REGIONREVISORERNA

Årsrapport 2025

Karolinska Universitetssjuk-huset

Region Stockholm

Sammanfattning – Karolinska Universitets-sjukhuset

Revisorerna prövar årligen om styrelser och nämnder bedrivit sina verksamheter på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om styrningen och kontrollen varit tillräcklig samt om räkenskaperna är rättvisande. Revisionskontoret har tagit fram denna årsrapport som underlag inför revisorernas ansvarsprövning av nämnden. Nedan är revisionskontorets samlade bedömningar.

Bedömning för år 2025

Revisionsfrågor	Tillfreds-ställande	Inte helt tillfredsställande	Inte tillfreds-ställande
Är nämndens ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat tillfredsställande?	**X**		
	Tillräcklig	Inte helt tillräcklig	Inte tillräcklig
Har nämnden en tillräcklig styrning och kontroll?	**X**		
	Rättvisande	Inte rättvisande	
Är räkenskaperna rättvisande?	**X**		

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Nämnden redovisar ett ekonomiskt resultat som i allt väsentligt är i överensstämmelse med resultatkravet och revisionskontoret bedömer därmed att nämndens ekonomiska resultat är tillfredsställande.

Karolinska har under året haft en hög vårdproduktion. Nämnden uppger att man klarat majoriteten av tilldelade indikatorer samt 4 av 7 fullmäktigemål. Nämnden uppger vidare att ett uppdrag från fullmäktige är avslutat och 3 uppdrag pågående. Revisionskontoret gör en liknande bedömning som nämnden när det gäller indikatorerna. Revisionskontoret bedömer vidare att det uppdrag som nämnden bedömt som avslutat är pågående. I granskningen har det inte framkommit något som pekar på att de 4 målen inte uppnåtts.

Revisionskontorets samlade bedömning är att nämndens ekonomiska samt verksamhetsmässiga resultat är tillfredsställande.

Styrning och kontroll

Revisionskontoret har granskat hantering av tjänsteresor, risk för oegentligheter inom inköp och upphandling samt delegationsordningar och kontroll av beslut. I

granskningarna har revisionskontoret uppmärksammat begränsade avvikelser. Revisionskontoret bedömer att dessa begränsade avvikelser inte påverkar den samlade bedömningen, som är att nämndens styrning och kontroll är tillräcklig.

Räkenskaper

Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen i verksamhetsberättelsen är i allt väsentligt upprättad enligt med lagstiftning, god redovisningssed och enligt regionens anvisningar. Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund 5
1.1. Iakttagelser i 2024 års granskning 5
1.2. Syfte och revisionsfrågor 5
1.3. Revisionskriterier 5
1.4. Metod och kvalitetssäkring 6
2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 6
2.1. Väsentliga händelser 6
2.2. Ekonomiskt resultat 6
2.3. Verksamhetsmässiga resultat 7
3. Styrning och kontroll 9
3.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning 9
3.2. Hantering av tjänsteresor 10
3.3. Kontroller inom inköp och upphandling 11
3.4. Delegationsordningar och kontroll av beslut 12
3.5. Granskningar utan väsentliga iakttagelser 12
4. Räkenskaper 12

Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till nämnden

1. Bakgrund

Syftet med den årliga granskningen är att ta fram ett underlag inför revisorernas prövning om Karolinska säkerställt att nämndens verksamhet är genomförd på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Karolinska Universitetssjukhuset ansvarar enligt reglementet för nationell högspecialiserad vård och regionsjukvård, förutom ögonsjukvård, rehabiliteringsmedicin och handkirurgi. Sjukhuset är vidare regionens specialiserade traumacentrum med ansvar för omhändertagande av svårt skadade patienter.

Nämnden ska bedriva sin verksamhet i enlighet med överenskommelser som ingås med hälso- och sjukvårdsnämnden eller andra uppdragsgivare. Sjukvårdsuppdraget ska omfatta specialiserad och högspecialiserad vård och vara relaterat till sjukhusets forsknings- och utbildningsuppdrag.

1.1. Iakttagelser i 2024 års granskning

- Det ekonomiska resultatet uppgick till -549 mnkr, vilket var lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarade 2,1 procent av omsättningen. Revisionskontoret konstaterade att nämnden därmed inte uppnått fullmäktiges mål om en ekonomi i balans.
- Nämnden redovisade att den uppfyllde 7 av 8 mål, men 1 mål inte uppfylldes. Revisionskontoret bedömde att det verksamhetsmässiga resultatet i huvudsak hade uppnåtts.
- Utifrån genomförd granskning bedömde revisionskontoret nämndens ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat sammantaget som inte helt tillfredsställande.
- Utifrån genomförd granskning bedömde revisionskontoret sammantaget att nämndens styrning och kontroll var tillräcklig.
- Räkenskaperna bedömdes vara rättvisande.

1.1.1. Nämndens yttrande

I juni 2025 yttrade sig nämnden över granskningen av verksamhetsberättelsen för år 2024. Nämnden instämde i huvudsak i revisorernas iakttagelser.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

För att svara på syftet har revisionskontoret formulerat följande revisionsfrågor:

- Är nämndens ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat tillfredsställande?
- Har nämnden en tillräcklig styrning och kontroll?
- Är räkenskaperna rättvisande?

1.3. Revisionskriterier

I granskningen används följande revisionskriterier:

- Kommunallagen (2017:725) 6 kap. 6 §
- Reglementen för regionstyrelsen och övriga nämnder
- Övriga uppdrag, mål eller direktiv från fullmäktige till nämnden
- Fullmäktiges styrande dokument som berör nämnden

- Regionledningskontorets anvisningar

I granskning av räkenskaperna är utgångspunkterna följande revisionskriterier:

- Standard för kommunal räkenskapsrevision
- Lagen om kommunal bokföring och redovisning (2018:597)
- Tillämpliga rekommendationer från Rådet för kommunal redovisning (RKR)

1.4. Metod och kvalitetssäkring

Charlotta Edholm och Cecilia Dittmer, sakkunniga på revisionskontoret, har genomfört granskningen. Revisionsbyrå PwC har bistått i granskningen av räkenskaperna.

Under arbetet med granskningen har revisionskontoret genomfört avstämningar med ledningen och andra tjänstepersoner i Karolinskas förvaltning

Intern kvalitetssäkring har gjorts av enhetschef Joakim Söderberg och revisionsdirektör Richard Norberg.

2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

I detta avsnitt bedömer revisionskontoret om nämnden har uppnått fullmäktiges resultatkrav och övriga ekonomiska samt verksamhetsmässiga mål. Bedömningen omfattar även om nämnden genomfört givna uppdrag.

2.1. Väsentliga händelser

I verksamhetsberättelsen informerar nämnden om en rad väsentliga händelser under året. Nämndens fokus i rapporteringen ligger på beskrivningar av hur man arbetar för hög vårdproduktion, datadriven verksamhetsutveckling, medicinsk forskning och innovation samt internationellt samarbete. Nämnden redogör därutöver bland annat för att:

- Sjukhusets vårdproduktion uppgick till 108 procent av huvudavtalet. Nämnden pekar samtidigt på att allt fler patienter får vård i tid.
- Det ekonomiska resultatet för året är 0,4 mnkr. Nämnden konstaterar att det är i linje med budget.
- Karolinska har efter beslut i regionfullmäktige från och med halvårsskiftet 2026 ett samlat ansvar för vårdens gemensamma IT-system.

2.1.1. Revisionskontorets bedömning

Efter en översiktlig granskning bedömer revisionskontoret att nämnden har redogjort för väsentliga händelser i verksamhetsberättelsen.

2.2. Ekonomiskt resultat

Fullmäktiges resultatkrav 2025 för nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset är 44 mnkr. Nämndens ekonomiska resultat för 2025 är 0,4 mnkr, vilket understiger resultatkrav med 44 mnkr. Det motsvarar 0,15 procent av omsättningen på 28 446 mnkr.

Revisionskontoret gör följande iakttagelser avseende nämndens verksamhetsberättelse:

- Intäkter och kostnader överstiger budget med vardera 3 procent. Intäktsökningen beror enligt nämnden främst på en hög vårdproduktion (inklusive lägre kostnader för så kallade tillgänglighetsviten), ökad försäljning av tjänster inom diagnostik, ökade intäkter från externa projekt samt erhållna statsbidrag.
- Kostnadsavvikelsen beror enligt nämnden främst på högre personalkostnader, eftersom sjukhuset hade fler anställda än budgeterat. Nämnden ger i verksamhetsberättelsen endast översiktliga förklaringar till personalökningen.

Personalkostnadsökningen har begränsats av att personalomkostnadspålägget minskat från 76 procent 2024 till 46 procent 2025.
- Även ökade kostnader för köpta tjänster, material – särskilt laboratoriematerial – samt hyreshöjningar bidrar till att kostnaderna avviker från budgeten.
- Prognosen i nämndens delårsrapport var -100 mnkr, men nämnden redogör i verksamhetsberättelsen för att lägre kostnader för läkemedel (inklusive återbäring) samt bidrag för utbildningar ger en resultatförbättring på 100,4 mnkr.
- För att nå resultatkravet beslutade nämnden i verksamhetsplanen för 2025 om en åtgärdsplan på sammanlagt 270 mnkr. Åtgärdsplanen omfattar aktiviteter inom bemanning, materialkostnader, läkemedel, lokalkostnader samt övriga kostnader inkl. IT. Nämnden redovisar i verksamhetsberättelsen ett utfall på 183 mnkr (68 procent). Utfallet är lägre än planerat inom alla områden än läkemedel där effekten överstiger budget. Nämnden ger få förklaringar till de negativa avvikelserna.
- Nämnden anger i verksamhetsberättelsen att årets investeringar uppgår till 701 mnkr, vilket motsvarar en upparbetningsgrad på 86 procent av årets investeringsbudget på 815 mnkr.

2.2.1. Revisionskontorets bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionskontoret bedömer att nämnden i huvudsak har analyserat och kommenterat avvikelser i förhållande till budget på ett tillfredsställande sätt sin verksamhetsberättelse.

Nämnden redovisar att resultatet underskrider resultatkravet. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 0,15 procent av omsättningen. Nämnden bedömer att det ekonomiska resultatet är i överenstämmelse med resultatkravet. Revisionskontoret instämmer och bedömer att nämndens ekonomiska resultat i allt väsentligt är tillfredsställande.

2.3. Verksamhetsmässiga resultat

2.3.1. Vårdproduktion

Nämnden redovisar i verksamhetsberättelsen att sjukhuset under året har haft en hög vårdproduktion. Produktionen när det gäller öppenvårdsbesök har varit strax över 1,5 miljoner besök, vilket är 11 procent högre än beställningen från hälso- och sjukvårdsnämnden. När det gäller slutenvårdstillfällen är motsvarande siffra drygt 89 000 tillfällen, vilket är 5 procent högre än beställningen. Jämfört med föregående år har både öppen- och slutenvårdsproduktionen varit högre under 2025.

2.3.2. Fullmäktiges verksamhetsmål

Enligt reglemente ska nämnden redovisa hur den har uppfyllt och fullgjort de mål och uppdrag som fullmäktige har givit, i tertialrapporter och årsbokslut, enligt riktlinjer som fastställs av regionstyrelsen. Regionstyrelsen har inte fastställt några riktlinjer för rapporteringen. På tjänstemannanivå fastställer regionledningskontoret anvisningar för rapporteringen. Enligt anvisningarna från regionledningskontoret ska nämnder och bolag i sina verksamhetsberättelser följa upp och bedöma fullmäktiges verksamhetsmål enligt följande:

- Ange om nämnden/ bolagsstyrelsen bedömer att målet är uppnått, delvis uppnått eller inte uppnått.
- Bedömningen ska bygga på en samlad helhetsbedömning där både kvantitativa och kvalitativa faktorer vägs in.

Kopplat till målen finns indikatorer. Enligt tidigare anvisningar från regionledningskontoret, även i delåret 2025, har måluppfyllelsen per mål mätts genom att resultatet

av indikatorerna räknats ihop. Regionledningskontorets anvisningar för verksamhetsberättelsen 2025 innehåller kriterier för bedömning av om en indikator har uppnått sitt målvärde. Det saknas dock kriterier för hur kvantitativa och kvalitativa faktorer ska vägas ihop i bedömningen av om målen är uppnådda eller inte.

2.3.2.1. Karolinskas uppföljning av indikatorer till målen

Karolinska berörs av 7 av fullmäktiges verksamhetsmål. Till målen har Karolinska tilldelats 16 indikatorer.[1] Karolinska uppger att sjukhuset klarar 11 av indikatorerna.

Karolinska uppger att 2 indikatorer delvis uppnår sitt målvärde och det är indikatorerna *väntetid till första läkarbesök vid besök på akutmottagning* samt *totalindex HME*[2]. Enligt informationen i verksamhetsberättelsen når indikatorn om väntetider fullmäktiges målvärde, då väntetiden minskat jämfört med 2024. Indikatorn om HME når inte fullmäktiges målvärde. Enligt instruktioner från regionledningskontoret kan en indikator i verksamhetsberättelsen inte vara delvis uppnådd, utan bara uppnådd eller inte uppnådd.

Karolinska uppger också att 2 av indikatorerna inte uppnår sitt målvärde och dessa är *andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist* samt *minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019*. Det framgår inte varför indikatorn om väntetid inte når sitt målvärde.

Revisionskontoret har även gjort följande iakttagelser när det gäller indikatorerna.

- För en av indikatorerna, *Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan*, går det enligt Karolinska inte att redovisa ett resultat.
- Det saknas i vissa fall information om varför en indikator inte har nått sitt målvärde. Ett exempel är indikatorn totalindex HME, där det i texten saknas information kopplat till resultatet av HME. Det finns allmänna beskrivningar av hur sjukhuset arbetar för att vara en hållbar arbetsgivare men ingen förklaring till varför indikatorn inte når sitt målvärde.

2.3.2.2. Karolinskas redovisning av kvalitativa faktorer och samlad bedömning av målen

Karolinska uppger att 4 av 7 mål är uppnådda och att 3 mål är delvis uppnådda. De mål som är delvis uppnådda enligt Karolinska är *tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov, Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035* samt *Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare*.

I granskningen har revisionskontoret även gjort följande iakttagelser:

- I verksamhetsberättelsen finns det beskrivningar av åtgärder som sjukhuset har vidtagit kopplat till målen, men det saknas bedömningar gällande varför Karolinska bedömer att ett mål är uppnått eller delvis uppnått.
- Den kvalitativa redovisningen i löptext kopplad till målen beskriver i vissa fall andra saker eller mäter resultat på andra sätt jämfört med indikatorerna. Ett exempel på det sistnämnda gäller nybesök, där målet är att så många patienter som möjligt ska få besöket inom 30 dagar. I löptext beskriver Karolinska att under 2025 har antalet patienter som väntat längre än 30 dagar minskat, medan indikatorn mäter hur många av samtliga väntande som passerat 30 dagarsgränsen. Skillnaden mellan beskrivningen i löptext och vad indikatorn visar är att det i beskrivningen inte framgår att indikatorn inte nås.

[1] Karolinska har tagit fram egna indikatorer för några av målen. Dessa indikatorer ingår inte i sammanställningen.
[2] HME står för hållbart medarbetarengagemang.

- I vissa fall innehåller återrapporteringen av målen beskrivningar av hur sjukhuset arbetat med en indikator kopplad till ett mål, men inte alltid. Exempelvis finns det beskrivningar av arbetet för att minska vårdrelaterade infektioner medan det saknas beskrivningar av arbetet som handlar om utskrivningsklara dagar.
- För vissa mål har Karolinska även tagit fram egna indikatorer som verkar påverka Karolinskas bedömning av måluppfyllelse. Ett exempel på ett lokalt mål är *studenters nöjdhet av utbildningen*, som hör till målet *Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare*.

2.3.3. Uppdrag från fullmäktige

Regionfullmäktige har beslutat om 4 uppdrag för Karolinska för år 2025. I delårsrapporten beskrev nämnden hur man arbetat med uppdragen men lämnade inga prognoser för när uppdragen skulle vara genomförda. Nämnden bedömde i delårsrapporten att samtliga moment i ett av uppdragen, att införa ett regiongemensamt bemanningscentrum, var genomförda för Karolinskas del. Enligt uppgift från regionledningskontoret i samband med granskningen av verksamhetsberättelsen kommer uppdraget fortsätta under de närmaste åren, men det är inte klart hur Karolinska kommer involveras i arbetet.

I verksamhetsberättelsen framgår att övriga tre uppdrag är pågående och det finns redovisning av vilka åtgärder Karolinska vidtagit hittills. Det framgår inte när Karolinska bedömer att uppdragen kommer att vara avslutade.

2.3.4. Revisionskontorets bedömning

Revisionskontoret noterar att Karolinska under året har haft en hög vårdproduktion, både jämfört med beställningen från hälso- och sjukvårdsnämnden och jämfört med föregående år.

Nämnden anger att 11 av 16 indikatorer som tilldelats nämnden har nått sina målvärden. Nämnden anger även att 2 av indikatorerna är delvis uppnådda, vilket dock inte stämmer överens med regionledningskontorets anvisningar för hur man ska rapportera utfallet. Revisionskontoret gör bedömningen att indikatorn kopplad till väntetider är uppnådd, men inte indikatorn kopplad till HME (hållbart medarbetarengagemang). Nämnden redovisar att man uppnått 4 av fullmäktiges mål och att 3 av fullmäktiges mål är delvis uppfyllda. Revisionskontoret kan inte bedöma nämndens redovisade måluppfyllelse eftersom det saknas bedömningskriterier för att göra bedömningar utifrån både kvantitativa och kvalitativa faktorer. I granskningen har det dock inte framkommit något som pekar på att de fyra målen inte uppnåtts.

Nämnden redovisar att man genomfört 1 av fullmäktiges uppdrag och att 3 uppdrag är pågående. Revisionskontoret gör bedömningen att det uppdrag som nämnden redovisar som genomfört för egen del (införa ett regiongemensamt bemanningscentrum) är pågående, men att det är oklart vad Karolinskas roll kommer vara i arbetet framåt.

Revisionskontorets samlade bedömning är att nämndens verksamhetsmässiga resultat är tillfredsställande.

3. Styrning och kontroll

I detta avsnitt gör revisionskontoret bedömningar av hur nämnden tar ansvar för att det finns en tillräcklig styrning och kontroll.

3.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning

I delrapporten för 2025 prognostiserade nämnden årets resultat till -100 mnkr. Resultatet för helåret blev 100,4 mnkr högre Detta beror på sammantagna effekter av flera

mindre faktorer. Nämnden bedömer att det ekonomiska resultatet är i överenstämmelse med resultatkravet. Revisionskontoret delar i allt väsentligt nämndens bedömning (se avsnitt 2.2).

Revisionskontoret har tagit del av ekonomisk rapportering som visar att nämnden regelbundet fått information om sjukhusets ekonomiska situation. Revisionskontoret noterar att nämnden i maj 2025 gav i uppdrag till sjukhusdirektören att återkomma med en plan för budget i balans. En sådan plan presenterades för nämnden i juni 2025.

Nämnden beskriver i verksamhetsplanen förutsättningarna för 2026 som utmanande eftersom kostnaderna väntas öka mer än intäkterna. Enligt nämnden krävdes ett fortsatt arbete med effektiviseringar och anpassad bemanning. I december 2025 fick nämnden information från sjukhusledningen att det behövs kostnadsminskningar eller intäktsökningar på sammanlagt 850 mnkr för en ekonomi i balans år 2026. På sammanträdet i december 2025 redovisade sjukhusledningen en övergripande plan för nämnden. I mars 2026 när arbetet med denna granskning avslutades hade nämnden ännu inte beslutat om en specificerad åtgärdsplan.

3.1.1. Revisionskontorets bedömning

Revisionskontoret bedömer i avsnitt 2.2.1. att nämnden i allt väsentligt uppnår resultatkravet för 2025 eftersom avvikelsen jämfört med fullmäktiges resultatkrav begränsas till 0,15 procent. Den rekommendation som lämnades i delrapport 2023, om att nämnden behöver säkerställa att tillräckliga åtgärder vidtas, bedöms utifrån detta som uppfylld.

Revisionskontoret bedömer att nämnden även fortsättningsvis behöver vara aktiv och arbeta systematiskt med åtgärder för att uppnå ekonomi i balans.

3.2. Hantering av tjänsteresor

På uppdrag av revisionskontoret har PwC granskat om nämnden säkerställer att tjänsteresor hanteras på ett ändamålsenligt sätt samt om den interna kontrollen inom området är tillräcklig, inklusive att hållbarhetsaspekter beaktas.

Granskningen visar att det finns sjukhusövergripande styrdokument för tjänsteresor, vilka utgår från regionens riktlinjer. Dessa dokument omfattar bland annat beslut om resa, bokning samt hållbarhetsaspekter. Där framgår att tjänsteuppdraget/tjänstledigheten alltid ska beviljas i form av en godkänd ledighetsansökan innan aktivitet (i detta fall resa eller uppdrag i tjänsten, deltagande i kurser och konferenser, etc.) påbörjas. Styrdokumenten är publicerade på sjukhusets intranät och kompletteras i vissa fall med information på avdelningarnas interna sidor. Det är närmaste chef som ansvarar för att reglerna följs. Vidare framgår av nämndens arbets- och delegationsordning att ansvarsfördelningen för beslut om tjänsteresor är tydlig, liksom vilka avtal och beloppsgränser som gäller för olika chefsnivåer.

I granskningen har det framkommit att det saknas systematiska kontroller av efterlevnaden av riktlinjer. Detta bekräftas genom en verifiering av 49 transaktioner, där brister identifierats gällande användning av upphandlad resebyrå, attestering samt kontering av kostnader. Godkända ledighetsansökningar, det vill säga beslut om tjänsteresa, har efterfrågats från Karolinska, men endast erhållits i ett fåtal fall. Detta förklaras enligt Karolinska av att det inte finns krav på att bilägga beslutsunderlaget i ekonomisystemet Raindance.

Sjukhuset har en löpande uppföljning av kostnader mot budget samt vissa kostnadskontroller, både generella och riktade. Däremot genomförs inga miljöinriktade kontroller på fakturanivå, och det saknas kontroller av avtalstrohet mot upphandlad leverantör samt av att ledighetsansökningar är godkända. Uppföljning av klimatpåverkan sker kvartalsvis genom leverantörsstatistik, vilken rapporteras till nämnden.

3.2.1. Revisionskontorets bedömning

Revisionskontorets samlade bedömning är att nämnden i huvudsak säkerställer att tjänsteresor hanteras på ett ändamålsenligt sätt. Riktlinjerna bedöms vara tillräckliga och väl förankrade i verksamheten, och delegationsordningen tydliggör ansvarsfördelningen.

Den interna kontrollen bedöms däremot inte vara fullt tillräcklig. Avsaknaden av formaliserade och systematiska kontroller innebär att nämnden inte säkerställer att tjänsteresor genomförs och redovisas i enlighet med gällande riktlinjer. Stickproven visar brister i efterlevnaden, och nuvarande uppföljning omfattar inte centrala områden såsom avtalstrohet, miljörelaterade kontroller och verifiering av beslutsunderlag (t.ex. ledighetsansökningar).

Sammanfattningsvis behöver nämnden stärka sina interna kontroller för att säkerställa att resor genomförs ändamålsenligt och i enlighet med ställda krav.

Rekommendationer:

Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör se till att följande rekommendationer genomförs:

- Beslutade riktlinjer avseende resor i tjänsten efterlevs genom att införa erforderliga kontrollmoment.
- Kostnader för resor i tjänsten konteras korrekt för att säkerställa att uppföljning och analys kan ske på ett tillförlitligt sätt.

3.3. Kontroller inom inköp och upphandling

På uppdrag av revisionskontoret har PwC granskat om nämnden säkerställer en tillräcklig kontroll av leverantörer för att minska risken för oegentligheter inom inköp och upphandling.

Granskningen visar att det finns tydliga rutiner och processer i samband med upphandling, inköp, leverantörsfakturor och leverantörsregister. Det finns också kontrollmoment, framför allt när det gäller svenska leverantörer. Kontrollerna förutsätter dock att inköpen görs från upphandlade leverantörer. Om inköpet görs från en icke upphandlad leverantör sker ingen initial kontroll av bland annat om leverantören accepterar Karolinskas uppförandekod, har god ekonomisk ställning med mera. Då kontrolleras leverantören i efterhand när fakturan inkommer till sjukhuset. Granskningen visar att många inköp på Karolinska görs utanför inköpssystemet, och detta är en utmaning för sjukhuset. Enligt intervjuade i granskningen är det dock svårt för sjukhuset att komma till rätta med problemet. Intervjuade uppger att avsaknad av systemstöd medför att det är svårt att upptäcka inköp utanför inköpssystemet.

När det gäller leverantörsfakturor finns det olika kontroller för att säkerställa att fakturorna är korrekta. I granskningen har PwC genomfört stickprovskontroll på 25 fakturor från 12 leverantörer. Stickprovet visar att det för 8 av leverantörerna inte fullt ut gick att verifiera att priset på fakturan stämde överens med avtal.

När det gäller leverantörsregistret visar genomförd registeranalys att det förekommer leverantörer som saknar organisationsnummer, att samma leverantör är upplagd flera gånger samt leverantörer vars organisationsnummer och bankgiro inte matchar. I registret förekommer det dock inte några svartlistade företag (såsom registrerade bluffbolag eller korruptionslistade leverantörer) från Svensk Handels varningslista.

3.3.1. Revisionskontorets bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden inte fullt ut säkerställer en tillräcklig kontroll av leverantörer i syfte att minska risken för oegentligheter inom inköp och upphandling. Det finns tydliga rutiner, processer och kontroller, men kontrollerna förutsätter

att inköpen görs från upphandlade leverantörer och så är inte alltid fallet. Granskningen visar också att Karolinska har en utmaning i att det förekommer inköp utanför avtal vilket gör det svårt att kontrollera inköpen. När det gäller bristerna i leverantörsregistret är bedömningen att dessa uppstått till följd av otillräcklig registervård.

3.4. Delegationsordningar och kontroll av beslut

Revisorerna har i ett särskilt projekt granskat om nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset har tillräcklig kontroll över delegerade och vidaredelegerade beslut (Nr 18/2025). Granskningen har genomförts av PwC.

Den samlade bedömning att nämnden inte har helt tillräcklig kontroll över delegerade och vidaredelegerade beslut. Granskningen visar att nämndens delegationsordning motsvarar kraven i kommunallagen. Vidaredelegationsordningen uppfyller i huvudsak kommunallagen, men anvisningarna för hur delegationsbeslut ska anmälas till nämnden kan förtydligas. I båda delegationsordningarna förekommer en blandning av delegerade beslut, verkställighetsfrågor och ansvarsfördelning i samma dokument, vilket kan göra gränsdragningen mellan beslut och uppgifter mindre tydlig. Granskningen omfattar perioden januari till augusti 2025. Under denna period anmäldes 23 delegationsbeslut, varav hälften formellt korrekt. Att endast 23 delegationsbeslut anmäls indikerar, givet omfattningen av nämndens verksamhet, att det finns en risk för att det finns delegationsbeslut som inte anmäls och anslås korrekt.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till nämnden för yttrande senast 2026-05-21.

3.5. Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Revisionskontoret har översiktligt granskat Karolinskas arbete med riskanalys och internkontrollplan utan väsentliga iakttagelser. Revisionskontoret har även granskat Karolinskas delårsrapport utan väsentliga iakttagelser.

4. Räkenskaper

I detta avsnitt gör revisionskontoret en bedömning av om nämndens räkenskaper är upprättade i enlighet med lagstiftning, god redovisningssed och regionens anvisningar så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning.

4.1.1. Revisionskontorets bedömning

Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen i verksamhetsberättelsen är i allt väsentligt upprättad enligt med lagstiftning, god redovisningssed och enligt regionens anvisningar. Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Stockholm den 25 mars 2026

Charlotta Edholm	Joakim Söderberg
Sakkunnig	Enhetschef

Vad gör regionrevisorerna?

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

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

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

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

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-123 100 00
E-post: regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se
Hemsida: www.regionstockholm.se

Region Stockholm

Region Stockholm

Bilaga 1

Regionrevisorerna

Rekommendationer till nämnd – ÅR 2025

Karolinska Universitetssjukhuset

Ekonomistyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
109484 **Från rapport** 2023 Delrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör säkerställa att tillräckliga effektiviseringsåtgärder vidtas med beräknade effekter för att nå resultatkravet och en ekonomi i balans även på längre sikt.		**ÅR 2025** Revisionskontoret bedömer att Karolinska uppnår resultatkravet för 2025 och rekommendationen bedöms utifrån detta som uppfylld. Nämnden behöver dock även fortsättningsvis behöver ha ett proaktivt och systematiskt arbete med åtgärder för att ekonomi i balans ska kunna nås även kommande år.

Inköp och upphandling

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29823 **Från rapport** 2017 Årsrapport **Tidigare ID** 1127	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen säkerställer att det finns dokumenterade rutiner för avtalsuppföljning, vilket inkluderar kontroll av fakturerade kostnader mot avtal/ ramavtal		**ÅR 2025** Årets granskning visar att sjukhuset gör kvartalsvisa kontroller och att dessa har varit utan anmärkning under året. Det är dock önskvärt att antal leverantörer som kontrolleras utökas till kommande kvartal. Rekommendationen kvarstår som delvis åtgärdad.

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
109487 **Från rapport** 2023 Delrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör säkerställa att beslut med konsekvenser för verksamhet och ekonomi, som exempelvis effektiviseringsåtgärder, baseras på väl underbyggda analyser.	🔴	**ÅR 2025** Revisionskontoret granskade 2024 nämndens ärendeberedning. Stickprov visar på vissa brister vad gäller underlag för beslut. Rekommendationen bedömdes som inte åtgärdad. Revisionskontoret har inte följt upp denna rekommendation under 2025. Revisionskontoret planerar vilka rekommendationer som ska följas upp i samband med att granskningsplan för 2026 tas fram.
147911 **Från rapport** 2024/10 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör förbättra spårbarheten för handlingar i forskningsverksamheten	–	**ÅR 2025** Ny rekommendation i årsrapport 2024. Rekommendationen har inte följts upp 2025. Revisionskontoret planerar vilka rekommendationer som ska följas upp i samband med att granskningsplan för 2026 tas fram.
154126 **Från rapport** 2024 Årsrapport	Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör säkerställa att samtliga ärenden bereds enligt riktlinjer och att det tydligt framgår av dokumentationen hur beredningen gått till och vilka underlag och analyser som genomförts.	–	**ÅR 2025** Ny rekommendation i årsrapport 2024. Rekommendationen har inte följts upp 2025. Revisionskontoret planerar vilka rekommendationer som ska följas upp i samband med att granskningsplan för 2026 tas fram.
154127 **Från rapport** 2024 Årsrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen säkerställer att tillräcklig inventering av sjukhusets inventarier genomförs på regelbunden basis.	🟢	**ÅR 2025** Granskningen visar att inventering sker i tillräcklig utsträckning samt att rutinerna har stärkts. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
154130 **Från rapport**	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen säkerställer att utrangeringar och avyttringar registreras i anläggningsregistret löpande under året.	🟢	**ÅR 2025** Granskningen visar att utrangeringar har gjorts löpande under året och att processen har förbättrats.

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2024 Årsrapport			Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
154132 **Från rapport** 2024 Årsrapport	Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör tillse att ledningen inför en enhetlig rutin avseende inköp av inventarier så att varje inventarie blir identifierbar i anläggningsregistret		**ÅR 2025** Genomförda stickprov i granskningen visar det inte finns något som tyder på att inventarierna inte är identifierbara i anläggningsregistret och rutinerna har förbättrats. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.

Investeringar

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
122210 **Från rapport** 2023 Årsrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör säkerställa att slutredovisningar av enskilda investeringsprojekt sker för att följa upp att nyttor har levererats i enlighet med beslut om investeringar samt för att dra lärdomar inför kommande investeringar.		**Delår 2025** Uppföljning visar att arbete pågår med att följa upp investeringar i form av efterkalkyler. Rekommendationen bedöms dock ännu inte möjlig att följa upp.
122212 **Från rapport** 2023 Årsrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen säkerställer att sjukhusets skala för prioritering av investeringar tydligare kopplas till prioriteringsmodellen i regionen.		**ÅR 2025** Uppföljningen visar att det finns en process för prioriteringsarbetet. Men det saknas fortsatt en dokumenterad sjukhusövergripande prioriteringsmodell som tydliggör de olika prioriteringsnivåerna samt koppling till regionens prioriteringsmodell. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.

IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97667 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör säkerställa att en åtgärdsplan tas fram med nyckelkontroller (t.ex. risk- och sårbarhetsarbetet, hantering och övervakning av informationssystem och nätverk, systemförvaltning och systemägaransvar) för att säkerställa efterlevnad av NIS-direktivet.	🟡	**ÅR 2024** Arbete pågår, men rekommendationen är inte möjlig att följa upp enligt Karolinska.
97669 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen säkerställer att det finns en systematik så att kontinuitetsplaner övas regelbundet med avseende på informationssäkerhet.	🔴	**ÅR 2025** Rekommendationen är inte möjlig att följa upp enligt Karolinska.
132817 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset för Karolinska Universitetssjukhuset bör fastställa den årliga handlingsplanen för informationssäkerhet på ett korrekt sätt.	🟢	**ÅR 2025** Handlingsplan för informationssäkerhet 2025 fastställdes av nämnden i februari 2025. Rekommendationen är åtgärdad.
132818 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör genomföra en analys av sjukhusets status i förhållande till det nya NIS-direktivet och den tillhörande lagstiftning som träder i kraft i början av 2025 i syfte att säkerställa efterlevnad av direktivet.	🟢	**ÅR 2025** Analysen är genomförd. Rekommendationen bedöms som uppfylld.
132819 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen säkerställer att riskanalyser inom informationssäkerhet sker i enlighet med interna regelverk samt lagstiftning.	🟡	**ÅR 2025** Karolinska har tagit fram en rutin och ett metodstöd för riskanalyser. Ett förbättrat systemstöd som planeras att införas under våren kommer att förbättra möjligheterna för ledningen att följa upp riskanalysarbetet, givet Karolinskas komplexa systemmiljö. Rekommendationen bedöms som

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			delvisåtgärdad.
132820 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör fastställa riktlinjen för behandling av personuppgifter på ett korrekt sätt.	🟢	**ÅR 2025** Nämnden fastställde riktlinjen för behandling av personuppgifter på Karolinska Universitetssjukhuset i november 2024. Rekommendationen är åtgärdad.
132821 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör säkerställa att sjukhuset har ett komplett och aktuellt behandlingsregister för personuppgifter.	🟡	**ÅR 2025** Uppföljning visar att sjukhuset har ett arbete med att uppdatera behandlingsregister för personuppgifter. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
132822 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen tydliggör roller, ansvar och arbetssätt avseende det operativa dataskyddsarbetet.	🔴	**ÅR 2025** Uppföljning visar att arbete pågår, men rekommendationen är ännu inte möjlig att följa upp.
132823 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen kompletterar befintlig riktlinje för dataskydd med obligatoriska avstämningspunkter, där riskanalyser och vid behov konsekvensbedömningar blir obligatoriska att genomföra för att exempelvis ett IT-system ska kunna köpas in eller driftsättas.	🔴	**ÅR 2025** Uppföljning visar att arbete pågår, men rekommendationen är ännu inte möjlig att följa upp.
132824 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen säkerställer att riskanalyser och konsekvensbedömningar när det gäller dataskydd sker i enlighet med interna regelverk samt lagstiftning.	🔴	**ÅR 2025** Uppföljning visar att arbete pågår, men rekommendationen är ännu inte möjlig att följa upp.
132825 **Från rapport**	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör revidera arbets- och delegationsordningen för att återspegla de beslut som är nödvändiga att fatta inom ramen för både	🔴	**ÅR 2025** Karolinska informerar om att rekommendationen ännu inte är åtgärdad.

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2024/1 Projektrapport	informationssäkerhets- och dataskyddsarbetet samt för att säkerställa att nämndens beslutshantering sker i enlighet med kommunallagen.		
132826 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen säkerställer att det finns väl definierade rapporteringskanaler för både informationssäkerhetssamordnare och dataskyddsombud direkt till sjukhusdirektör.	🟡	**ÅR 2025** En tillämpningsanvisning för rapportering till ledningen när det gäller informationssäkerhet har tagits fram. Eftersom motsvarande ännu saknas för dataskydd bedöms rekommendationen som delvis åtgärdad. (Revisionskontoret avvaktar fastställd rutin från informationssäkerhetshandläggaren)
132827 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen implementerar standardiserade processer för regelbunden uppföljning och kontroll av informationssäkerhets- respektive dataskyddsarbetet.	🔴	**ÅR 2025** Arbete pågår bl.a. utifrån det nya systemstödet IRIS för kontroll och uppföljning. Revisionskontoret noterar att ingen årsrapport för dataskyddsombuden har lämnats till nämnden under 2025.Rekommendationen bedöms som ännu inte åtgärdad.
132828 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen säkerställer att medarbetare med nyckelfunktioner genomgår fördjupade utbildningar avseende informationssäkerhet och dataskydd.	–	**ÅR 2025** Ny rekommendation i årsrapport 2024. Rekommendationen har inte följts upp 2025. Revisionskontoret planerar vilka rekommendationer som ska följas upp i samband med att granskningsplan för 2026 tas fram.
132829 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen säkerställer att medarbetare regelbundet genomför grundläggande informationssäkerhets- och dataskyddsutbildning för att upprätthålla kunskapsnivån över tid.	–	**ÅR 2025** Ny rekommendation i projektrapport 2024/1. Rekommendationen har inte följts upp 2025. Revisionskontoret planerar vilka rekommendationer som ska följas upp i samband med att granskningsplan för 2026 tas fram.

Oegentligheter

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97670 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att samtliga anställda anmäler i Heroma om de har bisyssla eller inte, enligt gällande riktlinjer och anvisningar.	🟡	**ÅR 2025** Arbete pågår, men rekommendationen är inte möjlig att följa upp enligt Karolinska. Planerad för uppföljning i årsrapport 2026.

Patientsäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
116254 **Från rapport** 2023/06 Projektrappport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen säkerställer att fastställda rutiner i enlighet med Socialstyrelsen föreskrifter finns inom samtliga verksamheter	🟡	**ÅR 2025** Sedan granskningens genomförande har Karolinska reviderat sin sjukhusövergripande riktlinje för remisshantering och förtydligat att denna ska tillämpas i sjukhusets samtliga verksamheter. Några av kraven i Socialstyrelsens föreskrift 2004:11 är inte tydligt angivna i den reviderade riktlinjen (vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda remisser, vilka åtgärder som ska vidtas om svar på remiss dröjer eller uteblir). Vidare är det inte helt klart vilken organisatorisk nivå riktlinjen är riktad till. Revisionskontoret menar att det inte är helt i linje med Socialstyrelsen föreskrift att endast ha en sjukhusövergripande riktlinje, eftersom ansvaret för att fastställa riktlinjerna enligt föreskriften ligger på verksamhetscheferna. Rekommendationen är delvis genomförd.
116255 **Från rapport**	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen stärker uppföljningen av att fastställda rutiner och regelverk avseende remisshantering efterlevs.	❌	**ÅR 2025** Enligt uppgift har Karolinska gjort en uppföljning av om det reviderade remissregelverket följs i verksamheterna.

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2023/06 Projektrappport			Löpande uppföljning är enligt sjukhuset svårt att genomföra pga. tekniska begränsningar i Region Stockholms journal- och uppföljningssystem. Rekommendationen avskrivs.
116256 **Från rapport** 2023/06 Projektrappport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen säkerställer en enhetlig avvikelserapportering avseende remisshantering		**ÅR 2025** Inga specifika åtgärder avseende avvikelserapportering avseende remisshantering har vidtagits av sjukhuset. Sjukhuset uppger dock att de kontinuerligt uppmanar personal att registrera alla typer av avvikelser. Rekommendationen avskrivs.
121907 **Från rapport** 2023/12 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att högriskpatienter identifieras och säkerställa att de får det stöd de behöver för att hantera sin medicintekniska utrustning i hemmet.		**ÅR 2025** Revisionskontoret har vid förfrågan inte erhållit underlag för att rekommendationen ska kunna följas upp. Rekommendationen bedöms som inte åtgärdad.

Räkenskaper

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
67875 **Från rapport** 2021 Delrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen stärker den interna kontrollen för att säkerställa att erforderliga underlag bifogas s.k. förtroendekänsliga poster.		**Delår 2025** Då brister fortsatt noterats främst kopplat till deltagarförteckningar och att attestanten inte är oberoende bedöms rekommendationen kvarstå.

Strategisk styrning och organisation

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
147905 **Från rapport** 2024/10 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör stärka sin styrning och uppföljning av FoU-strategin.	●	**ÅR 2025** Granskningen visar att nämnden regelbundet får information om arbetet utifrån FoUU-strategin. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
147906 **Från rapport** 2024/10 Projektrapport	Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör säkerställa att beslut fattas i enlighet med kommunallagen	●	**ÅR 2025** Nämnden fastställde 2025-05-22 en reviderad arbets- och -delegationsordning. Revideringen återspeglar de iakttagelser som revisionskontoret gjorde i projektrapport 10/2024 (Styrning av regionens forskningsverksamhet). Rekommendationen bedöms som åtgärdad-

Säkerhet och beredskap

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
107477 **Från rapport** 2023/01 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen säkerställer att kunskapen ökar kring hur konsekvenserna av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet.	–	**ÅR 2025** Arbete pågår, men rekommendationen är inte möjlig att följa upp enligt Karolinska. Planerad för uppföljning i delrapport 2026.
107478 **Från rapport** 2023/01 Projektrapport	Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset bör tillse att ledningen medverkar till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.	–	**Delår 2025** Karolinska sjukhuset har på anmodan från RLK inte genomfört någon RSA sedan den förra uppföljningen. Det finns

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			därför ingen samverkan gällande risk- och sårbarhetsanalyser för revisionen att bedöma. Rekommendationen kvarstår.