedningen noterar att K inte fått ersättning för samtliga Covid-19 kostnader.

Ekonomiberedningen har diskuterat upphandlingsfrågor avseende Take Care och leasing av helikopter vilka kommenteras separat under respektive punkt i protokollet.

Investeringsstrategi har diskuterats, ekonomiberedningen noterar att det kopplat till denna finns utrymme att minska kostnader genom bland annat tydligare uppföljning av avtal.

Ekonomiberedningen förbereder uppdrag för internrevisor inom områdena, IT, infosäkerhet samt gransdragning/genomlysning av samarbete och samarbetsytor med KI. Uppdraget kommer att formaliseras vid möte under kommande vecka.

Styrelsen beslutade
att notera informationen

Information
Peter Aspelin

Information
Eva-Lotta Löwstedt Lundell



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

Document ID:
6FA8EB7A264341B909A0780113BE07A60

9. Ekonomi, rapportering

(K2021-4749)

Tf ekonomidirektör lämnade en ekonomisk rapport enligt underlaget.

- Resultat tom maj månad uppgår till 7 mkr jämfört med -1425 mkr föregående år och budget 110 mkr. K har haft merkostnader för Covid-19 om 478 mkr och fått ersättning med 250 mkr, varvid resultatet exklusive merkostnader uppgick till 235 mkr.

Styrelseordföranden ställer fråga till regiondirektören om det finns någon uppdatering avseende dialog mellan region Stockholm och staten avseende ersättning för Covid-19 kostnader.

Regiondirektör svarar att inget i sak är förändrat sedan tidigare styrelsemöte.

- Merkostnad covid-19 har minskat något men ingen väsentlig skillnad.

Styrelsen kommenterar att det är viktigt med fokus på hur covid-19 merkostnader fasas ut och övergår till ordinarie verksamhet, antingen som lägre kostnader eller tydligt ökad produktion.

- Prognosen för budgetåret är i nuläget oförändrad.

Fråga från styrelsen om KPI:er som kommer att justeras, sjukhusdirektören förtydligar att de styrelse KPI:er som baseras på DRG-vikt kommer att justeras under kommande veckor.

Ekonomiberedningens ordförande rapporterar att ekonomiberedningen har gått igenom det förtydligade budgetunderlag som efterfrågades vid förra styrelsemötet. Ekonomiberedningen har fått svar på de frågor man hade.

Styrelsen beslutade

att lägga rapporten samt förtydligandet till handlingarna.

 P9. Månadsrapport 202105_styrelse 20210614.pdf

Information

Patrik Toif

10. Yttrande över Regionrevisorernas årsrapport 2020

(K2021-3721)

Styrelsens beslutade

att godkänna förslaget till yttrande.

 P10. Förslag till Yttrande över regionrevisorernas årsrapport 2020 slutlig.pdf

Beslut

Patrik Toif

11. Uppdrag internrevision hösten 2021

(K2021-4749)

Ekonomiberedningens ordförande anförde att ett uppdrag för internrevisor som kommer att läggas ut på extern konsult under 2021 ska fastställas av ekonomiberedningen under veckan. Uppdraget som internrevisor kommer att annonseras genom förnyad konkurrensutsättning efter sommaren. Vårdbereidningens ordförande anförde att förslag från vårdbereidningen avseende granskningsområden för internrevision finns framtagna och beskrivs under punkten 7.

Styrelsen beslutade

att notera informationen.

Information

Patrik Toif


12. Upphandling, presentation av ny ordning

(K2021-4749)

Ekonomiberedningens ordförande anförde att ekonomiberedningen efter att ha läst arbets- och delegationsordningen kan konstatera att K har en fungerande struktur för upphandling. Styrelsen poängterar vikten av att denna följs. Ekonomiberedningen önskar återrapportering avseende upphandlingar på K två gånger per år.

Styrelsen beslutade

att notera informationen.

 P12. Presentation Upphandling- arbets- och delegationsordning.pdf

Information

Patrik Toif



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

Document ID
6F7A2EB7A264741B999AD78013BEC7A6D

13. Ny riktlinje för läkemedelsintroduktion

(Dnr K2021-3863)

Torbjörn Söderström presenterade ny riktlinje för förtydligt arbetssätt vid läkemedelsintroduktion. Frågor ställdes från styrelsen om hur uppföljning av arbetssätt enligt ny riktlinje kommer att genomföras. Torbjörn Söderström svarade att detta är en mycket viktig fråga avseende vilken arbete pågår.

Styrelsen beslutade
att godkänna förslag till ny riktlinje för läkemedelsintroduktion.

-  P13. Riktlinje för läkemedelsintroduktion.pdf
-  P13. Riktlinje för läkemedelsintroduktion. Tjänsteutlåtande. .pdf

Närvarande: Torbjörn Söderström (Chefläkare)

Beslut
Torbjörn Söderström

14. Kompletterande information till IT-strategi

(K2021-4490)

Charlotte Backman presenterade, enligt önskemål vid föregående styrelsemöte, ett förtydligande avseende värddatalager samt att IT-strategi framtagits för att säkerställa inoperabilitet. IT-strategin innebär att man krävställer applikationer och öppna standarder som ger informationsutbyte med enklare integrationer.

Styrelsen frågar om hur man resonerat kring risken för att K utvecklar system och blir monolit, att andra aktörer inom regionen inte avser att ansluta till lösningen samt om det finns en beredskap för när man eventuellt ska avbryta arbetet utifrån kostnadsaspekten. Fråga ställs också om detta är inom budgetram och inom ram för regionens uppfattning.

Styrelseordföranden efterfrågar regiondirektörens uppfattning. Regiondirektören ber att få återkomma i frågan vid mötet i september. Sjukhusdirektören förtydligar att K fått till uppdrag att utveckla ett gemensamt värddatalager. Styrelsen poängterar att det är viktigt att i strategin ha en plan för när arbete ska avbrytas om medfinansierande parter drar sig ur.

Styrelsen önskar ny rapportering beskrivande IT-strategin i dess helhet vid styrelsemötet i september.

Styrelsen beslutade
att notera informationen.

-  P14. IT-strategi_komplettering.pdf

Närvarande: Charlotte Backman (Chef IT utveckling och vårdinformation)

Information
Charlotte Backman

15. HR uppdatering

(K2021-4749)

HR-direktören presenterade enligt underlagen. Frågan om ökat antal anställda diskuterades. Sjukhusdirektören bad att få återkomma i frågan efter en förnyad genomgång med verksamheten.

Styrelsen beslutade
att notera informationen.

-  P15. Personalsituationen 210611 till styrelsen.pdf

Närvarande: Patricia Enocson (HR-direktör)

Information
Patricia Enocson

16. Justering av styrelseindikator avseende patientnöjdhet

(K2021-4749)

Kanslichef Rättskansliet presenterade enligt underlagen.

Styrelsen beslutade
att godkänna förslaget till uppdaterad styrelseindikator avseende patientnöjdhet.

-  P16. Justerad styrelseindikator patientnöjdhet.pdf

Beslut
Helena Sunden



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

Document ID
8FA4EB7A264341B999AD7B013BEC7A8D

17. Styrmodell - slutenvård

Sjukhusdirektören och Caroline Herlin presenterade enligt underlagen. Sjukhusdirektören beskrev att detta är en informationspunkt avseende ett arbets sätt som innan det kan införas i andra delar av organisationen ska följa den interna processen och bland annat tas till samverkan.

Styrelsen kommenterade att det beskrivna arbetssättet är bra och ger mycket ny kunskap om patientflöden och bemanning. Styrelsen noterar att organisationsformen på K har bidragit till att lösa utmaningarna. Styrelsen önskar återkoppling i kommande gemensam beredning avseende tidplan för de interna processerna.

Personalföreträdare kommenterade att det är positivt att denna typ av åtgärder har vidtagits på K samt att det är viktigt att detta också diskuteras på APT möten och i relation till det arbete som bedrivs inom området arbetsmiljö.

Styrelsen föreslås besluta
att notera informationen.

 P17. Styrmodell slutenvård.pdf

Närvarande: Caroline Herlin (Operativ chef)

Information
Björn Zoëga | Caroline Herlin

18. Skriftlig rapportering

Styrelsen besluta
att notera informationen.

Information
Helena Sunden

18.1. Patientsäkerhetsberättelse

 P18.1. Patientsäkerhetsberättelse 2020.pdf

 P18.1. Rapport Intensifierat systematiskt patientsäkerhetsarbete under covid-19.pdf

18.2. Kvalitetsbokslut

 P18.2. Kvalitetsbokslut 2020.pdf

19. Programpunkter till styrelseseminarier 28 september

Områden för diskussion vid kommande styrelseseminarium:

- vägen mot att nå K framtida vision inklusive omvärldsanalys
- kommunikationsstrategi inklusive medieanalys
- jurer

Styrelsen beslutade

att uppdraga till styrelseordföranden, vice ordföranden, sjukhusdirektören samt styrelsens sekreterare att sammanställa plan för seminariet utifrån ovan angivna områden.

Beslut
Helena Sunden

20. Anmälningar

(K2021-4749)

Styrelsen beslutade

att lägga anmälningarna med godkännande till handlingarna.

Information
Helena Sunden


20.1. Anmälan av beslut som fattats med stöd av delegation

 P20.1.6. K2020-7753 Yttrande till IVO dnr 09969 2021 1.pdf


 P20.1.2. K2020-3678 Överenskommelse om finansiering av hyreskostnader plan 4 forskningsbyggnaden U2 Bioclinicum Karolinska Univ sjukhuset Solna.pdf

 P20.1.1. K2021-4265 Remissvar angående omarbetat förslag till nya föreskrifter om blodverksamhet dnr 3.1.1-2020.031791.pdf

 P20.1.3. K2021-3023 Yttrande över remiss avseende FoUU-strategi för RS dnr 2019-0750.pdf

 P20.1. Sammanställning av beslut som fattats med stöd av delegation.pdf

20.2. Anmälan av ärenden för kännedom

 P20.2. Sammanställning av ärenden för kännedom.pdf



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

Document ID:
6FA8EB7A264341B999AD7B013BEC7A8D

21. Övriga frågor

Information
Helena Sundén

Charlotte Backman beskriver att arbete pågår avseende upphandling av Take Care vilket Karolinska förvaltar för regionens räkning. Det finns i dagsläget inget underlag för att framställa ett anskaffningsuppdrag för beslut i styrelsen. Arbete i samråd med inköp pågår liksom förhandling avseende förnyad avtal Take Care. Styrelsen önskar skriftligt förtydligande avseende tänkt form för upphandling samt en juridisk bedömning av upphandlingsläget till nästa styrelsemöte.

Styrelsen beslutade

att avvakta ett förtydligt skriftligt underlag för bedömning innan något beslut i frågan fattas.

 P21. Övriga frågor Take Care.pdf

Närvarande: Charlotte Backman (Chef IT utveckling och värdinformation)

22. Kommande sammanträden

Information
Helena Sundén

2021

29 september (28 september seminarium)

18 oktober

13 december

23. Upphandlingsärende - leasing helikopter

Beslut
Patrik Toif


(K2021-4363)

Tf ekonomidirektör informerade tillsammans med verksamhetschef Lars Falk och business controller Martin Ekman enligt underlagen.

Styrelsen efterfrågade en justering avseende det presentationsmaterial som visades, avseende antal resor som behöver genomföras för att nå kostnadstäckning, innan justering av protokollet.

Styrelsen beslutade

att godkänna upphandling enligt underlag efter justering av presentation.

 P23. Upphandling Intensivvårdshelikoptertjänst med riskanalys.pdf

 P23. Lajka - uppdaterat m. riskanalys.pdf

Närvarande: Lars Falk (Verksamhetschef), Martin Ekman (Business Controller)

24. Avslutande av mötet

Håkan Sörman

Styrelseordföranden avslutade sammanträdet.



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

Document ID:
6FA8EB76264111B599AD7B613BEC7A6D

Justering, sammanträde i styrelsen för Karolinska
Universitetssjukhuset 14 juni 2021. Elektronisk
justering , se nästa sida. Justeringsdatum: 2021-
06-21



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

Document ID:
6FA8E87A264341B999AD79B11BEC7A6D

List of Signatures

Page 1/1

Protokoll_Styrelsesammanträde Karolinska Universitetss_140621.pdf

Name	Method	Signed at
HÅKAN NILSSON	BANKID	2021-06-21 21:29 GMT+02
Claes Håkan Sörman	BANKID	2021-06-21 13:46 GMT+02
Karin Birgitta Eliasson	BANKID	2021-06-21 10:31 GMT+02
Marie Helena Sundén	BANKID	2021-06-21 10:27 GMT+02



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

External reference: 6FA8EB7A264341B999AD7B013BEC7A6D