2026-02-17 K 2026-0105

Sammanträde i nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset (K 2026-0589)

Datum för justering: P12. 2026-02-17

Deltagare:
Nämndmedlemmar
Göran Stiernstedt (Ordförande), Annika Wallenskog (Vice ordförande), Agneta Jöhnk (Ledamot), Tomas Brytting (Ledamot), Sari Säisä-Ponzer (Ledamot), Christophe Pedroletti (Sjukhusdirektör), Lisa Pantzar (T f Ekonomidirektör), Christin Serlow (Sekreterare), Mikael Ohrling (Sjukvårdsdirektör), Mia Lehtonen (Personalföreträdare), Rune Engleskär (Personalföreträdare), Yvonne Dellmark (Personalföreträdare)

Mötesprotokoll

P12. Fastställande av verksamhetsberättelse 2025 Karolinska Universitetssjukhuset (K 2026-0105) (omedelbar justering)

Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset beslutade
att godkänna Karolinska Universitetssjukhusets Verksamhetsberättelse 2025 Karolinska Universitetssjukhuset och
att förklara punkten omedelbart justerad.

Bilagor

P12.Tjänsteutlåtande nämnden – Verksamhetsberättelse 2025
P12. Ej nämndbehandlad – Tjänstemannabehandlad – Verksamhetsberättelse 2025 Karolinska Universitetssjukhuset

Christin Serlow
Sekreterare

Justeras
Göran Stiernstedt
Nämndens ordförande

Justeras
Annika Wallenskog
Ledamot

Delges: Regionledningskontoret, registrator K

KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Tjänsteutlåtande

2026-02-17 Dnr: K 2026-0105

Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset

P12. Verksamhetsberättelse 2025

Ärendebeskrivning
Verksamhetsberättelse 2025 för Karolinska Universitetssjukhuset. Nämnden upprättar verksamhetsberättelsen i enlighet med RLKs direktiv och anvisningar.

Beslutsunderlag
Tjänsteutlåtande
Verksamhetsberättelse 2025

Förslag till beslut
Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset beslutar
att godkänna förslaget till Karolinska Universitetssjukhusets Verksamhetsberättelse 2025,
att förklara punkten omedelbart justerad.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Verksamhetsberättelse 2025 för Karolinska Universitetssjukhuset ska fastställas av nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset och rapporteras till Region Stockholm senast 2026-02-27.

Ekonomiska konsekvenser
-

Konsekvenser för patientsäkerhet
-

Miljö-/arbetsmiljökonsekvenser
-

Övriga konsekvenser
-

Facklig samverkan
-

Christophe Pedroletti
Sjukhusdirektör

Föredragande
Lisa Pantzar
Tf Ekonomidirektör

Beslutet expedieras till:

VI ÄR EN DEL AV REGION STOCKHOLM

Karolinska Universitetssjukhuset

Verksamhetsberättelse

December 2025

Innehållsförteckning

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar 4
1.1 Väsentliga händelser 4

2 Styrning och ledning 10
2.1 Verksamhetsfakta 10
2.2 Mål 11
2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa 11
2.2.2 Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant 14
2.2.3 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv 15
2.2.4 Kompetensförsörjningen är långsiktig 19
2.3 Uppdrag 21
2.4 Intern kontroll 21
2.4.1 Arbetet med intern kontroll 21
2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller 21
2.4.3 Försäkran 22
2.4.4 Regelefterlevnad 22

3 Verksamhet 24
3.1 Vårdproduktion 24
3.2 Produktivitet 25

4 Personal 26
4.1 Attraktiv och inlyssnande arbetsgivare 26
4.2 Hållbar arbetsgivare 26
4.2.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete och hälsa 26
4.3 Uppföljning avsatta medel 27
4.3.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö 27
4.3.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning 27
4.4 Helårsarbeten 28
4.5 Sjukfrånvaro 29

5 Ekonomi 30
5.1 Resultat 33
5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal 34
5.1.2 Konsultkostnader 34
5.1.3 Administrativa kostnader 34

5.1.4 Utredning av det fullmäktige beslutade resultatkravet 35
5.1.5 Återrapportering medel för åtgärder god ekonomisk hushållning 35
5.2 Åtgärder för ett resultat i balans 35
5.3 Investeringar 36
5.3.1 Status investeringsplanens genomförbarhet och risk 36
5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget 36
5.3.3 Ny- och ersättningsinvesteringar 37
5.3.4 Status enskilda investeringsobjekt > 100 mkr 38
5.3.5 Driftsatta investeringsobjekt 38
5.3.6 Kommande investeringsbeslut för investeringsobjekt > 100 mkr 38
5.4 Balansräkning 39
5.5 Kassaflödesanalys 39
6 Pågående rättsprocesser (tvister) 41
7 Övrigt 42
8 Förväntad utveckling kommande år 43
9 Nämnd-/styrelsebehandling 44

Bilagor

Bilaga 1: Karolinska Universitetssjukhuset - Bilaga B - Plan för intern kontroll

Bilaga 2: Karolinska Universitetssjukhuset - Bilaga C1 - Driftsatta objekt

Bilaga 3: Karolinska Universitetssjukhuset - Bilaga C2 - Uppföljning investeringsobjekt

Bilaga 4: Karolinska Universitetssjukhuset - Bilaga E1 - Övriga avsättningar ansvarsförbinde

Bilaga 5: Karolinska Universitetssjukhuset - Bilaga E3 - Externa bidrag

Bilaga 6: Karolinska Universitetssjukhuset - Bilaga F5 - Inköp och upphandling

1 Förvaltningschefens/verkställande direktörens kommentar

1.1 Väsentliga händelser

Karolinska Universitetssjukhuset har under året fortsatt stärkt tillgängligheten och är i dag ledande när det gäller bland annat cancer-, barnsjukvård och precisionsmedicin. Väntetider till operation och intervention har minskat, och antalet patienter som överskrider vårdgarantitiden har halverats jämfört med föregående år. Sjukhuset når regionens mål för tid till behandling och tid till nybesök, vilket innebär att allt fler patienter får rätt vård i rätt tid. Väntetiderna på akutmottagningen i Huddinge har förbättrats genom målmedvetet arbete för kortare tid till läkarbedömning och snabbare vidare väg till rätt vårdavdelning – ett resultat av medarbetarnas stora engagemang. Vårdproduktionen inom Region Stockholm uppgick till 108 procent av beställningen mot huvudavtal, vårdproduktionen av utomlands- och utomlänsvård var enligt plan.

Samtidigt fortsätter sjukhuset att utveckla rollen som universitetssjukhus med vård, forskning och utbildning i världsklass och som en attraktiv arbetsplats att längta till. Tillsammans med Karolinska Institutet, andra lärosäten, Region Stockholm, nationella och internationella partners samt industrin byggs en mer sammanhållen, hållbar och tillgänglig vård till nytta för patienter.

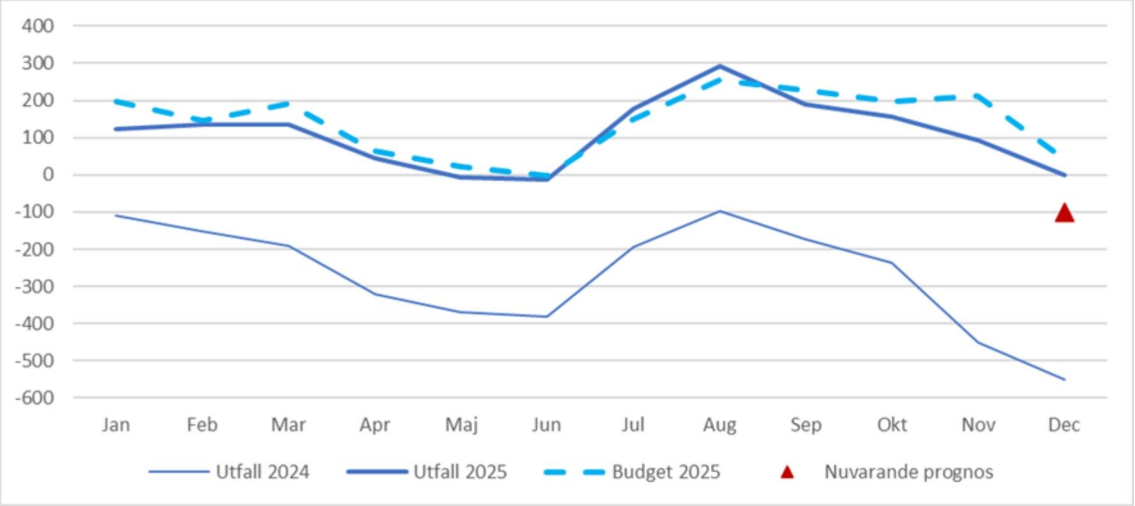


Diagram. *Resultat, belopp i miljoner kronor.*

Karolinska Universitetssjukhusets ekonomiska resultat för 2025 är i linje med budget och uppgår till plus 0,4 miljoner kronor. Detta är 44 miljoner lägre än regionfullmäktiges resultatkrav vilket motsvarar 0,15% av omsättningen. Under året har sjukhuset fokuserat på åtgärder för att säkerställa tillgänglighet och vårdproduktion, att effektivisera och förenkla sjukhusets verksamhet, att intensifiera arbetet med det robusta sjukhuset, att säkerställa kompetensutveckling samt att skapa goda förutsättningar för sjukhusets medarbetare.

Regionfullmäktige har beslutat att Karolinska Universitetssjukhuset från halvårsskiftet

2026 har det samlade ansvaret för vårdens gemensamma IT-system inom den egenägda vården. Det omfattar både befintliga system, nya utvecklingsprojekt och avveckling av gamla system.

Forskning och innovation har fortsatt omsatts i konkret patient- och verksamhetsnytta. Exempel är sjukhusvård i hemmet för kardiologipatienter, och inom cancervården har metoder såsom Teranostik och nya behandlingar med cell- och genterapier implementerats. Ett centrum för avancerade terapiläkemedel (ATMP) invigdes i augusti 2025 och utgör en plattform för avancerade cell- och genterapier samt nukleinsyraterapier (precisionsmedicin). AI-baserade lösningar har utvecklats för operationsplanering och kvalitetsregister inom ortopedi.

Utbildning är en central del av Karolinska Universitetssjukhusets kärnuppdrag och en förutsättning för långsiktig kompetensförsörjning. Under 2025 har fokus legat på att stärka kvaliteten i den kliniska utbildningen genom utveckling av handledarkompetens, tydligare förutsättningar för måluppfyllelse samt ett fortsatt arbete med den nya sexåriga läkarutbildningen.

Sjukhuset har för sjätte året i rad blivit rankade som ett av världens bästa sjukhus av tidningen Newsweek.



Bild. *Strategisk karta för Karolinska Universitetssjukhuset.*

Förändringsarbetet har under året fortsatt i enlighet med sjukhusets strategi och fastställda principer. Nedan redovisas insatserna och resultaten utifrån sjukhusets prioriterade fokusområden.

Hela världens resurs

Under året har Karolinska Universitetssjukhuset deltagit i Ukrainaprojektet RePower

Ukraina, som syftar till att stödja uppbyggnad och kompetensöverföring inom hälso- och sjukvård i Ukraina. Projektet är ett uttryck för internationell solidaritet och bidrar till kunskapsutbyte samt långsiktig kapacitetsuppbyggnad. Utöver detta har sjukhuset fortsatt ta emot patienter från Ukraina inom ramen för EU:s MEDEVAC program.

Karolinska Universitetssjukhuset har befäst sin position som toppcenter i ett europeiskt nätverk för avancerad luftvägskirurgi, med nya behandlingsmetoder för barn med komplexa luftvägstillstånd. Inom trakealresektion för vuxna är sjukhuset nationellt framstående och tar emot patienter från hela landet för högspecialiserad vård. Traumaenheten har under året fortsatt att stärka sin roll som nationellt och regionalt centrum för avancerad traumavård, med både akut vård och omfattande utbildningsinsatser.

Under året har den regionala samverkan fortsatt att utvecklas och fördjupas inom flera verksamhetsområden, med syfte att stärka vårdens kvalitet, tillgänglighet och resurseffektivitet. För att förbättra den geografiska tillgängligheten har samarbetet med Norrtälje Sjukhus fördjupats inom cancervården samt digi-fysisk verksamhet inom öron-, näs- och halssjukvård. Därutöver har samarbetet med primärvården fortsatt inom ramen för budgetuppdraget *Konsultationer*, i syfte att förbättra vårdflöden, kunskapsutbyte och effektiv resursanvändning inom regionen.

Alltid kapacitet och tillgänglighet

Sjukhuset har ökat både kapacitet och tillgänglighet, genom förbättrade flöden, högre produktivitet och minskad kötid som tydligt stärker kvaliteten, patientsäkerheten och patientupplevelsen.

Arbetet med att säkerställa kapacitet och tillgänglighet har under året fortsatt enligt plan, med tydliga resultat inom både vårdproduktion och väntetider. Vårdproduktionen mätt i DRG-poäng uppgick till 107,9 procent i förhållande till beställningen i huvudavtalet. Även utomläns- och utomlandsvården nådde en hög nivå, med 100,5 procent av plan, vilket visar på gott resursutnyttjande och förmåga att möta behov både inom regionen och för patienter från andra län.

Tillgängligheten har förbättrats markant under året, med en tydlig minskning av köer och kortare väntetider. Antalet patienter som väntar på operation eller intervention, mätt enligt Centrala väntetidsregistret (CVR), uppgår nu till 86 procent av den totala CVR-kön. Den totala kön för patienter där vårdgarantitiden på 90 dagar inte uppfylls har halverats under året. För väntande nybesök till specialist uppgår CVR-nivån till 71 procent.

Även akutmottagningen har uppvisat förbättringar. Efter införandet av nya arbetssätt i september har mediantiden till första läkarbedömning minskat och uppfyller nu målnivån om mindre än 50 minuter.

Världsledande kompetens

Arbetet med att förbättra förutsättningarna för en hållbar och attraktiv arbetsplats har fortsatt, där innovation, samverkan och professionell kompetens bidrar till att utveckla

vården till nytta för både patienter och personal.

Inom Karolinska Universitetssjukhusets utbildningsverksamhet pågår ett arbete med övergången från Allmäntjänstgöring (AT) till Bastjänstgöring (BT), efter införandet av den nya sexåriga läkarutbildningen. Inom klinisk utbildning har fokus legat på systematisk utveckling av pedagogisk kompetens, studerandes måluppfyllelse samt hållbara strukturer för klinisk utbildning.

Under året har det riktade projektet inom öppenhetsarbete avslutats i enlighet med plan. Projektets resultat har därefter övergått i en implementeringsfas, där arbetssätt, strukturer och lärdomar successivt införs i ordinarie verksamhet.

Arbetet med kompetensutveckling och innovationskultur har fortsatt under 2025. Projektet Healthcare Frontline Innovation, har stärkt omvårdnadspersonalens delaktighet i innovationsarbetet, med över 500 idéer genererade och etablering av innovationsledare inom fyra tematiska områden.

Bästa kvalitet och patientsäkerhet

Karolinska Universitetssjukhuset arbetar strukturerat och systematiskt med patientsäkerhet, risker, avvikelser och kvalitetsutveckling. Under året har arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner samt att främja kloka kliniska val varit prioriterade utvecklingsområden inom sjukhuset. Arbetet med att vidareutveckla datakällor samt uppföljning och redovisning av kvalitetsutfall har fortsatt i enlighet med regionens mål för kvalitet och patientsäkerhet.

Nedan exemplifieras hur specialiserad vård kombinerat med kontinuerligt förbättringsarbete stärker kvalitet och patientsäkerhet.

Inom Öron-, näsa-, halsverksamheten har arbetet med cochleaimplantat fortsatt drivit nationell utveckling och innovation inom området, med långsiktigt fokus på förbättrad hörselrehabilitering och patientnytta.

Inom ortopedi har arbetet med benförankrande proteser fortsatt att utvecklas och implementeras, vilket har bidragit till ökad funktion, livskvalitet och säkerhet för patienterna.

Forskning till patientnytta

Under året har forsknings- och utvecklingsarbetet fortsatt att omsättas i konkret patientnytta, med flera framsteg inom olika högspecialiserade vårdområden. Detta bidrar till förbättrad kvalitet, ökad patientsäkerhet och bättre hälsoutfall för sjukhusets patienter.

Inom ramen för *KarolinskaUniversityHospital@home*, med särskilt fokus på CAST, har vård i hemmet vidareutvecklats, bland annat genom vård av benmärgstransplanterade patienter i hemmiljö. Detta har bidragit till ökad patientdelaktighet, förbättrad livskvalitet och effektivare resursutnyttjande.

Inom cancervården har nya skonsamma behandlingsmetoder introducerats som ökar möjligheten till bevarad funktion vid behandling av ändtarmscancer. Inom Theranostic

Trial Center har antalet studier breddats. Metodiken möjliggör både identifiering och lokal behandling av tumörer. Vidare har nya behandlingar för prostatacancer implementerats, med dokumenterat god effekt och färre biverkningar för patienterna. Behandling med CAR-T-celler vid myelom har fortsatt att utvecklas och erbjuder nya möjligheter för patienter med tidigare begränsade behandlingsalternativ.

Därutöver har forskningsframsteg inom fetal läkemedelsterapi bidragit till förbättrade behandlingsmöjligheter redan under fosterstadiet.

Inom hjärtsjukvården har införandet och vidareutvecklingen av TAVI-behandling (kateterburen aortaklaffimplantation) inneburit förbättrade behandlings-resultat och kortare återhämtningstid för patienter med klaffsjukdom.

I augusti 2025 invigdes Karolinska ATMP-centrum, vilket utgör ett strategiskt viktigt steg i utvecklingen av avancerade terapier inom hälso- och sjukvården (precisionsmedicin). Centret skapar förutsättningar för att utforska och implementera genombrott inom cell- och genterapier samt utveckla nya behandlingsstrategier för sjukdomar som tidigare saknat effektiva behandlingsalternativ. I samband med invigningen etablerades även ett särskilt nav för nukleinsyraterapier, med syfte att stärka translationell forskning och klinisk tillämpning inom området. Inom ramen för centrumets verksamhet bedrivs banbrytande utveckling av cellterapier för bland annat neonatal lungskada och Parkinsons sjukdom. Parallellt pågår avancerade kliniska studier inom CAR-T-behandlingar och tumörinfiltrerande lymfocyter, vilket ytterligare stärker förutsättningarna för att omsätta forskning i klinisk nytta för patienter.

Infektionsverksamheten har under året bedrivit forskning i världsklass, med betydande resultat som direkt bidrar till förbättrad patientvård. Bland annat publicerades nyligen en forskningsartikel i *Nature*, vilket understryker den internationella tyngd och kvalitet som forskningen inom området har uppnått. Dessa framsteg stärker både kunskapsbasen och möjligheterna att utveckla nya behandlingsmetoder för infektioner, med tydlig effekt på patientsäkerhet och vårdkvalitet.

Smartaste sjukhuset

Under året har arbetet med digital utveckling och avancerad teknik fortsatt att intensifieras i syfte att stärka vårdens kvalitet, effektivitet och patientsäkerhet. Ett AI-råd har etablerats för att samordna, prioritera och strategiskt vägleda användningen av artificiell intelligens inom verksamheten. Inom området vårdens IT har Karolinska Universitetssjukhuset erhållit ett regionalt uppdrag avseende införandet av ett nytt huvudjournalsystem. Vidare har en prisbelönt AI-baserad algoritm för operationsplanering utvecklats i regional samverkan och bidrar till förbättrad planeringsprecision, ökat kapacitetsutnyttjande och effektivare vårdflöden. Arbetet med datahantering och strukturerade datauttag från journalsystemet TakeCare har samtidigt vidareutvecklats, vilket har stärkt förutsättningarna för forskning, uppföljning, analys och datadrivet förbättringsarbete inom såväl klinisk verksamhet som ledning.

Arbetet med att integrera artificiell intelligens i kvalitetsregister inom ortopedi har

resulterat i utfall i världsklass. Genom avancerad analys av registerdata möjliggörs förbättrad uppföljning av behandlingseffekter, snabbare identifiering av avvikelser och datadrivet stöd för kliniska beslut. Detta bidrar till ökad precision i vården, optimerade patientflöden och högre kvalitet i behandlingsresultaten, samt stärker sjukhusets position som ett nationellt och internationellt ledande center för ortopedisk vård och innovation.

2 Styrning och ledning

2.1 Verksamhetsfakta

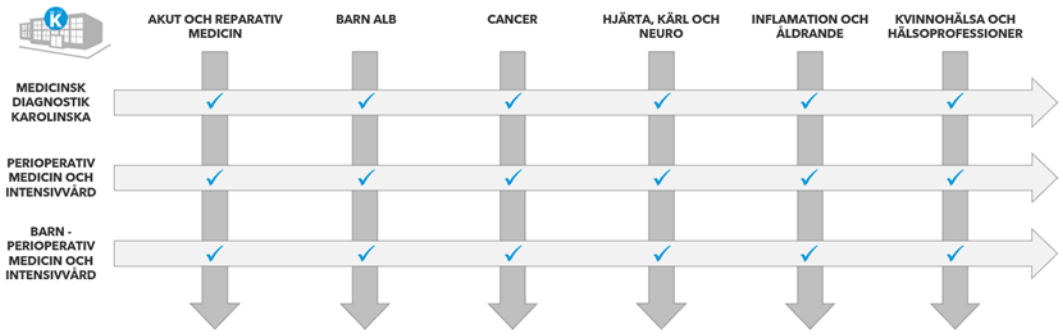
Karolinska Universitetssjukhuset är ett av Europas största universitetssjukhus. Sjukhuset är en förvaltning inom Region Stockholm, med en egen nämnd. Sjukhusets ledning, Karolinskas ledningsråd består av sjukhusdirektören, tema- och funktionschefer samt stabschefer. Som stöd för all verksamhet som bedrivs vid sjukhuset finns centrala staber.

Karolinska Universitetssjukhuset bedriver vård, forskning och utbildning. Fokus ligger särskilt på specialiserad och högspecialiserad vård. Sjukhuset har även ett huvudansvar för Region Stockholms forskning och utbildning av studenter tillsammans med Karolinska Institutet och andra högskolor och universitet.

Verksamheten bedrivs huvudsakligen vid sjukhusen i Huddinge och Solna, men även på flera andra platser inom regionen, och bidrar avsevärt till Region Stockholms hela vårdkapacitet. Sjukhuset spelar även en betydande roll i att främja jämlik vård och tillgänglighet på nationell nivå.

Sjukhuset har vid räkenskapsårets slut 16 500 månadsanställda. Under verksamhetsåret har sjukhuset producerat 1,56 miljoner öppenvårdsbesök samt 89 250 slutenvårdstillfällen.

Sjukhuset har en matrisstruktur där verksamheterna är indelade i teman och funktioner (se figur), vilket skapar tydliga vägar genom vården för patienterna. Inom de flesta av sjukhusets teman är verksamheten organiserad i medicinska enheter och omvårdnadsområden enligt en så kallad tvåbent struktur, vilket innebär en separat linje för omvårdnadsorganisationen, i akt att främja beslutsfattande och utveckling inom omvårdnadsområdet.



Figur. *Karolinska Universitetssjukhusets organisation med sex teman och tre funktioner i en matrisorganisation.*

Sjukhusets operativa styrning har till ändamål att säkerställa att verksamheten fullgör de mål och uppdrag som Karolinska Universitetssjukhuset tilldelats av regionfullmäktige. Styrningen sker inom ramen för fastställda ekonomiska förutsättningar och i enlighet med förordningar och styrande dokument. Därutöver ska styrningen bidra till att verksamheten bedrivs med hög kvalitet och i överensstämmelse

med sjukhusets övergripande strategiska inriktning.

Ledning, styrning och uppföljning baseras på principen om decentraliserat ansvar, där mandat och ansvar i största möjliga utsträckning är förlagda nära vårdverksamheterna. Styrmodellen utgår från sjukhusets produktions- och ekonomistyrning, där produktionsplaneringen samt verksamhetschefernas helhetsansvar för produktion, personal, ekonomi och kvalitet utgör bärande delar.

Uppföljning av produktion, tillgänglighet, kvalitet och ekonomiskt resultat sker regelbundet i akt att möjliggöra tidiga och verkningsfulla åtgärder vid avvikelser från fastställd plan. En välfungerande och tillförlitlig informationsförsörjning är därmed av central betydelse. Informationsstödet vidareutvecklas kontinuerligt i takt med verksamheternas krav och förändrade behov.

Sjukhusets ledningsprocesser är föremål för kontinuerlig utveckling. En viktig del av styrningen utgörs av ledningssystem och uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet. Avvikelser samt Lex Maria-ärenden hanteras enligt fastställda rutiner och följs upp systematiskt och patientsäkerhetsdialoger genomförs regelbundet.

Kvalitetsindikatorer är tillgängliga och visualiserade i relevanta uppföljningssystem. Ett fortlöpande utvecklingsarbete pågår för att utöka antalet indikatorer och ytterligare stärka uppföljningen. Kvalitetsutfall följs även upp kvartalsvis inom ramen för tematiska och funktionella uppföljningar, och sjukhuset rapporterar löpande till ett stort antal nationella kvalitetsregister.

Kontinuerligt förbättringsarbete genomsyrar sjukhusets verksamhet. Samtliga verksamheter har ett tydligt ansvar att löpande analysera, utvärdera och utveckla sina processer och arbetssätt i syfte att säkerställa god kvalitet, hög effektivitet och en fortsatt stark patientsäkerhet.

2.2 Mål

2.2.1 Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa

Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov



Tillgänglighet har fortsatt varit ett prioriterat område under 2025. Ett initiativ är förbättrade förutsättningar för rekrytering. Detta möjliggör fler disponibla vårdplatser vilket är en central förutsättning för att förbättra flöden och minska köer till både nybesök samt planerade behandlingar och operationer.

Antalet patienter som väntar på behandling eller operation och som har passerat vårdgarantins 90-dagarsgräns har minskat under året. I början av året väntade 1 595 patienter och i slutet av året väntade 819 patienter. Även antalet nybesök som passerar vårdgarantins 30-dagarsgräns har minskat. I början av året uppgick antalet väntande patienter till 5 926 och i slutet av året till 3 332 patienter. Sedan september tillämpas en

framskjuten triagering på akutmottagningen i Huddinge. Denna förändring har en betydande effekt genom kortare tid till första läkarbedömning och ett mer effektivt initialt omhändertagande av patienterna. Parallellt pågår ett arbete för att minska tiden från att patienten bedöms som *”klar på akuten”* till dess att plats på vårdavdelning erhålls. Mediantiden för sjukhuset minskade under året från 121 minuter till 91 minuter. Största effekten på den totala vistelsetiden uppnås först när arbetssättet får fullt genomslag i verksamheten.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	79 %	71 %	●	>=80 %	Öka från år 2 024
Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist *(Regionfullmäktige)*	57 %	59 %	■	>=70 %	>=70 %
Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	56	58	◆	50	Minska från år 2 024
Total vistelsetid på akutmottagning *(Regionfullmäktige)*	221	221	●	<240	Minska från år 2 024

Uppdrag: Förbättra samt underlätta primärvårdens möjlighet till snabb konsultationshjälp från specialistläkare

Under året har en gemensam samverkansstruktur etablerats mellan akutsjukhusen och primärvården. En regional projektgrupp har bildats med representation från regionens egenägda akutsjukhus, Capio S:t Göran samt SLSO. Under 2025 har lokala projektgrupper genomfört nulägesanalyser och identifierat gap i tillgången till specialistkonsultationer för primärvården.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Förbättra samt underlätta primärvårdens möjlighet till snabb konsultationshjälp från specialistläkare	2025	Pågående enligt plan		Arbete pågår, fortsätter 2026.

Vården är säker, effektiv och har god kvalitet

●

Karolinska Universitetssjukhuset arbetar löpande med att säkerställa att vården är säker, effektiv och håller god kvalitet.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) är sjukhusets vanligaste vårdskada och identifierade viktiga fokusområden är att minska postoperativa sår- och kateterrelaterade infektioner samt tidig upptäckt av sepsis. VRI proaktiv sepsis med algoritmstyrd

uppföljning är i slutfasen och kommer att implementeras i början av 2026.

VRI mäts löpande med Infektionsverktyget. Trenden under 2025 har varit stabil kring sjukhusets målvärde 4,9%. Infektionsverktyget fångar antibiotikabehandlade bakteriella infektioner. En viktig åtgärd är att förebygga smittspridning, tex av luftburen smitta, både av virus och bakterier. Tillsammans med vårdhygien har sjukhuset gjort en genomgång av lokaler, ventilerade slussar och vårdrum, operationsresurser för särskilt smittsamma patienter, transportvägar mm och samlat relevanta rutiner på intranätet. Sjukhuset har rutiner för egenkontroller av legionella i tappställen och handlingsplaner för att åtgärda förhöjda värden.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle *(Regionfullmäktige)*	0,6	0,7		<=1,3	<=1,3

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner *(Regionfullmäktige)*	4,9 %	4,9 %		<=4,9 %	<=4 %

Uppdrag: Intensifiera arbetet för att fasa ut lågvärdesvård och föra in kloka kliniska val

Sjukhuset har under 2025 uppdraget att intensifiera arbetet med att fasa ut lågvärdesvård och införa kloka kliniska val. Exempel på aktiviteter:

- Förbättrat flöde och användning av operationsutrustning har minskat antalet olika instrument med 20%.
- En individuell bedömning av behovet om provtagning på en av sjukhusets intensivvårdsavdelningar har medfört 9 000 färre blodgaser och 25 000 färre analyser.
- Huddinges förlossningsavdelning har deltagit i en studie där man använt nya riktlinjer för övervakning och interventioner under en normal förlossning. Andelen förlossningar där värkstimulerande läkemedel används har då minskat med 30%. Detta implementeras nu, där det är möjligt, för hela sjukhuset.
- Dosering av cancerbehandlingar efter kroppsvikt har för utvalda läkemedel minskat förbrukningen med 25%.
- Ett särskilt fokus har varit på användning av radiologiska undersökningar. Ökningstakten har minskat betydligt på enheter som aktivt arbetar med kloka kliniska val. Exempelvis låg ökningstakten på Lungonkologin på 1,9%, jämfört med 5,7% på sjukhuset i stort.
- En multidisciplinär preoperativ mottagning har inrättats för sköra äldre som

planeras för stor cancerkirurgi. 12% av patienterna valde annan behandling än kirurgi i samråd med ansvarig kirurg.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Intensifiera arbetet för att fasa ut lågvärdevård och föra in kloka kliniska val	2025	Pågående enligt plan		Initiering av detta arbete är avslutat 2025. Det är ett kontinuerligt arbete med kulturförändring och uppföljning av effekter.

2.2.2 Den hållbara regionala utvecklingen ligger i framkant

Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning

Under 2025 har Karolinska Universitetssjukhuset bidragit till att stärka Stockholms position som ledande region för forskning och utveckling inom tre fokusområden: hälsodata, kompetens och resurser för att öka forskningskapaciteten inom vården samt ökad finansiering för klinisk forskning.

För att stärka tillgången till hälsodata för sekundäranvändning för forskning och utveckling har Karolinska Hälsodata inrättats. De erbjuder bland annat rådgivning och stöd i frågor kring hälsodata och genom att effektivisera processen för utlämnande av hälsodata från TakeCare har tiden till utlämnande kortats från sex till tre månader.

Under 2025 har Karolinska Trial Alliance utbildat över 1500 deltagare inom kliniska prövningar och Good Clinical Practice (GCP) vid 67 kurstillfällen, utfört över 800 rådgivningstimmar till 90 pågående kliniska studier i Region Stockholm. Även utbildningar om patientinvolvering i kliniska studier tillsammans med EUPATI Sverige (European Patients' Academy on Therapeutic Innovation) har genomförts.

Karolinskas Grants Office erbjuder från och med 2025, efter beslut i regionfullmäktige, stöd till EU-projekt vid samtliga förvaltningar inom Region Stockholm. För närvarande stöds totalt 78 EU-projekt.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Mål-värde
Externfinansierad forskning, inbetalningar (Mkr) *(Nämnd)*	2 500 Mkr	2 442 Mkr		2 500 Mkr	
Bibliometri - summa journal impact factor (JIF) *(Nämnd)*	27 738	31 106		32 500	
Bibliometri - fältnormerad citeringsgrad (CF) *(Nämnd)*	2,1	2,2		2,2	

Kommentar: Bibliometriindikatorerna ökade generellt under pandemin. Topparna för JIF och Cf är sannolikt covid-effekter, vilket gjort det utmanande att ha en realistisk målsättning framåt. De senaste bibliometridata (med 1–2 års eftersläpning) indikerar dock en successiv återgång mot nivåerna före pandemin.

2.2.3 Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv

Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet

Karolinska Universitetssjukhusets ekonomiska resultat för 2025 är i linje med budget och uppgår till plus 0,4 miljoner kronor. Detta är 44 miljoner lägre än regionfullmäktiges resultatkrav vilket motsvarar 0,15% av omsättningen.

Sjukhuset står inför ekonomiska utmaningar de närmsta åren, vilket innebär att aktiviteter krävs för att förbättra både produktiviteten och effektiviteten genom förändrade arbetssätt. För att nå regionfullmäktiges resultatkrav behöver sjukhuset säkerställa produktion enligt beställning, en hög andel utomlands och utomlänspatienter samt full effekt av produktions- och effektiviseringsåtgärder.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Administrativa kostnader ska minska *(Regionfullmäktige)*	403 mkr	460 mkr		552 mkr	Enligt budget 2 025

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Investering (Mkr) *(Nämnd)*	701 Mkr	648 Mkr		815 Mkr	
Andel inhyrd personal/egen personal (%) *(Nämnd)*	0,6	0,4		1	

Uppdrag: Arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott

Under året har ett arbete inletts med att identifiera verksamheter där risker för välfärdsbrott finns. Intervjuer har genomförts med företrädare för verksamheterna och åtgärder definierats för att förebygga oegentligheter. För att öka medvetenheten om välfärdsbrott planeras en utbildning av anställda.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott	2025	Pågående enligt plan	2026	Under året har ett arbete inletts med att identifiera verksamheter där risker för välfärdsbrott finns. Intervjuer har genomförts med företrädare för verksamheterna och åtgärder definierats för att förebygga oegentligheter. För att öka medvetenheten om välfärdsbrott planeras en utbildning av anställda.

Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035

Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan

Under 2025 har sjukhuset främst arbetat inom åtta områden för att minska klimatpåverkan:

1. **Minska onödig kassation och överanvändning av förbrukningsprodukter.** Av verksamhetens 250 valda hållbarhetsaktiviteter 2025 omfattar 86 aktiviteter att minska onödig kassation eller minska över- och felanvändning av engångsmaterial. Ett arbete för att minska onödig kassation av handskar har drivits under året och kommer fortsätta 2026. Sterilen har arbetat med att reducera produkter som inte omsätts. Detta har resulterat i en minskning av produkter som inte omsatts på 12 månader från 12–15% av produkterna till 0,5% 2025.
2. **Öka andelen biobaserade produkter och andelen engångsmaterial med låg klimatpåverkan.** Under 2025 uppgick andelen miljövänliga avfallskärl till 63%, vilket ger en utsläppsminskning med 20% jämfört med 2024. 60% av alla förkläden var biobaserade eller cirkulära (54% 2024).
3. **Övergå från engångs- till flergångsmaterial.** På sjukhuset har flera initiativ genomförts, tex har flera verksamheter bytt från engångsrondskål och engångssprutfat till flergångsvarianter i metall. MT har ersatt engångstillbehör för patientövervakning med återanvändbara alternativ, vilket beräknas ge en

årlig minskning på 22 ton CO2e. Under året har första fasen av projektet Re:Gloves tvättbara handskar genomförts.

4. **Stänga ner fasta lustgasanläggningar (i vissa lokaler).** Under året stängdes ett antal fasta lustgasanläggningar ner för att minska läckage av lustgas.
5. **Minska klimatpåverkan från resor.** Antal flygresor har ökat med 5% från 2024 och ökat med 24% från basåret 2019. Flygresor gav upphov till 1 740 ton CO2.
   Andelen inrikesresor med tåg uppgick 2025 till 91% av totala antalet resor vilket motsvarar 1% ökning 2024 och en ökning med 5% jämfört med 2019.
6. **Minska verksamhetsenergi.** Under året har en energikampanj genomförts. Flera avdelningar lyckades spara energi under projektet. Inom MDK genomfördes ett arbete med att utreda om förvaringstemperaturer påverkar kvaliteten hos olika prover. Resultatet visade att DNA-prover inte behöver förvaras i –80 °C utan kan förvaras i –20 °C.
7. **Minska matsvinn och arbeta med att fler väljer vegetariska alternativ.** Sjukhuset har ökat matsvinnet med 11% jämfört med 2024, men minskat det med 6% jämfört med 2023. Matlådor som närmar sig ”bäst före datum" skänks eller säljs till reducerat pris för att minska matsvinn. I april lanserades en ny patientmeny som innehåller två ”One Planet Plate-rätter”, en hållbarhetsmärkning från WWF. Karolinska i Solna är det första sjukhuset i Sverige som erbjuder patientmåltider med denna hållbarhetsmärkning. Andelen ekologiska livsmedel i patientkosten uppgick till 48% jämfört med 47% 2024.
8. **Säker läkemedelshantering och minskad läkemedelskassation.** Mängden kasserade läkemedel från läkemedelsautomater minskade 10% jämfört med 2024 tack vare regelbundna sortimentsgenomgångar. Under 2025 påbörjades även arbete med att mäta läkemedelsavfall från utvalda läkemedelshyllor.

Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav

Under 2025 har cirkulära hållbarhetskrav ställts, samt hållbarhetsrisker kopplat till upphandling identifierats. Totalt genomförde sjukhuset 55 upphandlingar, av dessa var det relevant att ställa hållbarhetskrav vid 40 upphandlingar.

Under året påbörjades systematisk uppföljning av avtal med hållbarhetskrav. Exempel på krav som följts upp är systematiskt miljöarbete, förpackningar, producentansvar och kemikalier.

Nämnden/bolaget har genomfört åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden

Under 2025 har sjukhuset fortsatt att arbeta med att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden inom fyra områden:

1. **Förlänga livslängden på olika produkter samt ställa cirkulära krav för MT-utrustning.** Under året har sjukhuset ställt krav på att MT-utrustning

ska vara demonterbar, återvinningsbar samt utrustningen ska ha lång livslängd och att reservdelar ska vara tillgängliga i många år.

2. **Fortsätta att arbeta med återbruksprotalen och utöka produktkategorier som omfattas.** Reparation av möbler och möjligheten att ”kassera möblerna smart” är nya områden för 2025. Under året har även interna flyttar blivit en del av återbruksportalen vilket medfört att möbler inte kasseras utan lagas.
3. **Cirkulära förkläden går från att vara ett projekt till att vara en del av Karolinskas ordinarie sortiment.** Avtal gällande cirkulära förkläden har slutförts och kommer ingå i sjukhusets ordinarie sortiment. Införande av cirkulära skyddsförkläden pågår i Huddinge.
4. **Svinn av textilier ska minska och följsamhet till riktlinjer samt vägledning ska öka.** Under året har flera åtgärder genomförts för att minska svinn och uteliggande textilier, exempelvis informationskampanjer och förbättringsmöten. Svinnet har gått ner kraftigt och ligger nu på omkring 2%.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019 *(Regionfullmäktige)*	-23 %				-29 %
Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan *(Regionfullmäktige)*					-19 %
Kommentar: Det saknas tillförlitliga data för basår och mätmetoder för att kvalitativt kvantifiera konsumtionsbaserad klimatpåverkan. Därför är det inte möjligt för sjukhuset att redovisa resultat av åtgärderna avseende 2025 års målvärde för indikatorn.					
Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav *(Regionfullmäktige)*	100 %	96 %			100 %
Nämnden/bolaget har genomfört åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden *(Regionfullmäktige)*	Ja	Ja			Ja

Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling

Under 2025 har sjukhuset kartlagt arbetet med social hållbarhet och prioriterat åtgärder framåt. Kartläggningen omfattade 31 verksamheter och visar på stora variationer.

Utbildningsfilmer med tillhörande dialogmaterial har tagits framför de sju diskrimineringsgrunderna. Andra kompetenshöjande insatser som genomförts under året är panelsamtal och föreläsningar med olika teman: sexuell läggning, könsöverskridande identitet/uttryck, ett gott tolkanvändande, våld i nära relationer.

Under året har sjukhuset tagit fram en AI-modell som analyserar fritextsvar i

patientenkäter i syfte att identifiera mönster kopplat till bemötande och eventuell upplevd diskriminering/kränkning.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Nämnden/bolaget har utifrån sitt uppdrag arbetat systematiskt med social hållbarhet *(Regionfullmäktige)*	Ja	Ja			Ja

2.2.4 Kompetensförsörjningen är långsiktig

Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Karolinska Universitetssjukhuset har under året ökat sin förmåga att behålla och attrahera nya medarbetare och ledare. Ett partsgemensamt arbete har pågått under året i syfte att stärka arbetsplatskulturen, ledarskapet och medarbetarskapet, samt öka öppenheten på sjukhuset.

För ytterligare kommentarer och fördjupning se avsnitt 4 Personal.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning *(Regionfullmäktige)*	99,4 %	99,5 %		99 %	99 %

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Ambassadörskap *(Nämnd)*				28 %	

Kommentar: Ambassadörskap - mätvärde ej i HME

Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare

Sjukhuset arbetar kontinuerligt för att vara en hållbar arbetsgivare. Sjukhuset fortsätter att utveckla arbetsplatsträffarna för att stärka den arbetsnära utvecklingen samt dialogen och delaktigheten på arbetsplatserna. På individnivå har ett intensifierat arbete kopplat till sjukfrånvaro genomförts. Fortsatt arbete med resultatet av kartläggningen av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön inklusive HME (Hållbart medarbetarengagemang) pågår, likaså det förebyggande arbetet inom hot och våld.

För ytterligare kommentarer och fördjupning se avsnitt 4 Personal.

Klinisk utbildning

Karolinska Universitetssjukhusets arbete inom klinisk utbildning 2025 har haft fokus på pedagogisk kompetens, studerandes måluppfyllelse samt hållbara strukturer för klinisk utbildning.

Systematisk kompetensutveckling för kliniska handledare under ledning av internationell expertis har genomförts under året. Utveckling av digitala lärmoduler möjliggör fördjupad kompetens inom återkoppling. Den internationella konferensen Med Ed on the Edge inom medicinsk utbildning genomfördes under 2025 i samverkan med Karolinska Institutet.

I samarbete mellan kliniska institutioner och vårdverksamhet har ett intensivt arbete fortgått med genomförande av den nya sexåriga läkarutbildningen liksom förberedelser för de terminer som återstår att implementera. En årlig samarbetsdag för sjuksköterskeutbildningar på grund- och avancerad nivå genomfördes för tredje året, med fokus på erfarenhetsutbyte och förbättrade förutsättningar för studenters lärande.

Uppföljning av data avseende pedagogisk kompetens, kompetensutvecklingsplaner och kännedom om lärandemål har skett och kommer att utgöra nyckeltal för utbildning från 2026.

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Andel sjukfrånvaro *(Regionfullmäktige)*	5,8 %	6,2 %		<6 %	<6 %

Indikator (rapporteras per tertial)	Utfall	Utfall fg år	Mål-uppfyllelse	Målvärde	RF Målvärde
Totalindex HME *(Regionfullmäktige)*	79	79		>=80	>=80
Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete *(Regionfullmäktige)*	6 %	6 %		<=8 %	<=8 %
Studenters nöjdhet av utbildningen (helhet) *(Nämnd)*	83	86		84	
Måluppfyllnad USV kriterier *(Nämnd)*	100	100		100	

Uppdrag: Införa ett regiongemensamt bemanningscentrum för sjukhusen för att bemanna akutsjukvården

Sjukhuset har ett uppdrag att införa ett regiongemensamt Bemanningscentrum i den egenägda sjukvården i Region Stockholm. Ett antal förslag har utarbetats och överlämnats till RLK för fortsatt utveckling.

Uppdrag	År	Status	Uppdraget beräknas avslutas	Kommentar
Införa ett regiongemensamt bemanningscentrum för sjukhusen för att bemanna akutsjukvården	2025	Genomförd	2025	Uppdraget har genomförts i sin helhet och lämnats över till RLK.

2.3 Uppdrag

Karolinska Universitetssjukhuset har under 2025 haft fyra uppdrag från regionfullmäktige:

- Förbättra samt underlätta primärvårdens möjlighet till snabb konsultationshjälp från specialistläkare
- Intensifiera arbetet för att fasa ut lågvärdesvård och föra in kloka kliniska val
- Arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott
- Införa ett regiongemensamt bemanningscentrum för sjukhusen för att bemanna akutsjukvården

Uppdragen kommenteras närmare under avsnitt 2.2.

2.4 Intern kontroll

2.4.1 Arbetet med intern kontroll

Intern kontroll är en del av sjukhusets ledning, styrning och uppföljning och syftar till att identifiera och förebygga risker och fel. Styr- och kontrollmiljön säkerställer en god intern kontroll genom att strukturer och ansvar tydliggörs samt att ledningens och nämndens agerande visar att etiska frågor och regelefterlevnad är väsentlig. Information kring arbetet återfinns i styrdokument som finns tillgängliga på intranätet. Dokumenten uppdateras kontinuerligt och är tillgängligt för alla medarbetare.

Under tertial 3 har testning gjorts av produktions- och dimensioneringsprocessen. Resultatet visar att merparten av kontrollerna är godkända eller har mindre brister. För detaljer gällande testningen hänvisas till Plan för intern kontroll, verksamhetsberättelse 2025.

2.4.2 Risker, åtgärder och kontroller

Sjukhusets väsentligaste risker omfattar bland annat risk för att lokaler ej är ändamålsenliga exempelvis utflytt från Q-huset, risk för påtagligt dyrare produkter exempelvis läkemedel, risk för oegentligheter och välfärdsbrott samt risk för negativ påverkan på styrning av vårdproduktion kopplat till IT-utveckling och digital transformation.

För samtliga identifierade risker har åtgärder fastställts för att hantera och minimera potentiell skada. För detaljerad information rörande intern kontroll, risker och åtgärder hänvisas till Plan för intern kontroll, verksamhetsberättelse 2025.

2.4.3 Försäkran

Nämnden/styrelsen har försäkrat sig om att man genom förvaltningschefen/VD vidtagit nödvändiga åtgärder för att uppnå en tillräcklig intern kontroll inom verksamheten, i enlighet med riktlinjen för intern kontroll (RS 2024-0510, RS 2022–0326).

2.4.4 Regelefterlevnad

Övergripande arbete med styrande dokument

Arbetet med att förtydliga den interna styrningen och kontrollen i organisationen med fokus på regelefterlevnad fortsätter. Styrgruppen för sjukhusövergripande styrande dokument har löpande genomlysning av sjukhusets styrande dokument och ny process avseende tillämpningen av de styrande dokumenten är framtagen och implementering pågår. Några nya delar i processen är att utbildning/information avseende styrande dokument kommer ske i ledningsgrupperna samt att ett förtydligande är framtaget gällande vilka dokument som ska presenteras i sjukhusets samverkansgrupp. Därtill är uppdateringen av sjukhusets uppförandekod i slutfasen. I uppförandekoden presenteras de mest relevanta styrande dokumenten och principerna för samtliga medarbetare. Till uppförandekoden finns en obligatorisk utbildning och uppföljning sker av deltagande för att säkerställa efterlevnad. Både uppdatering och information om de styrande dokumenten samt uppförandekoden ingår som åtgärder i Karolinska universitetssjukhusets antikorruptionsarbete. Även visselblåsarfunktionen ingår i antikorruptionsarbetet och under 2025 har ett flertal ärenden inkommit. Alla ärenden hanteras i enlighet med gällande styrande dokument och åtgärder har vidtagits löpande.

När det gäller efterlevnad och åtgärder som vidtas gällande säkerhetsrisker arbetar sjukhuset bland annat med uppföljning av de obligatoriska brandutbildningarna samt löpande hantering av ärenden gällande hot och våld och därtill förändring i arbetssätt för att förebygga att situationer med hot och våld uppstår. Under året har också anpassning till den nya kameralagen genomförts vilket bland annat innefattar fullständig genomgång av äldre befintliga tillstånd, upprättande av nya intressentavvägningar samt kvalitetssäkring av dokumentation.

Upphandling och avtal

Gällande Riktlinjer för antikorruption och representation, RS 2020-0266, hänvisas till Intern kontroll.

För den nya Policy- och Riktlinjer för inköp som godkändes 28 januari 2025 så har sjukhuset säkerställt att samtliga delar i denna policy omhändertas i den upphandlingsstrategi som tas fram för varje annonserad upphandling. Uppförandekoden för leverantörer ligger med som en bilaga i varje annonserad upphandling.

Uppförandekod för Region Stockholm ska följas av samtliga medarbetare. Sjukhuset

säkerställer att medarbetare känner till policies, riktlinjer och rutiner regelbundet.

3 Verksamhet

3.1 Vårdproduktion

Vårdproduktion (antal)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Besök, akuta	149 629	140 256	9 373	6,5 %
Besök, elektiva	1 415 216	1 362 996	52 220	4,3 %
Öppenvårdsbesök, totalt	**1 564 845**	**1 503 252**	**61 593**	**4,5 %**
- varav utomlän/utland	83 494	82 131	1 363	3,5 %
Slutenvårdstillfällen, akuta	56 794	60 332	-3 538	1,5 %
Slutenvårdstillfällen, elektiva	32 380	29 202	3 178	5,8 %
Slutenvårdstillfällen, totalt	**89 174**	**89 534**	**-360**	**3 %**
- varav förlossning, totalt	6 602	8 501	-1 899	-2,1 %
- varav utomlän/utland	6 765	7 565	-800	-1,8 %
Antal vårdplatser	**1 098**	**0**	**1 098**	**3,7 %**

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Remissinflödet till sjukhuset har ökat jämfört med 2024, med närmare 12 000 fler externa remisser under 2025. Inom öppenvården är produktionen 3% högre än sjukhusets produktionsplan, slutenvården ligger i nivå med planen. Produktionen inom öppenvården är 11% högre än beställningen från regionen, och inom slutenvården 5% högre än beställningen. Jämfört med 2024 är både öppenvårds- och slutenvårdsproduktionen högre: 104% för öppenvård respektive 103% för slutenvård. Mätt i DRG-poäng uppgår utfallet till 101,7% av sjukhusets produktionsplan. Jämfört med HSN:s beställning är utfallet 107,9%.

Produktionen för utomläns- och utomlandspatienter har ökat inom öppenvården till 102% av föregående årsnivå, men minskat inom slutenvården till 98%. Jämfört med sjukhusets produktionsplan uppgår utfallet för denna patientgrupp till 95% för öppenvård och 86% för slutenvård.

Vårdplatserna har varit öppna enligt plan.

Tillgängligheten har förbättrats. Antalet patienter som väntat mer än 30 dagar på nybesök har minskat från 5 430 i början av 2025 till 3 690 vid årets slut. För behandling har antalet patienter som väntat mer än 90 dagar minskat från 1 484 till 854 under samma period. Totalt har antalet patienter som väntat längre än vårdgarantins gränser minskat med 32% för nybesök och 42% för behandling.

3.2 Produktivitet

Sjukhuset arbetar kontinuerligt med att öka produktiviteten och effektiviteten. Detta sker bland annat genom optimerade operationsprogram med stöd av AI, ett pågående skifte från slutenvård till dagvård samt ökat nyttjande av preoperativ inskrivning via lounger. Parallellt bedrivs ett arbete med dimensionering och schemaläggning utifrån patienternas behov, för att säkerställa ett optimalt nyttjande av personalresurser.

Produktiviteten, mätt i DRG-poäng per HÅA-närvaro, uppgår till 17,8 jämfört med 17,9 föregående år. Detta är dock en underliggande förbättring beaktat att de nationella DRG-vikterna justerats jämfört med 2024 samt att den externa inhyrningen minskat ytterligare under 2025, vilket inte ingår i måttet HÅA-närvaro.

4 Personal

4.1 Attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Karolinska Universitetssjukhuset är en attraktiv arbetsgivare och strävar efter att behålla och utveckla medarbetare och ledare. Under 2025 har sjukhuset haft ett särskilt fokus på introduktionsutbildningen av nyanställda. Under 2025 har kvarstannandet (36 månader) ökat till 75,4% och ligger på den högsta nivån hittills sedan den började mätas och har ökat för samtliga grupperade yrkesgrupper på sjukhuset.

Rekryteringsläget upplevs som gynnsamt. Överlag är intresset för att arbeta på Karolinska Universitetssjukhuset fortsatt stort. Sjukhusets specialiserade verksamheter, med både framstående kliniker och ledande forskning, stärker arbetsgivarvarumärket och lockar många sökande.

Den årliga kartläggningen av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön är en central utgångspunkt för sjukhusets förbättringsarbete. Särskilt fokus läggs på enheter som har låga resultat, där riktade handlingsplaner tas fram och följs upp. Detta för att säkerställa att resultaten omsätts i konkreta åtgärder och används aktivt för att stärka arbetsmiljö, engagemang och kvarstannande.

Sjukhuset arbetar med att vara en inlyssnande arbetsgivare. Uppdraget från nämnden att ta fram en handlingsplan för sjukhusets arbete för öppenhet och mot tystnadskultur, har genomförts och öppenhet och transparens utgör därmed inte längre ett tidsbegränsat utvecklingsinitiativ, utan är integrerat som en långsiktig och hållbar del av organisationens kultur och kompetensutveckling. Arbetet bedöms sammantaget ha bidragit till det ökade kvarstannandet under 2025.

Under året har ett förtydligat koncept för ”Ledarskap på Karolinska” arbetats fram, vilket ska införas 2026. För att säkra både återväxt och kvalitet i chefskapet har sjukhuset genomfört utbildningar för såväl befintliga som potentiella chefer.

4.2 Hållbar arbetsgivare

För att möta verksamhetens kompetensbehov arbetar sjukhuset med att definiera processen för strategisk kompetensplanering och kompetensförsörjning i syfte att närmare integrera det med övrig planering och uppföljning.

Under 2024-2025 har ett arbete genomförts för att placera in flera tusen medarbetare i kompetensstegar. Arbetet har innefattat flertalet yrkesgrupper och är ett första steg i att systematisera arbetet med kompetensstegar och att koppla dessa till lönestrukturen.

Genomförandet av specialistsjuksköterskeutbildningarna har fortsatt och sjukhuset har deltagit i projektet för validering av skyddad yrkestitel för undersköterskor.

4.2.1 Systematiskt arbetsmiljöarbete och hälsa

Rutinerna för det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) är väletablerade på Karolinska Universitetssjukhuset. Analys och handlingsplaner tas fram för de olika områdena och följs upp regelbundet.

Arbetsmiljöavvikelser analyseras tertialsvis av samtliga verksamheter och diskuteras i skyddskommittén på sjukhusnivå.

Inom ramen för arbetet för öppenhet, har skyddskommittéarbetet på sjukhuset utvärderats partsgemensamt både utifrån informationsspridning och inriktning samt systematik i arbetet där ett utvecklingsarbete kommer att inledas.

Resultatet av kartläggningen av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön (KOSA) har analyserats och vidare bearbetats lokalt i de olika verksamheterna. Svarsfrekvensen för KOSA har ökat sedan föregående år.

Inkluderande arbetsplatser som är fria från kränkningar, trakasserier och diskriminering. Sjukhuset har under året tagit fram filmer inom de olika diskrimineringsgrunderna som basen i ett kompetensstärkande material för medarbetare och chefer utifrån både patient-/närståendeperspektiv och arbetsgivarperspektiv. Arbetet med Aktiva åtgärder har förstärkts och breddats inom organisationen. Olika workshops/utbildningar har löpande under året erbjudits till sjukhusets verksamheter i aktuella ämnen exempelvis psykologisk trygghet, kognitiv ergonomi och arbetsglädje.

Öka säkerhet och trygghet samt säkerställa medarbetarnas kompetens gällande hot och våld på arbetsplatsen. Arbetet med riktade skyddsronder gällande hot och våld har genomförts inom ett flertal verksamheter under året, likaså trygghetsronder i utomhusmiljön. Initiativet med VR-träning kring pågående dödligt våld (PDV) har fortsatt.

4.3 Uppföljning avsatta medel

4.3.1 Hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö

160 projekt har genomförts inom hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö. Majoriteten har genomförts lokalt i specifika verksamheter utifrån kartläggningar, workshops, hållbart ledarskap, coachning och grupphandledning. Även sjukhusövergripande projekt har genomförts, till stor del med inriktning på främjande av hälsa.

Arbetet för att reducera sjukfrånvaron har pågått under hela året med avstamp i det initiativ som påbörjades under 2023 och sjukhuset når nu målindikatorn.

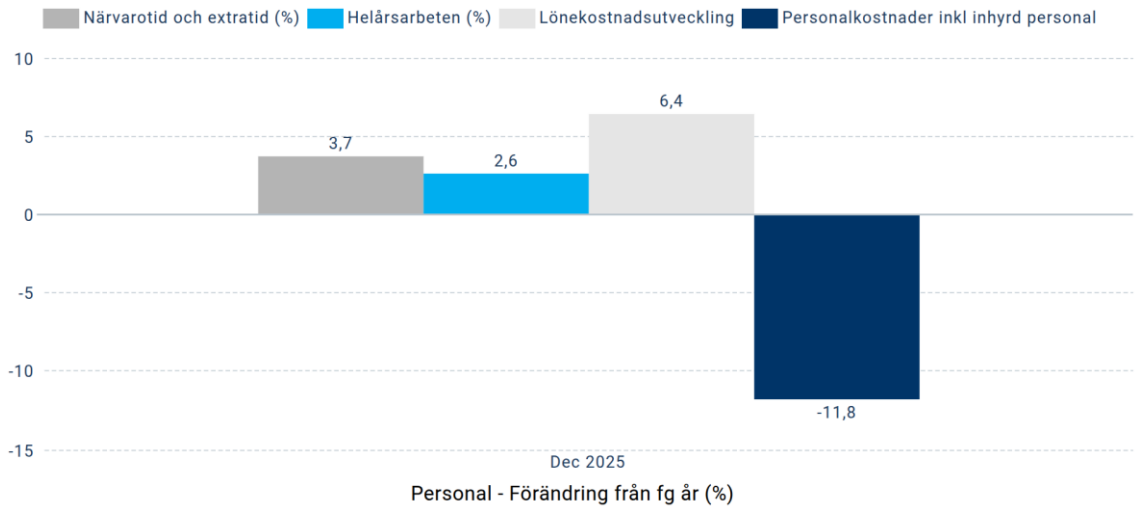
Sjukhuset har även förstärkt arbetet med jämlikhet, jämställdhet och mångfald utifrån syftet att stärka organisationen, stärka Vi-känslan och främja öppenhet.

Operationspiloten, schemalagd återhämtning för sjuksköterskor och undersköterskor inom operation, har startat under hösten. Uppföljning och utvärdering kommer att genomföras under 2026.

4.3.2 Långsiktigt hållbar kompetensförsörjning

Betald utbildning till specialistsjuksköterska är fortsatt en viktig strategiska satsning för att attrahera och behålla verksamhetskritisk kompetens, framför allt inom områdena anestesi, operation och intensivvård.

4.4 Helårsarbeten



	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. % utfall fg år
Personal - Helårsarbeten	16 371	15 948	423	2,6 %
Extratid	*1 090*			*0,3 %*
Totalt	**17 461**			**2,4 %**

** Helårsarbeten, är närvaro och frånvaro, vilket sammantaget motsvarar den avtalade tiden för sysselsättningsgraden i förhållande till aktuellt antal dagar under perioden, enligt Tableau.*
*** Budget rapporteras inte på extratid.*

Utfall i jämförelse med budget och föregående år

Internt följer Karolinska Universitetssjukhuset helårsarbeten inklusive extratid, inom verksamhetsområde produktion är antal helårsarbeten för helåret 2,4% högre än föregående år. Ökningen beror på fler månadsanställda och syns främst som närvaro medan frånvaron minskat. Extratid har arbetats något mer än föregående år vilket främst beror på ökad övertid som påverkades av Vårdförbundets varsel 2024. Totalt är extratiden lägre än för helår 2022 och 2023.

Antalet helårsarbeten var, exklusive extratid, 2,6% högre än både budget och föregående år.

Kostnadsutvecklingen kommenteras under avsnitt 5 Personalkostnader, se sida 31.

4.5 Sjukfrånvaro

Procentuell sjukfrånvaro	Utfall	Utfall fg år
Procentuell sjukfrånvaro totalt	**5,8%**	**6,2%**
- varav kvinnor	*6,5%*	*7,0%*
- varav män	*3,3%*	*3,2%*
Fördelat på period		
1 - 14 dagar	*2,6%*	*2,6%*
15 - 90 dagar	*0,9%*	*0,9%*
91 - dagar	*2,2%*	*2,7%*

Karolinska Universitetssjukhuset uppfyller målindikatorn sedan augusti 2025, till stor del beroende på en minskning av sjukfrånvaron dag 91- jämfört med tidigare år. Reduktionen av sjukfrånvaron sker i samtliga grupperade yrkesgrupper, men viss spridning finns mellan yrken inom dessa grupperingar. Yrkesgruppen undersköterska/barnskötare har högst sjukfrånvaro.

Inom sjukhuset noteras en högre nivå av sjukfrånvaro dag 1-14 i åldersspannet -29 år samtidigt som sjukfrånvaron dag 91- har en högre nivå inom åldersspannen 55-. Åldersspannet 55–64 år har en sjukfrånvaro 2025 som överstiger 7% där andra åldersspann har 6%. Kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män i samtliga åldersintervall.

Under året har sjukhuset arbetat för att minska sjukfrånvaron både inom ramen för hälsomottagningar samt hälsoinspiratörsnätverket. Ett flertal webbinarier har genomförts för chefer och Stab HR inom psykisk hälsa/ohälsa, NPF, självmord, tidiga signaler på ohälsa, korttidssjukfrånvaro och åtgärder samt rehabilitering/arbetsanpassning.

5 Ekonomi

Karolinska Universitetssjukhusets ekonomiska resultat för 2025 är i linje med budget och uppgår till plus 0,4 miljoner kronor. Detta är 44 miljoner lägre än regionfullmäktiges resultatkrav vilket motsvarar 0,15% av omsättningen.

Grunden för sjukhusets ekonomiska resultat är produktionen av vård. Vårdproduktionen enligt sjukhusavtalet med Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) uppgår till 107,9 procent av beställningen. Enligt sjukhusavtalet ersätts sjukhuset med 40 procent för produktion som överstiger beställningen, upp till 104 procent. För 2025 ökade HSN beställningen med 0,5 procent, till 104,5 procent. För produktion därutöver utgår ingen ersättning. Övriga områden som bidrar positivt till resultatet är lägre kostnader för tillgänglighetsviten, ökad försäljning av diagnostik, lägre läkemedelskostnader samt högre regionala och statliga bidrag. Även omvärderingen av personalskulder, såsom semesterlöneskuld, har en positiv resultateffekt om 270 miljoner kronor, vilket är 30 miljoner kronor bättre än budget. Personalomkostnadspålägget minskade från 76 procent 2024 till 46 procent 2025.

Resultatet belastas samtidigt av högre personalkostnader, främst till följd av ett ökat antal anställda, samt minskade intäkter från utomlands- och utomlänspatienter. Därtill har materialkostnaderna ökat, både på grund av prisutveckling och en högre vårdproduktion. Även hyreskostnaderna har ökat till följd av marknadsanpassning av hyrorna från Locum.

Årets ekonomiska resultat är bättre än prognoserna i tertial- och delårsrapporterna. Sjukhuset hade lägre kostnader än prognostiserat för öppenvårdsläkemedel och högre läkemedelsåterbäring än förväntat samt erhöll tillkommande medel för utbildningen av specialistsjuksköterskor.

Utfall i jämförelse med budget

Intäkter

Verksamhetens intäkter uppgår till 28 446 mkr (3% högre än budget).

Sålda Primärtjänster

Utfallet för sålda primärtjänster är 0,3% högre än budget. Budgetavvikelsen uppgår till 58 mkr och kan primärt förklaras av högre intäkter från HSF och lägre intäkter för utomläns/utomlandspatienter.

Nedbrytning av sålda primärtjänster:

- Huvudavtalsproduktionen är högre än föregående år och 7,9% högre än beställning från HSF. Sjukhuset har ersatts för produktion upp till 104,5%. Utfallet påverkas negativt av tillgänglighetsviten om 32 mkr.
- Utomläns-/utlandsvård är 3% lägre än budget men 6% högre än föregående år.
- Utfallet för vårdvalen uppgår till 478 mkr vilket är 3% högre än budget och 5% högre jämfört med föregående år.

Sidouppdragen och övriga ersättningar uppgår till 514 mkr. Utfallet för särläkemedel uppgår till 138 mkr. Ersättning sker efter förbrukning, därav är utfallet resultatneutralt. Ersättning för Öppenvårdsläkemedel (KÖL) är i linje med budget. Se vidare under avsnittet läkemedel.

Försäljning övriga tjänster

Försäljning av övriga tjänster är 12% högre än budget vilket förklaras av ökad försäljning inom diagnostik, högre intäkter i externa läkemedelsprojekt och högre intäkter kopplade till externa projekt.

Erhållna bidrag och övriga intäkter

Erhållna bidrag är 5% högre än budget, främst drivet av ökade statsbidrag.

Kostnader

Verksamhetens kostnader uppgick till 27 769 mkr, vilket motsvarar en kostnadsökning om 3%, främst drivet av personalkostnader och materialkostnader.

Personalkostnader

Personalkostnaderna är 3,8% högre än budget. Fler utförda helårsarbeten ger en högre lönekostnad om 298 mkr och justerad princip för upplupen kostnad för jour och beredskap belastar året med 56 mkr exklusive PO.

Jämfört med föregående år är utfallet 1 994 mkr lägre, främst till följd av det lägre PO-påslaget men även högre kostnader för fler anställda med en större andel närvaro och högre lönenivå givet den årliga löneöversynen. Kostnaden för inhyrd personal är i nivå med föregående år.

Köpta primära sjukvårdstjänster

Kostnaderna för köpta primära sjukvårdstjänster samt verksamhetsanknutna tjänster är 17% högre än budget främst kopplat till kostnader för Remeo där motsvarande intäkter erhålls.

Läkemedel

Läkemedelskostnaderna är 2% lägre än budget och 4% lägre än föregående år.

Rekvisitionsläkemedelskostnaderna minskade mot budget men var i nivå med föregående år, drivet av effektiviseringar, främst inom Tema Cancer och Tema Inflammation och Åldrande. Kostnaderna för särläkemedel har ökat, vilket främst beror på fler doser av kostsamt läkemedel inom Tema Barn där motsvarande intäkt erhålls.

Kostnaden för öppenvårdsläkemedel (KÖL) var lägre än föregående år och 2,3% under avtalsbeloppet 2025.

Materialkostnader

Materialkostnaderna är 13% högre än budget och 10% högre än föregående år vilket

beror på prisutveckling och hög produktionstakt inom ett flertal verksamheter, främst medicinsk diagnostik (MDK) och Tema hjärta, kärl och neuro (HKN).

Lokal- och fastighetskostnader

Lokal- och fastighetskostnader är 2% högre än budget och 9% högre än föregående år till följd av indexering samt marknadsanpassade hyror från Locum, till en årseffekt om 66 mkr.

Övriga kostnader

Övriga kostnader är i linje med budget.

5.1 Resultat

Resultat*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Patientavgifter	125	115	10	5,1 %
Sålda primärtjänster	23 033	22 975	58	-4,8 %
Försäljning övriga tjänster	3 445	3 068	377	5,3 %
Erhållna bidrag	1 091	1 033	58	-22,9 %
Övriga intäkter	752	489	263	
Verksamhetens intäkter	**28 446**	**27 680**	**766**	**-3 %**
Personalkostnader inkl inhyrd personal	-14 538	-14 007	-531	-11,8 %
- varav inhyrd personal	*-84*	*-89*	*5*	*-0,1 %*
Köpta primära sjukvårdstjänster	-426	-327	-99	28,2 %
Köpta verksamhetsknutna tjänster	-310	-303	-7	4,5 %
Läkemedel	-4 168	-4 262	94	-4,1 %
Materialkostnader	-2 316	-2 043	-273	10,2 %
Lokal- och fastighetskostnader	-3 200	-3 126	-74	8,7 %
Övriga kostnader	-2 812	-2 836	24	4,4 %
Verksamhetens kostnader	**-27 769**	**-26 904**	**-865**	**-4,9 %**
Avskrivningar	-615	-667	52	2,6 %
Finansnetto	-62	-65	3	-2,3 %
Justering pension mm.	0	0	0	
Resultat**	**0,4**	**44**	**-43,6**	

* mkr
** Avser resultat före bokslutsdispositioner.

5.1.1 Personalkostnader inklusive inhyrd personal

Personalkostnad inkl inhyrd personal*	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Summa personalkostnader	**-14 453,5**	**-13 918,6**	**-534,9**	**-11,9 %**
Förändring sem- och löneskuld	-168,2	-165,3	-2,9	
Lönekostnad	-9 733,6	-9 379,4	-354,2	6,4 %
- varav övertid	*-254,1*	*-231,1*	*-23*	*12 %*
- varav sjuklönekostnad	*-155,8*	*-152,9*	*-2,9*	*4,5 %*
PO-pålägg	-4 316,4	-4 218,6	-97,8	-38,5 %
Övriga personalkostnader	-235	-155	-80	30,3 %
Inhyrd personal	**-84,4**	**-88,5**	**4,1**	**-0,1 %**
- varav läkare	*-1,8*	*-3*	*1,2*	*-18,5 %*
- varav sjuksköterskor	*-14,2*	*-37,2*	*23*	*-57,9 %*
- varav övrig personal	*-68,5*	*-48,3*	*-20,2*	*40,7 %*
Personalkostnad inkl inhyrd personal	**-14 537,9**	**-14 007,1**	**-530,8**	**-11,8 %**

* mkr

Se kommentar avsnitt 5, under rubriken *Personalkostnader*.

5.1.2 Konsultkostnader

Externa Konsultkostnader (Mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. %
Juridik	-2	-5	3	-66,5 %
PR	-0	-0	0	0 %
Management	0	0	0	0 %
IT	-63	-64	1	-11,3 %
Övriga	-29	-33	4	-17,7 %
Summa externa konsultkostnader	**-94**	**-102**	**8**	**-15,9 %**

Konsultkostnader för helåret uppgår till 94 mkr och består främst av kostnader hänförliga till IT där pågående regionala projekt drivs såsom exempelvis journalsystemsbyten, avvikelsehanteringssystem samt IT-säkerhetsfrågor.

Minskningen av konsultkostnader, jämfört med både budget och utfall föregående år, ligger i linje med sjukhusets mål om att använda konsulter mycket restriktivt till förmån för riktade rekryteringar och intern kompetensutveckling.

5.1.3 Administrativa kostnader

Administrativa kostnader (mkr)	Utfall	Budget	Budget avvik.	Förändr. utfall fg år
Administrativa kostnader	-452	-503	51	-15,1 %

De administrativa kostnaderna är 10% lägre än budget och 15% lägre än föregående år. Det lägre utfallet jämfört mot föregående år är en effekt av översynen av det administrativa stödet som gjorde under 2023/2024, lägre PO-pålägg samt en

omklassificering av kostnadsställen kopplat till administrativt stöd. Omklassificeringen förklarar även avvikelsen mot budget.

5.1.4 Utredning av det fullmäktige beslutade resultatkravet

Karolinska Universitetssjukhuset har inget att rapportera.

5.1.5 Återrapportering medel för åtgärder god ekonomisk hushållning

Karolinska Universitetssjukhuset beviljades 2023 32 mkr för åtgärder som möjliggör en god ekonomisk hushållning inom fem aktiviteter.

Rätt Stöd – ny modell för administrativt stöd som är implementerad och är avslutad.

Flöden vid akuten i Huddinge – nya arbetssätt för samplanering och utveckling har utförts.

Analys för att reducera den externa inhyrningen – aktivitet är avslutad och uppföljning sker i linjen.

Taligenkänning – aktivitet avslutad då tekniska förutsättningar inte fanns.

Virtuell cockpit – systemets stabilitet bedöms som otillräcklig för klinisk drift, pilotprojektet pausades därför 2025.

5.2 Åtgärder för ett resultat i balans

Åtgärder (Mnkr)	Budgeterad effekt 2025	Realiserad effekt 2025	Avvikelse realiserad effekt jmft budget 2025	Budgeterad effekt 2026	Budgeterad effekt 2027	Budgeterad effekt 2028
Sänkta Bemanningskostnader	154	82	-72	300	170	0
Sänkta Materialkostnader	15	6	-9	45	30	0
Sänkta Läkemedelskostnader	25	73	48	15	0	0
Sänkta kostnader för Köpt extern vård	0	11	11	60	15	0
Sänkta lokalkostnader	25	7	-18	15	0	0
Sänkta IT kostnader	25	2	-23	0	0	0
Sänkta övriga kostnader	25	2	-23	15	0	0
Summa	269	183	-86	450	215	0

I budget för 2025 identifierades behov av åtgärder om 270 mkr för att nå sjukhusets resultatkrav om 44 mkr, uppskattad effekt 2025 uppgår till 183 mkr.

Aktiviteterna kopplat till **bemanningskostnader** har gett en effekt på 82 mkr. Flera parallella insatser har pågått under året, såsom att harmonisera bemanning med dimensionering, vakanshållning av tjänster i samband med personalrotation, planering för att minska övertid och obekväm arbetstid samt säkerställa korrekt registrering till rätt verksamhetsområde, för att uppnå en rättvis fördelning mellan produktion och

forskning.

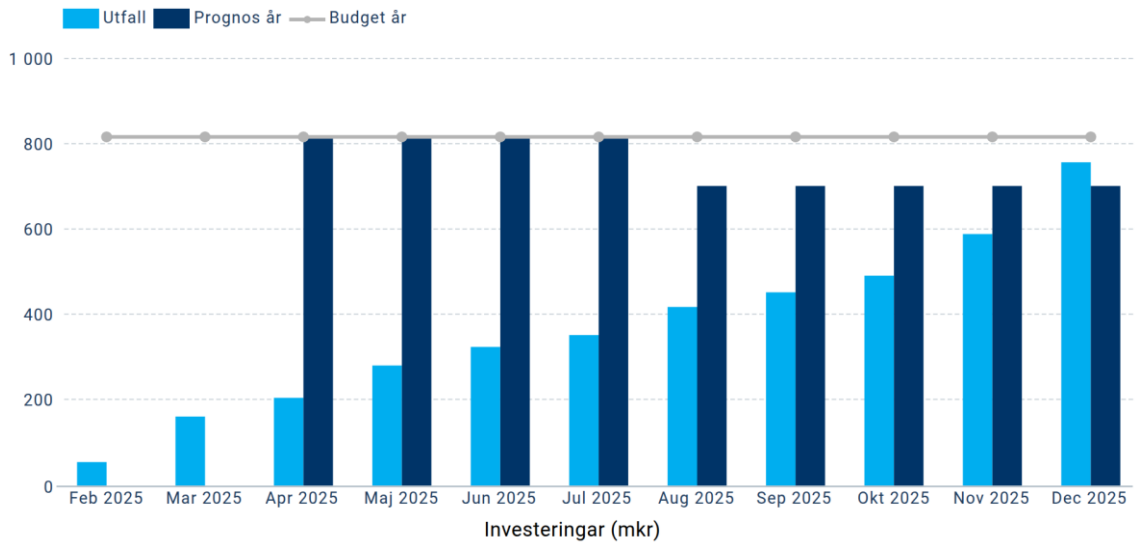
Materialkostnadsaktiviteter ger en effekt på 6 mkr, vilket är lägre än plan, främst på grund av åtgärden som avser reprocessing av katetrar, elfyskablar och produkter till robotkirurgi som ska leda till sänkta kostnader för regionen framöver. Sjukhuset arbetar även fortlöpande med cirkulation av material och flergångsanvändning inom områden där så är möjligt.

Åtgärder för **läkemedel** uppgår till 73 mkr vilket är högre än budgeterat. Exempel på aktiviteter är dosjustering och preparatväxling, övergång till generika och biosimilarer. Inklusion i läkemedelsstudier är ett område för att begränsa ökade kostnader. Arbete pågår för att få en mer optimal lagerhållning av läkemedel samt minska kassation.

Åtgärder kopplat till **lokalkostnader** uppnår en effektivisering om 7 mkr. Sjukhuset arbetar för att göra förtätning av befintliga administrativa ytor och i samverkan med kliniska verksamheter se över avyttring av lokaler inom GKS-området (Gamla Karolinska Sjukhuset) med möjligheter till reducerade kostnader.

Aktiviteter för sänkta kostnader för **IT och övriga kostnader** uppnår 4 mkr. Ökade kostnader inom området mitigeras genom löpande översyn av IT-relaterad utrustning, licenser och optimering av resurser.

5.3 Investeringar



5.3.1 Status investeringsplanens genomförbarhet och risk

Nästkommande år riskerar en begränsad upphandlings- och förvaltningskapacitet samt förlängda leveranstider påverka genomförbarheten av planerade investeringar. Utöver det riskeras fördyrningar av sjukhusets pågående och planerade investeringar.

5.3.2 Investeringsutfall i jämförelse med budget

Ackumulerat investeringsutfall 2025 uppgick till 701 mkr vilket motsvarar en

upparbetningsgrad mot årets investeringsbudget (815 mkr) på 86% och i linje med investeringsprognosen från september (700 mkr) på 100%.

De tre största investeringarna 2025 var ersättningsinvesteringar: uppgradering av två strålsystem (79 mkr), infusionspumpsutbyte, fas 2 (66 mkr) och livscykelhantering Patientmonitoreringssystem (PAMS) (34 mkr).

T/F/S	Investering	Aktiverings-månad	Investeringsutfall ack 2025 (mkr)
Tema Cancer	Omfattande uppgradering av strålsystem, 2 st.	juli & nov 2025	79
Stab Teknik, MT	Infusionspumpsutbyte	feb-maj 2025	66 (total investering 115 mkr)
Stab Teknik, MT	Livscykelhantering PAMS	dec 2025	34
Stab Teknik, IT	Teknisk bevakning 2024	jan-dec 2025	22 (total investering 31 mkr)
MDK	Livscykelhantering DT33	aug 2025	19
HKN	Angiosystem, Livscykelhantering Elfys lab 1, Huddinge	juli 2025	15
PMI	Operation och Dag Kirurgi, Norra Haga	jan-sep 2025	15 (total investering 24 mkr)
MDK	Byte MR från 1.5 T till 3T av ID36	okt 2025	15
MDK	Livscykelhantering ID15 BoF-avtalet	okt 2025	15
HKN	Angiosystem G27 Huddinge Utbyte	jan-aug 2025	15
TOTAL inv – topp 10			**295**
Andel av total upparbetning			42%
Övriga investeringar			406
TOTAL			**701**

Tabell. *Aktiverade investeringar topp 10 samt totalsumma för övriga aktiverade investeringar.*

5.3.3 Ny- och ersättningsinvesteringar

Ersättningsinvesteringarna för att upprätthålla driften i den befintliga vårdverksamheten utgör 82% av sjukhusets totala investeringar, se tabell.

Investeringar (mkr)	Utgift 2025	Budget 2025	Budget avvik.	Upparb grad (%)
Nyinvesteringar	125	128	3	98
Ersättningsinvesteringar	576	687	111	84
Totalt investeringar	**701**	**815**	**114**	**86**

5.3.4 Status enskilda investeringsobjekt > 100 mkr

I april beviljade Karolinskas nämnd utbytet av två **linjäracceleratorer** (strålsystem). Den första linjäracceleratorn driftsattes i augusti och den andra i november (totalt investeringsutfall 79 mkr). Utbytet av återstående sex linjäracceleratorer planeras till 2030-2032.

Upphandling av **läkemedelsautomater** har blivit föremål för överprövning, vilket har försenat genomförandet. Genomförandet senareläggs från 2025-2026 till 2026-2027. I nuläget är kostnader, omfattning och effektmål oförändrade.

Vårdavdelningar i främst Huddinge patientanpassas enligt konceptet **framtidens vårdavdelning** (FVA). Målet är att anpassa två avdelningar per år. Under 2025 har två FVA initierats med en driftsättning som senareläggs från 2026 till 2027 p.g.a. brist på evakueringsytor. Kostnaden för varje FVA har ökat sedan programmet beslutades, främst till följd av inflation samt stigande priser inom bygg- och ombyggnadssektorn.

Anläggning av ny **precisionsmedicinsk hub i BioClinicum** (utrustning, inredning etc.) inklusive flytt av patologi och cytologi från GKS som är i genomförandefasen, uppskattas till 101 mkr. För närvarande ligger investeringsobjektet utanför sjukhusets beviljade investeringsplan (2026-2035). Omfattning och tidplan för ombyggnationen är oförändrad sedan beslut i regionfullmäktige.

5.3.5 Driftsatta investeringsobjekt

Leveranserna och driftsättningen av infusionspumpsutbytet slutfördes i juni 2025, enligt tidsplan (2024-2025).

5.3.6 Kommande investeringsbeslut för investeringsobjekt > 100 mkr

Investeringsobjekt	Typ av beslut	Inv. utgift beslut Mkr	Total inv. utgift inv. objekt Mkr	Datum beslut nämnd/bolags styrelse	Datum planerat beslut RS/RF
N/A					

Sjukhuset har inget kommande investeringsbeslut över 100 mkr inom 12 månader. Investeringsplanen innehåller ett investeringsobjekt över 100 mkr för kommande beslut, avseende utbyte av Patientmonitoreringssystem (PAMs), dock först 2029-2030.

5.4 Balansräkning

Balansräkning*	Utfall	Bokslut fg år	Förändr.
Anläggningstillgångar	**2 563**	**2 441**	**122**
-varav pågående nyanläggningar	*55*	*0*	*55*
Omsättningstillgångar	**5 060**	**4 478**	**582**
- varav kassa och bank	*0*	*0*	*-0*
SUMMA TILLGÅNGAR	**7 624**	**6 919**	**704**
Eget kapital	**361**	**-189**	**549**
Avsättningar	**1**	**12**	**-11**
Skulder	**7 262**	**7 096**	**166**
- varav långfristiga skulder	*2 048*	*1 060*	*987*
- varav kortfristiga skulder	*5 214*	*6 035*	*-822*
SUMMA SKULDER OCH EGET KAPITAL	**7 624**	**6 919**	**704**

* mkr

Totala tillgångar uppgick till 7 624 mkr per december 2025. Anläggningstillgångarna har ökat med 122 mkr då avskrivningarna under året varit mindre än ny- och återinvesteringarna. Omsättningstillgångar ökade mot förgående år (582 mkr) och förändringarna under året förklaras framför allt av ökade kundfordringar (507 mkr).

Summa skulder och eget kapital uppgick till 7 624 mkr. Det egna kapitalet återställdes i maj med ett kapitaltillskott om 549 mkr. I år summerade kvarvarande avsättningarna för diverse olika tvister och omförhandlingar grundat i legala förpliktelser från förgående år till 1,2 mkr. Skulderna ökade med 166 mkr jämfört med föregående år, detta förklaras framför allt av en ökad leverantörsskuld (136 mkr).

5.5 Kassaflödesanalys

Kassaflödesanalys	2025-12-31
Mkr	
Den löpande verksamheten	
Kassaflöde från den löpande verksamheten	-1 142
Investeringsverksamheten	
Kassaflöde från investeringsverksamheten	-737
Finansieringsverksamheten	
Kassaflöde från finansieringsverksamheten	1 525
Årets kassaflöde	**-354**
Likvida medel vid årets början	**-185**
Likvida medel vid årets slut	**-539**

Det negativa kassaflödet från den löpande verksamheten förklaras av framför allt av periodens rörelsekapitalförändring med dels ökade kundfordringar (507 mkr) och dels en omläggning av kortfristigt lån om 1 mdkr. Förändring avseende lån innebär att det

negativa kortfristiga kassaflödet från verksamheten blir ett motsvarande positivt kassaflöde från investeringsverksamheten.

Kassaflödet från investeringsverksamheten (minus 737 mkr) utgörs av utbetalningar för ersättningsinvesteringar och nyinvesteringar.

Kassaflöde från finansieringsverksamheten förklaras av kapitaltillskottet från regionen om 549 mkr samt av omläggning/upptag av lån om 1 mdkr (långfristigt).

6 Pågående rättsprocesser (tvister)

En tvist pågår och det är fastställelsetalan gällande rätt till skadestånd. Motpart är en tidigare patient. Ärendet hanteras av LÖF som ombud för Karolinska Universitetssjukhuset och prövning sker i Stockholms tingsrätt.

Ett beslut att avbryta en upphandling av hjärtklaffar har överprövats av en anbudsgivare. Handläggning pågår i förvaltningsrätten i Stockholm.

7 Övrigt

Tidigare år har upparbetad kostnad för jour och beredskap gällande december månad inte fullt ut kunnat redovisats innan processen för årsbokslutet stängt. I och med ny process och förmåga för att ta fram dessa uppgifter så har dessa kostnader nu helt och hållet kunnat bokas på rätt räkenskapsår och kommer även fortsättningsvis göra det. Principändringen innebär en engångseffekt om ökade personalkostnader med 82 mkr för år 2025.

I övrigt har samma redovisningsprinciper använts som i den senaste årsrapporten.

8 Förväntad utveckling kommande år

Sjukhuset, liksom sjukvården i stort, står inför omfattande utmaningar, däribland en förändrad demografisk struktur, ett ökande vårdbehov, osäkerhet i omvärlden samt svårbedömda ekonomiska förutsättningar. Samtidigt medför teknologiska framsteg och nya behandlingsmetoder betydande möjligheter till förbättring och innovation.

För att möta utmaningarna inom regionen krävs också en systemtransformation inom Region Stockholm. Sjukvårdssystemet behöver anpassas utifrån dagens förutsättningar, vård behöver omfördelas inom systemet och volymer behöver lastbalanseras och den ekonomiska modellen behöver utvecklas för att säkerställa hög tillgänglighet på rätt vårdnivå.

Sjukhuset står inför ekonomiska utmaningar de närmsta åren, vilket innebär att aktiviteter krävs för att förbättra både produktiviteten och effektiviteten. För att nå regionfullmäktiges resultatkrav behöver sjukhuset säkerställa produktion enligt beställning, en hög andel utomlands och utomlänspatienter samt full effekt av produktions- och effektiviseringsåtgärder.

För att möta dessa utmaningar och fortsätta utveckla sjukhuset krävs ett aktivt och långsiktigt engagemang från både sjukhusets ledning och medarbetare, samt en kontinuerlig utveckling av arbetssätt och processer.

Sjukhuset behöver öka sin resilienta förmåga genom att till exempel säkerställa lagerhållning av material och läkemedel, och säkra tillförsel av vatten, el och andra basförutsättningar.

Från halvårsskiftet 2026 övertar sjukhuset det samlade ansvaret för vårdens gemensamma IT-system inom den egenägda vården. Uppdraget omfattar både befintliga system, nya utvecklingsprojekt och avveckling av gamla system. Det är ett omfattande uppdrag som kommer att kräva samverkan med andra sjukhus och aktörer i regionen. Sjukhuset behöver förstärka IT-infrastrukturen så som ett nytt vårddatalager, men även förstärka organisationen. Det kommer även att kräva resurser och särskild finansiering i vissa delar.

9 Nämnd-/styrelsebehandling

Verksamhetsberättelsen 2025 behandlas i Karolinska Universitetssjukhusets nämnd den 17e februari 2026.

Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-0984
K 2026-0105

Karolinska Universitetssjukhuset

Plan för intern kontroll, år 2025

År 2025

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 3

2 Intern kontroll 4
2.1 Styr- och kontrollmiljö 4
2.2 Riskbedömning 4
2.3 Kontrollaktiviteter 5
2.4 Information och kommunikation 6
2.5 Övervakning och uppföljning 6
2.5.1 Uppföljning 6
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll 7
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser 7

3 Sammanställning av risker 8

1 Bakgrund

Enligt 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725) ska varje nämnd inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § samma lag har lämnats över till någon annan.

Region Stockholm har, utifrån kommunallagen, beslutat om riktlinjer för intern kontroll för Region Stockholm (RS 2024-0510, RS 2022–0326). Riktlinjen utgår från COSO-modellen, vilket innebär att systematiskt arbeta med att förutse risker och möjligheter samt att hantera och kommunicera dessa.

Region Stockholms arbete med intern kontroll syftar till att proaktivt säkerställa att verksamheten i enlighet med vad fullmäktige beslutar:

- uppnår fastställda mål och utför sitt uppdrag
- når långsiktig varaktighet och hållbarhet
- bedrivs ändamålsenligt, säkert och effektivt
- följer tillämpliga lagar, beslut, föreskrifter, avtal, styrande dokument med mera
- har tillförlitlig rapportering och information

2 Intern kontroll

Nämnden/bolaget tar i samband med budget och verksamhetsplanering fram en plan för intern kontroll. Denna plan uppdateras och följs sedan upp som ett led i den löpande rapporteringen och uppföljningen. Planen för intern kontroll utgör nämndernas och bolagens redovisning av arbetet med den interna kontrollen och är en viktig grund för den försäkran som lämnas om att nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll.

2.1 Styr- och kontrollmiljö

Styr- och kontrollmiljön är omgivningen som den interna styrningen och kontrollen verkar i och påverkas av, det vill säga fundamentet för nämnden/bolagets arbete med risk och intern kontroll.

Ansvarsfördelningen mellan olika funktioner rörande riskhantering och intern styrning och kontroll baseras på de fyra så kallade ansvarslinjerna. Karolinskas första ansvarslinje är verksamheten. Det är verksamheten som äger riskerna, åtgärderna och kontrollerna. Det innebär att verksamheten ska genomföra åtgärderna och implementera kontrollerna (inklusive förändra eventuella arbetssätt) så att åtgärderna och kontrollerna minimerar riskerna. Funktionen för intern kontroll och riskhantering klassas som den andra ansvarslinjen. Funktionen arbetar på uppdrag av nämnden och återfinns organisatoriskt inom stab Juridik. Funktionen för intern kontroll och riskhantering följer upp risker och åtgärder samt testar kontroller utifrån beslutat kalendarium för att säkerställa en god intern kontroll. När behov uppstår hyr nämnden in den tredje ansvarslinjen, det vill säga internrevisorer, för att göra vissa specifika utredningar/genomgångar. Den fjärde ansvarslinjen är regionrevisorerna.

På Karolinska ska styr- och kontrollmiljön säkerställa en god intern kontroll. Det görs genom att tydliggöra strukturer och ansvar för den interna kontrollen samt att ledningens och nämndens agerande visar att etiska frågor och regelefterlevnad är väsentlig.

Informationen återfinns i olika styrdokument så som policys och riktlinjer. Karolinskas styrdokument finns samlade på intranätet och är tillgängliga för alla. Översyn av de sjukhusövergripande styrdokumenten fortgår.

Karolinska erhöll under 2025 ett uppdrag av Region Stockholm avseende att arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott. Under året har en riskbaserad genomlysning gjorts och en handlingsplan har tagits fram och förankrats i sjukhusledningen. Sjukhuset fortsätter arbetet med att utveckla metoder och processer för att förebygga, upptäcka och stoppa oegentligheter och välfärdsbrott under 2026.

2.2 Riskbedömning

Riskbedömning handlar om hur risker för verksamheten identifieras, värderas och hanteras. Inom Region Stockholm används följande riskkategorier:

- Strategiska risker

- Ekonomiska risker
- Operativa risker
- Regelefterlevnadsrisker

På Karolinska uppdateras riskerna fyra ggr per år. En sjukhusövergripande risksammanställning skickas ut innan sommaren till Tema-/Funktions-/Stabschefer som ska genomföra riskanalyser och uppdatera riskerna. Inför verksamhetsplan, verksamhetsberättelse samt tertialrapport uppdateras riskerna direkt med respektive riskägare. Karolinska har erhållit uppdrag under 2025 och några risker, kopplat till uppdragen, har identifierats. Riskerna bedöms fortsatt vara aktuella under 2026. Uppdaterade risker rapporteras till sjukhusledning och om väsentliga förändringar har skett även till nämnden. Riskerna rapporteras minst en gång per år till nämnden.

Sjukhusets väsentligaste risker omfattar bland annat risk för att lokaler ej är ändamålsenliga exempelvis utflytt från Q-huset, risk för påtagligt dyrare produkter exempelvis läkemedel, risk för oegentligheter och välfärdsbrott samt risk för negativ påverkan på styrning av vårdproduktion kopplat till IT-utveckling och digital transformation.

Något minskad riskvärdering ses för riskerna avseende *Brist på kompetens, Arbetsmiljö och Sjukfrånvaro*. Riskvärderingen avseende de obligatoriska riskerna *risk för fel i finansiell rapportering* och *risk för felaktig bidragsutbetalning* har inte förändrats sedan delårsrapporteringen. *Risk för fel i finansiell rapportering* har en låg sannolikhet och hög konsekvens och *risk för felaktig bidragsutbetalning* har en mycket låg sannolikhet och konsekvens.

Under våren 2024 kartlades produktions- och dimensioneringsprocessen och kontroller togs fram. Under hösten 2025 har kontrollerna testats av funktionen intern kontroll och riskhantering. Det sammanlagda resultatet visar att merparten av kontrollerna har mindre brister eller är godkända. Lite drygt 20 % av kontrollerna har större brister. De kontroller som har större brister gäller styrdokument för dimensionerinsprocessen, framtag och godkännande av dimensioneringsplanen samt hantering av felaktiga transaktioner.

För information gällande åtgärder hänvisas till avsnitt 2.3 Kontrollaktiviteter.

2.3 Kontrollaktiviteter

Utifrån riskanalysen prioriteras vilka kontroller och åtgärder som ska utföras för att acceptera, begränsa, dela eller eliminera riskerna för att uppnå en acceptabel risknivå. Kontroller och åtgärder ska också säkerställa beredskap för att hantera och reagera på oönskade situationer.

Vid uppföljning av riskerna uppdateras även åtgärderna. Alla risker har åtgärder och merparten av åtgärderna bedöms fortgå under hela 2026. Arbete pågår för alla risker. Karolinska delar upp åtgärderna i genomförda, pågående och planerade. Detta görs bland annat för att ledning och nämnd ska få bättre överblick avseende åtgärdernas framdrift.

Vid uppdateringen av risker har åtgärder förändrats till viss del avseende *Risk för oegentligheter och välfärdsbrott, Ekonomi i balans, Ekonomiska underskott, Uppföljningsstruktur, Inköpsprocessen*, hållbarhetsriskerna gällande *Klimatneutralitet* och *Social hållbarhet, Brist på kompetens* och riskerna gällande *Arbetsmiljö*, *Sjukfrånvaro* och *Arbetstidsdirektivet*. Även för risken *Utvärdering av investeringar* har åtgärderna uppdaterats något.

Den obligatoriska risken fel i finansiell rapportering har åtgärder såsom att förkorta bokslutsprocessen, minska antalet manuella fel och öka tid för analys vilket sker genom olika automatiseringsinitiativ tillsammans med översyn av kompetens och stödjande material. Den obligatoriska risken felaktig bidragsutbetalning har mycket låg sannolikhet och konsekvens och har inte bedömts behöva ha några åtgärder.

Under våren 2024 togs kontroller fram avseende produktions- och dimensioneringsprocessen. Kontrollerna har under hösten 2025 testats och resultatet visar att merparten av kontrollerna har mindre brister eller är godkända. Konsekvenserna av kontrollerna som har större brister är bristande intern kontroll, ökad administration, manuellt arbete och avsaknad av styrande dokument.

2.4 Information och kommunikation

De funktioner som arbetar med riskhantering, intern kontroll, regelefterlevnad och internrevision behöver ha full tillgång till den information som krävs för god intern kontroll till exempel mål, policys, riktlinjer, risker, åtgärder, kontroller och eventuella avvikelser.

Information inom området intern kontroll och riskhantering kommuniceras löpande till nämnden, sjukhusledning samt på chefsmöten i organisationen. På Karolinskas intranät finns information och styrande dokument som är tillgängliga för alla medarbetare.

Information och utbildning om intern kontroll och riskhantering sker löpande av intern kontroll och riskhanteringsfunktionen för att öka organisationens kunskap inom dessa områden.

2.5 Övervakning och uppföljning

Nämnden/bolagsstyrelsen har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde och ska säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Detta innebär att varje nämnd och styrelse har ett ansvar för att det finns en organisation och processer för den interna kontrollen.

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för regionens verksamheter, utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen har också uppsiktsansvar och ska övervaka hur den interna kontrollen sköts i nämnder och bolag samt utforma, utveckla och följa upp Region Stockholms arbete med intern kontroll.

2.5.1 Uppföljning

Enligt riktlinjen för intern kontroll ska nämnden/bolagsstyrelsen med hänsyn till sitt

ansvar, kontinuerligt följa upp sin verksamhet och utvärdera de riskbedömningar som sker samt vidta åtgärder för att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig, effektiv och att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt. Uppföljningen innefattar också att utvärdera om samtliga komponenter i ramverket för intern kontroll är tillräckliga.

Uppföljning av de sjukhusövergripande riskerna sker löpande under året**.** Minst en gång per år presenteras riskerna för nämnden. Innan riskerna rapporteras till nämnden och regionen ska de presenteras och godkännas av sjukhusledningen.

För risker i arbetsprocesserna kartläggs utvalda processer av funktionen intern kontroll och riskhantering utifrån riskbaserat arbetssätt. Där risker finns tas kontroller fram. Verksamheten äger riskerna och kontrollerna. Verksamheten ska implementera kontrollerna och där behov finns ändra arbetssätt. Funktionen intern kontroll och riskhantering testar utvalda processer för att säkerställa att kontrollerna utförs och att Karolinska har en god intern kontroll. Innan testresultat av kontroller i arbetsprocesserna presenteras för sjukhusledningen och nämnden är testresultatet och förslag på åtgärder förankrade med respektive kontrollägares organisation.

I enlighet med *Tillämpningsanvisning Intern kontroll och riskhantering* ska även uppföljning ske av att avvikelserna åtgärdas. De ska också rapporteras till sjukhusledning och nämnd.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

Nämnden/bolaget ska följa regionens riktlinje för intern kontroll, (RS 2024-0510, RS 2022-0326).

Karolinskas arbete med intern kontroll utgår från Riktlinje Intern kontroll (RS 2024-0510, RS 2022-0326). En tillämpningsanvisning är framtagen (*Tillämpningsanvisning Intern kontroll och riskhantering*) som bygger på ovan dokument och som på ett mer detaljerat sätt beskriver hur arbetet utförs på Karolinska.

Inga avsteg från riktlinjen har noterats.

2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

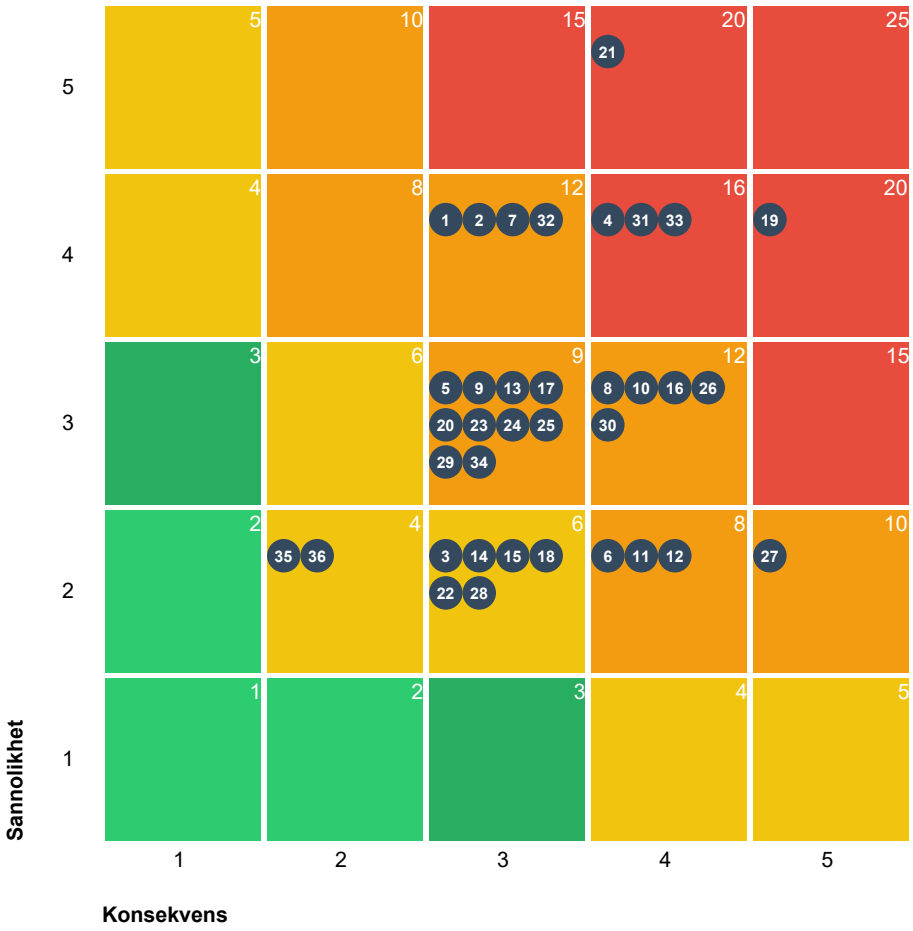
Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd/styrelse samt i den löpande rapporteringen till regionledningskontoret. Förvaltningschef/VD ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår.

Vid testning av produktions- och dimensioneringsprocessen har några kontroller med större brister noterats. När kontrollerna implementeras kommer det manuell arbetet samt administrationen att minska samtidigt som den intern kontrollen ökar.

Arbetet pågår löpande för att hantera de rekommendationer Karolinska erhållit av regionrevisorerna.

Regionrevisorerna samlade bedömning av den interna kontrollen är att den är tillräcklig.

3 Sammanställning av risker



Mycket hög risk	
Hög risk	
Medelhög risk	
Låg risk	
Mycket låg risk	

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Katastrofal - Mycket allvarlig, får inte inträffa
4	Hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Kritisk - Allvarlig, får helst inte inträffa
3	Medel, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
2	Låg, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten

1	Mycket låg, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning		1	21517	→	Ej kunna uppfylla Forsknings-uppdraget	**Riskägare** Olof Akre
		2	51513	→	Ej tillfredställande utbildningsförutsättningar	**Riskägare** Olof Akre
		3	82416	→	Ej tillfredställande innovationsförutsättningar	**Riskägare** Christophe Pedroletti
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet		4	137260	→	Oegentligheter	**Riskägare** Anne Rundquist
		5	20206	→	Uppföljningsstruktur och informationsförsörjning	**Riskägare** Håkan Nilsson
		6	51511	→	Utvärdering av investeringar	**Riskägare** Håkan Nilsson
		7	51512	→	Införande av dyrare läkemedel/nya behandlings- och undersökningsmetoder	**Riskägare** Håkan Nilsson
		8	70607	→	Risk att ej kunna upprätthålla en ekonomi i balans	**Riskägare** Håkan Nilsson
		9	84741	→	Inköpsprocessen	**Riskägare** Håkan Nilsson
		10	92222	→	Ekonomiskt underskott	**Riskägare** Håkan Nilsson
		11	105367	→	Förlorad NHV-tilldelning	**Riskägare** Johan Rinder
		12	134468	→	Risk för fel i finansiell rapportering	**Riskägare** Håkan Nilsson
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035		13	111004	→	Klimatneutrala till 2035	**Riskägare** Anne Rundquist

Mål	Lokalt mål	Risk					Riskägare
Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling		14		111003	→	Social hållbarhet	**Riskägare** Anne Rundquist
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare		15		31209	↘	Risk att ej kunna säkerställa en god arbetsmiljö	**Riskägare** Lena Hadad
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov		16		20604	→	Tillgänglighet	**Riskägare** Per Mattsson
		17		84739	→	Produktion	**Riskägare** Måns Jungner
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		18		137262	→	Risk för underbehandling	**Riskägare** Ylva Pernow, Mathias Axelsson
		19		20202	→	IT-utveckling	**Riskägare** Malin Fahlén
		20		20506	→	Medicinteknisk utrustning	**Riskägare** Peter Håkansson
		21		21520	→	Lokaler	**Riskägare** Tomas Eriksson
		22		30745	→	Fastighetsinvesteringar	**Riskägare** Tomas Eriksson
		23		63126	→	Roller och ansvar IT-säkerhet	**Riskägare** Malin Fahlén
		24		82418	→	Omvärldsläget	**Riskägare** Jonas Schöld
		25		82421	→	Varumärke	**Riskägare** Freja Annamatz
		26		61812	→	Roller och ansvar informationssäkerhet	**Riskägare** Malin Fahlén
		27		70608	→	Patientsäker/högkvalitativ vård	**Riskägare** Ylva Pernow
		28		82315	→	Ersätta utrustning	**Riskägare** Peter

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
						Håkansson
		29	82340	→	Ägare av data	**Riskägare** Malin Fahlén
		30	82426	→	Materialförsörjning och leverans	**Riskägare** Peter Håkansson
		31	99190	→	MT-Utrustning och tillbehör	**Riskägare** Peter Håkansson
		32	105369	→	NHV	**Riskägare** Johan Rinder
		33	164269	↘	Risk för påtagligt dyrare produkter	**Riskägare** Håkan Nilsson
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		34	20200	↘	Brist på kompetens	**Riskägare** Lena Hadad
		35	99188	→	Arbetstidsdirektiv	**Riskägare** Lena Hadad
		36	137263	↘	Sjukfrånvaro	**Riskägare** Lena Hadad

Karolinska Universitetssjukhuset

Bilaga C1: Driftsatta objekt eller objekt som är redo att tas i bruk

Rapportera utfall och budget 2025 samt total prognos och beslutad total utgift.

Investeringsobjekt	Utfall 2025	Budget 2025	Avvikelse	Total prognos	Beslutad total utgift*	Avvikelse
Infusionspumpar >100 mkr Medicinteknik kategori 10.1 AnestesiK,R	**66**	50	-16	**114**	120	6
x	**0**	0	0	**0**	0	0
x	**0**	0	0	**0**	0	0

*) Enligt senaste genomförandebeslut.

Karolinska Universitetssjukhuset

Bilaga C2: Investeringsobjekt					**Fleråriga investeringsobjekt**					
Objektbenämning / ID	**Utfall 2025**	**Budget 2025**	**Avvikelse året**	**Årets upparbetningsgrad**	**Ack utfall totalt**	**Prognos totalt**	**Budget totalt (senaste beslut)**	**Avvikelse totalt**	**Upparbetningsgrad**	**Driftsättningsår**
Utrustning till anpassning avdelningar, etapp 2	0,6	15,0	14,4	4%	77,5	235,0	**235,0**	0,0	33%	2024-2028
Utrustning till ombyggnad mottagningar, etapp 2	0,1	10,0	9,9	1%	16,6	92,0	**92,0**	0,0	18%	2024-2028
Infusionspumpar >100 mkr Medicinteknik kategori 10.1 Anestesi[K,R]	66,4	50,0	-16,4	133%	113,5	113,5	**120,0**	6,5	95%	2024-2025
PAMS utbyte >100 mkr Medicinteknik[K,R]	0,0		0,0	#DIV/0!	0,0	300,0	**325,0**	25,0	0%	2029-2030
Linjäracceleratorer >100 mkr Medicinteknik kategori 10.2 Bild och Funktion[K,R]	79,0		0,0	#DIV/0!	0,0	208,0	**193,0**	-15,0	0%	2025, 2030-2032
Utbyte läkemedelsautomater >100mkrMedicinteknik kategori 10.1 Anestesi[K,R]	0,0		0,0	#DIV/0!	0,0	118,6	**118,7**	0,1	0%	2026-2027
Medicinteknik kategori 10.1 Anestesi och intensivvård <100 mkr (nyinvesteringar)	10,0	20,0	10,0	50%				0,0	#DIV/0!	
Medicinteknik kategori 10.1 Anestesi och intensivvård <100 mkr (ersättningsinvesteringar)	53,8	114,0	60,2	47%				0,0	#DIV/0!	
Medicinteknik kategori 10.2 Bild och Funktion <100 mkr (nyinvesteringar)	25,2	10,0	-15,2	252%				0,0	#DIV/0!	
Medicinteknik kategori 10.2 Bild och Funktion (ink ombyggnationskostn.)<100 mkr (ersättningsinvesteringar)	206,3	291,0	84,7	71%				0,0	#DIV/0!	
Medicinteknik kategori 10.3 Operation <100 mkr (nyinvestering)	37,0	10,0	-27,0	370%				0,0	#DIV/0!	
Medicinteknik kategori 10.3 Operation <100 mkr (ersättningsinvesteringar)	52,7	65,0	12,3	81%				0,0	#DIV/0!	
Medicinteknik kategori 10.4 Terapi och diagnostik <100 mkr (nyinvestering)	18,7	53,0	34,3	35%						
Medicinteknik kategori 10.4 Terapi och diagnostik <100 mkr (ersättningsinvesteringar)	41,9	74,0	32,1	57%						
Nyinvesteringar < 100 mkr	66,9	35,0	-31,9	191%						
Ersättningsinvesteringar < 100 mkr	96,6	67,7	-28,9	143%						
SUMMA objekt	**755,3**	**814,7**	**138,4**	**93%**	**207,7**	**1 067,1**	**1 083,7**	**16,6**	0,191646544	

*) Ange i not om nytt genomförandebeslut tagits under året för något av investeringsobjekten.

Notera att utfall 2025 på 755,3 mkr består av:
Aktiverade investeringar 2025: 700,8 mkr
Nettoutgiften för PANY 2025: 54,5 mkr

Region Stockholm

Övriga avsättningar, ansvarsförbindelser och tvister

RS 2025-0984
K 2026-0105

Bilaga E1

Nämnd/Bolag Karolinska Universitetssjukhuset | Period 2025-12-31

Belopp anges i kronor.

Legala Avsättningar

Avsättning avser [1]	IB 2025	Ianspråktaget under året	Återföring	Årets avsättning	UB 2025	Tidpunkt då avsättning helt eller delvis skall återföras (ange år)	Upplysning om betydelsefulla antaganden som gjorts rörande framtida händelser som påverkat värderingen	Förväntad gottgörelse som har redovisats som tillgång [2]	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
Nedskrivning (år 2023) av autofrys (till anpa	9 150 000	-7 941 569			**1 208 431**	2 025	Kvarvarande risk avser innehållen betalning till kund.		JA
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
					0				
TOTALT	**9 150 000**	**-7 941 569**	**0**	**0**	**1 208 431**			**0**	

[1] Specifikation av varje enskilt förekommande avsättning och en förklaring till varför den uppkommit. **Avsättningar för pensionsåtaganden inkluderas ej.**

[2] Om del av eller hela det belopp som krävs för att reglera en avsättning förväntas bli ersatt av tredje part, ska en gottgörelse redovisas bara när det är så gott som säkert att denna kommer att erhållas om förpliktelsen regleras. Gottgörelsen ska redovisas som en tillgång i balansräkningen. Det belopp som redovisas för gottgörelsen får inte överstiga avsättningen.

Informella Avsättningar (endast bolagen)

Specificera typ av avsättning:	IB 2025	Ianspråktaget under året	Återföring	Årets avsättning	UB 2025	Är avsättningen föremål för tvist (JA/NEJ)
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
TOTALT	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	

Ansvarsförbindelser

Specificera typ av ansvarsförbindelse	Belopp	Kommentar om osäkerheter beträffande beloppet eller tidpunkten för utbetalningar	Möjlighet att eventuell gottgörelse erhålls (belopp)	Är ansvarsförbindelsen föremål för tvist (JA/NEJ)
Konkurrensverket	450000	Prövas under våren 2026		JA
TOTALT	**450 000**		**0**	

Skuld för avslutade tvister

Specificera skuld	Belopp
TOTALT	**0**

Definitioner

Legal avsättning (legal förpliktelse)
En avsättning för en förpliktelse (åtagande) som härrör från ett kontrakt, lagstiftning eller annan laglig grund. (RKR Rek 9, BFNAR 2012:1)

Informell avsättning (informell förpliktelse)
En avsättning för en förpliktelse (åtagande) som härrör från ett företags handlande genom att företaget på grund av etablerad praxis, offentliggjorda riktlinjer eller ett tillräckligt detaljerat, aktuellt uttalande har visat externa parter att företaget påtar sig vissa skyldigheter och därigenom har skapat en välgrundad förväntan hos dessa parter om att det kommer att fullgöra sina skyldighet er. (BFNAR 2012:1)

Informella avsättningar finns inte i regioner och kommuner utan avser endast bolag. Redovisas som ansvarsförbindelse i region en - se punkt c nedan.

Ansvarsförbindelse
a) en möjlig förpliktelse som härrör från inträffade händelser och vars förekomst kommer att bekräftas endast av att en eller flera osäkra framtida händelser inträffar eller uteblir
b) en befintlig förpliktelse som härrör från inträffade händelser men som inte redovisas som skuld eller avsättning eftersom någon av följande förutsättningar gäller:
• det är inte är troligt att ett utflöde av resurser kommer att krävas för att reglera förpliktelsen,
• förpliktelsens storlek kan inte beräknas med tillräcklig tillförlitlighet,
eller
c) en händelse som - på grund av etablerad praxis, offentliggjorda riktlinjer eller tillräckligt utförligt och aktuellt uttalande - har skapat en välgrundad förväntan hos externa parter att kommunen eller regionen kommer att vidta åtgärder vilket kan komma att kräva e tt utflöde av resurser, men som inte uppfyller villkoren för en förpliktelse enligt denna rekommendation. (RKR Rek 9)

Skuld för avslutad tvist
Om en rättsprocess är avslutad (t ex ett mål som är förlorat i första instans) och inget överklagande är aktuellt, är det kla rt vilket belopp som ska betalas och när. Gäller även i de fall ett myndighetsbeslut inte överklagas.

Region Stockholm

Externa bidrag

RS 2025-0984
K 2026-0105

Nämnd/Bolag **Karolinska Universitetssjukhuset** Period 2025-12-31

Anvisning
Mottagare anges med organisationsnummer och fullständig benämning, förkortningar skrives ut.
Bidragstyper är fördefinerade och väljs genom drop-down-knappen på respektive rad.
Bidrag redovisas med totalbelopp för respektive mottagare. Vid förekomst av olika bidragstyper till samma mottagare redovisas respektive bidragstyp var för sig.
Information om vad bidraget avser ska anges under Beskrivning.
Ange under vilken kontokod i Cognos Controller som bidraget bokförts.
Om bidraget avser exempelvis projektstöd som betalas ut portionsvis under loppet av flera år, anges det totala beviljade beloppet under Beviljat belopp.
Upplupna eller återbetalda bidrag från tidigare år som har återförts under året redovisas på motsvarande sätt som framgår ovan.
Summa lämnade bidrag (kontokod 5899) ska överensstämma med det belopp som framgår av kontokod 5899 mot externa motparter i Cognos Controller.
Belopp anges i tusental kronor.

Diarienr	Orgnr	Namn	Belopp (Tkr)	Kontokod	Beviljat belopp	Beskrivning	Bidragstyp / Finansiering	Övriga kommentarer
Bidrag lämnade under året			*Bokfört under perioden*		*Avser projektstöd*			
		Summa lämnade bidrag under året	**0**					
		Summa lämnade bidrag under året (kontokod 5899)	**0**					

Återförda bidrag från tidigare år

		Summa återförda bidrag under året	**0**					

Totalsumma	**0**
Totalsumma kontokod 5899	**0**
Redovisat belopp vid kontokod 5899 i Cognos Controller mot extern motpart	0
Avvikelse mot Cognos Controller	**0**

Region Stockholm

Karolinska Universitetssjukhuset

Bilaga F5-Inköp och upphandling

ÅR 2025

Innehållsförteckning

1 Antal ... 3
1.1 Antal slutförda annonserade upphandlingar över direktupphandlingsgränsen ... 3
1.2 Antal avgjorda överprövade upphandlingar inklusive vunna respektive förlorade mål ... 3
2 Styrande dokument ... 4
3 Policy och riktlinjer för inköp ... 5
3.1 Ekonomi i balans ... 5
3.2 Dialog ... 5
3.3 Förarbete ... 5
3.4 Kravställning och upphandling ... 5
3.5 Avtalsförvaltning ... 5
3.6 Robust försörjning ... 5
3.7 Hållbarhet ... 5
3.8 Sund konkurrens ... 6
3.9 Strategisk planering ... 6
3.10 Kategoristyrning ... 6
3.11 Samordnade upphandlingar ... 6
4 Övrigt ... 7
4.1 Ny metod, nytt affärsupplägg eller förbättringar i inköpsprocessen ... 7
4.2 Övrigt att lyfta fram ... 7

1 Antal

1.1 Antal slutförda annonserade upphandlingar över direktupphandlingsgränsen

Annonserade upphandlingar över direktupphandlingsgränsen 2025		
Upphandling	Antal upphandlingar	Upphandlingsvärde (Mkr)
Lokal upphandling	55	2 195
Lokalt samordnad upphandling	2	68
Centralt samordnad upphandling	1	70
Lokal upphandling LOV, revidering	0	Inget värde anges
Lokal upphandling LOV, ny	0	

1.2 Antal avgjorda överprövade upphandlingar inklusive vunna respektive förlorade mål

Antal avgjorda överprövade upphandlingar 2025	Antal vunna 2025	Antal förlorade 2025
5	5	0

2 Styrande dokument

Policy har gjorts känd inom verksamheten men den innehåller inte några aktiviteter som inte redan görs inom nämnden. Självklart kan allt förstärkas och ständigt förbättras så den fungerar som ett övergripande ramverk men det är inte några nya delar som behöver en speciell implementering.

3 Policy och riktlinjer för inköp

3.1 Ekonomi i balans

En särskild insats har gjorts under 2025 för att säkerställa policyn ”God ekonomisk hushållning” 4.4.1 (förskottsbetalningar). Vi har gått igenom samtliga serviceavtal som skall förnyas och fört diskussioner med leverantörer om att förändra betalningsvillkoren till att erbjuda betalning i efterskott. Samtliga avtal har historiskt haft förskottsbetalning. Vi har också ändrat samtliga mallar till att innehålla enbart efterskottsbetalning på nya serviceavtal.

3.2 Dialog

Vi jobbar nära verksamheten för att säkerställa marknadsdialoger innan vi påbörjar upphandlingar, där så är lämpligt.

3.3 Förarbete

Vi har identifierat en strategiskt viktig upphandling i vårt kategoriarbete där det i regionen finns 2 olika avtal med 1 leverantör. Denna leverantör är den enda aktören, för närvarande, på den svenska marknaden som kan ta detta åtagande. K har därför träffat potentiella leverantörer för att skapa en konkurrensutsatt marknad som skulle kunna vara med och lämna anbud i en kommande upphandling, om de får tillräckligt med tid att bygga upp den kompetens och organisation för åtagandet som vi kräver.

3.4 Kravställning och upphandling

Frågan beaktas alltid i upphandlingsstrategin.

3.5 Avtalsförvaltning

Det man kan notera är att den avtalsförvaltning som görs regionalt, inklusive hållbarhetsuppföljning, ej återrapporteras till nämnden. Så huruvida avtalsuppföljning gjorts och om den är prioriterad kan vi ej svara på för de avtal som ej genomförs av nämnden.

Angående vår egen leverantörsuppföljning så har vi påbörjat en förändring av arbetssättet med avtalsuppföljning och vi kommer att arbeta enligt SRM där vi skall segmentera leverantörerna och en strukturerad leverantörsuppföljning skall göras under 2026 dvs samtliga avtal för en leverantör följs upp i samma struktur.

3.6 Robust försörjning

I det arbete som pågår med varusortimentsoptimering och 2-veckors lager deltager vi aktivt för att säkerställa att valda artiklar -och bortvalda artiklar-hanteras i avtalsdiskussioner med leverantörer.

3.7 Hållbarhet

Det är ett fåtal upphandlingar som görs av K som berörs av detta och det är lokalvård och måltidsupphandling där villkoret ställts. Lokalvårdsavtalet träder i kraft 2026-01-

03 och måltider är annonserad.

3.8 Sund konkurrens

Förutom de standardkontroller som alla gör av leverantörer har vi utökat kontrollen till att i direktupphandlingar fokusera på jäv och kontrollerar leverantörernas ägarstruktur och kontrollerar denna mot vår interna telefonkatalog för att se om någon är anställd inom K. Vi kontrollerar också att man rapporterat bisyssla hos HR för att säkerställa att interna rutiner följs samt jäv. Vi kontrollerar också adresser där bolag är skrivet, att telefonnummer finns angivet samt sätet för bolaget. Självklart också signering av jävsblankett i upphandling. Denna skrivs på elektroniskt och om man uppger att man tror jäv föreligger så görs bedömning av inköpschef.

3.9 Strategisk planering

Det är en del av helheten och en av förutsättningarna för budgetarbetet. Fokus på att identifiera om inköp kan ge besparingar samt att Inköp är en del av effektiviseringsarbetet.

3.10 Kategoristyrning

Sjukhuset säkerställer alltid att kategoristrategier efterlevs i lokala samordnade upphandlingar både genom sjukhusets upphandlingsstrategier samt det nära samarbetet som finns med våra kategoriledare. Dock kan sjukhuset inte garantera de upphandlingar som görs inom kategoriarbetet för de upphandlingar som genomförs av annan nämnd. Ett arbete har påbörjats under åren för att säkerställa att samtliga upphandlingsstrategier kommer till kategorirådet (avseende kategori 10) för godkännande så att detta kan verifieras. Dock finns det kategorier där vi är avropande enheter där bekräftelse aldrig sker.

Förslag att det borde ligga på respektive nämnd som är kategoriansvarig att bekräfta detta i F5 årligen

3.11 Samordnade upphandlingar

Det är en ständigt pågående diskussion i kategoriarbetet att behoven måste samordnas.

4 Övrigt

4.1 Ny metod, nytt affärsupplägg eller förbättringar i inköpsprocessen

Karolinska Universitetssjukhuset har inget att rapportera.

4.2 Övrigt att lyfta fram

Karolinska Universitetssjukhuset anser att med kategoriansvar skall också följa att samtliga upphandlingar som görs inom kategorin skall ske av ansvarig nämnd.