REGIONREVISORERNA

Årsrapport 2024

Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset

Region Stockholm

Sammanfattning – Nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset

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 2024

Revisionsfrågor	Tillfreds-ställande	Inte helt tillfreds-ställande	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

Nämndens ekonomiska resultat uppgår till -549 mnkr, vilket är lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar 2,1 procent av omsättningen.

Revisionskontoret konstaterar att nämnden därmed inte uppnått fullmäktiges mål om en ekonomi i balans.

Nämnden redovisar att den uppfyller 7 av 8 mål, men 1 mål uppfylls inte. Det mål som inte uppfylls är tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov. Revisionskontoret bedömer att det verksamhetsmässiga resultatet i huvudsak har uppnåtts.

Utifrån genomförd granskning bedömer revisionskontoret nämndens ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat sammantaget som inte helt tillfredsställande.

Styrning och kontroll

Revisionskontoret genomförde 2023 en fördjupad granskning av ekonomistyrningen vid nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset. Revisionskontoret bedömde då att nämnden hade ett tydligt ramverk för ekonomi- och verksamhetsstyrning.

Revisionskontoret bedömer att detta gäller fortsatt, men att nämnden inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att klara resultatkravet för 2024.

Utifrån genomförd granskning bedömer revisionskontoret sammantaget att nämndens styrning och kontroll är tillräcklig.

Räkenskaper

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

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Innehållsförteckning

1. Årlig granskning 5
2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 6
2.1. Ekonomiskt resultat 6
2.2. Verksamhetsmässigt resultat 7
3. Styrning och kontroll 8
3.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning 8
3.2. Ärendeberedning 12
3.3. Styrning och uppföljning av forskningsverksamheten 12
3.4. Anläggningstillgångar 13
3.5. Avrapporterade granskningar i delrapport 14
3.6. Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 14
4. Räkenskaper 15
4.1. Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen 15
5. Nämndens yttrande över delrapport 2024 15

Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till nämnden

Bilaga 2 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen

Relaterade dokument

Yttrande över delrapport 2024 från nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset, se sammanträde 2024-12-11.

1. Årlig granskning

Syftet med den årliga granskningen är att ta fram ett underlag inför revisorernas prövning om nämnden 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. För att svara på syftet har revisionskontoret formulerat följande revisionsfrågor:

- Är nämndens ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultaten tillfredsställande?
- Har nämnden en tillräcklig styrning och kontroll?
- Är räkenskaperna rättvisande?

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
- Regionstyrelsens 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)

Nämnden för 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.

Revisionskontoret har genomfört granskningsarbetet-enligt kommunallagen, regionens regler och anvisningar samt god revisionssed för kommunal verksamhet.

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

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

I november 2024 genomförde de förtroendevalda revisorerna ett möte med nämnden för dialog och kommunikation om nämndens verksamhet och iakttagelser i granskningsarbetet hittills under året.

Som ett led i revisionskontorets kvalitetssäkring har ett utkast av årsrapporten stämts av med förvaltningsledningen.

2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

I detta avsnitt bedömer revisionskontoret om nämnden uppnått fullmäktiges resultatkrav och övriga ekonomiska samt verksamhetsmässiga mål. Bedömningen omfattar även om nämnden genomfört givna uppdrag samt följt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten.

2.1. Ekonomiskt resultat

	Budget 2024	Bokslut 2024	Bokslut 2023
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	29 426	29 313	27 471
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 29 371	-29 861	-28 207
Årets resultat	54	-549	-736

2.1.1. Resultat 2024

Nämndens ekonomiska resultat uppgår till -549 mnkr. Detta är lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 2,1 procent av omsättningen. Revisionskontoret konstaterar att nämnden därmed inte uppnått fullmäktiges mål om en ekonomi i balans.

Nämnden har med anledning av det negativa resultatet planerat och vidtagit åtgärder för en ekonomi i balans, se avsnitt 2.1.3 samt 3.1.

2.1.2. Jämförelse med budget 2024

Nämnden redovisar att verksamhetens intäkter uppgår till 29 313 mnkr, vilket är 113 mnkr (0,4 procent) lägre än budgeterat. Intäkterna för sålda primärtjänster understiger budgeten med 479 mnkr.[1] Avvikelsen förklaras av nämnden främst av ett lägre inflöde av utomlänspatienter (348 mnkr) och tillgänglighetsviten (reducerad ersättning 116 mnkr). Karolinska har en vårdproduktion på 106 procent som, i enlighet med avtalet med hälso- och sjukvårdsnämnden, ersätts till 104 procent. Den överskjutande produktionen motsvarar ca 100 mnkr i lägre intäkter för helåret (som inte ingår i budget). Lägre intäkter för producerade vårdtjänster kompenseras delvis av högre bidrag (422 mnkr). I övrigt utgörs skillnaden mellan budgeterade intäkter och utfall av flera mindre poster.

Av nämndens redovisning framgår att verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 29 198 mnkr, vilket är 613 mnkr (ca 2,1 procent) högre än budgeterat. Kostnaderna för anställd personal överstiger budget med 340 mnkr, 2,1 procent, vilket delvis ska kompenseras av 108 mnkr i lägre kostnader för inhyrd personal. Sjukhuset hade budgeterat för 15 283 helårsarbeten, men utfallet blev 4,4 procent högre. Enligt verksamhetsberättelsen beror det främst på att fler sjuksköterskor har anställts.

[11] Budgetavvikelse exkl. ersättning för PO-kostnader 2165 mnkr som ingår i utfallet för Sålda primärtjänster, men som budgeterats under Erhållna bidrag.

Kostnaderna för läkemedel överstiger budgeten med ca 272 mnkr, till en viss del drivet av en ökad öppenvårdsproduktion. Sjukhusets avtal med hälso- och sjukvårdsnämnden medger inte full ersättning för läkemedel förskrivna inom öppenvården, vilket påverkar resultatet negativt med 107 mnkr. Budgetavvikelsen i övrigt utgörs enligt nämndens redovisning av flera delposter, bland annat köpta primära sjukvårdstjänster och fastighetskostnader.

2.1.3. Arbete med åtgärder för ett resultat i balans

Med anledning av att nämnden under året prognostiserade ett underskott tog nämnden fram en åtgärdsplan. I verksamhetsberättelsen bedömer nämnden att nämnden kommer att kunna uppnå ett resultat i balans 2025. Av verksamhetsberättelsen framgår att de planerade åtgärderna under 2024 delvis har genomförts. I åtgärdsplanen för 2024 fanns intäktshöjande åtgärder på 340 mnkr samt kostnadssänkande åtgärder på 600 mnkr. Nämnden redovisar att effekten av de intäktshöjande åtgärderna (ökat inflöde av utomlänspatienter) har uteblivit. Nämnden uppger att den har realiserat 456 mnkr eller 76 procent av de kostnadssänkande åtgärderna. Se vidare avsnitt 3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning.

2.1.4. Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionskontorets granskning av verksamhetsberättelsen visar att nämnden i huvudsak har analyserat och kommenterat avvikelser i förhållande till budget på ett tillfredställande sätt.

Nämndens ekonomiska resultat underskrider resultatkravet. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 2,1 procent av omsättningen. Nämnden har därmed inte uppnått fullmäktiges mål om en ekonomi i balans.

Nämnden har upprätthållit en hög vårdproduktion, men inte fullt ut klarat att sänka kostnaderna i enlighet med åtgärdsplanen. Revisionskontoret bedömer att nämnden, för att nå en ekonomi i balans och en anpassad kostnadsökningstakt på sikt, behöver säkerställa att åtgärdsplaner innehåller tillräckliga åtgärder.

2.2. Verksamhetsmässigt resultat

2.2.1. Fullmäktiges verksamhetsmål

Nämnden berörs av 8 av fullmäktiges mål, vilket innebär sammanlagt 14 indikatorer.

Nämnden redovisar att 7 av fullmäktiges mål är uppfyllda och 1 mål uppfylls inte. Det mål som inte uppfylls är *Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov*. Målet har två indikatorer knutna till sig och Karolinska klarar ingen av dem. Indikatorerna är *andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist* samt *andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist*. Förklaringen är bland annat att sjukhuset under året fått överta patienter från vårdval allergologi. Områden där det finns patienter som väntat längre än vårdgarantins tidsgränser är inom ablationer (ett kardiologiskt ingrepp), plastikkirurgi och öron-, näsa- och halsvård för godartade tillstånd. Enligt nämnden har tillgängligheten förbättrats under året och bedömningen är att sjukhuset kommer klara vårdgarantins tidsgränser under 2025 om inget oförutsett inträffar. Vårdproduktionen, både gällande öppenvårdsbesök och slutenvårdstillfällen, har under året varit högre än 2023.

2.2.2. Bedömning av verksamhetsmässiga resultat

Revisionskontoret bedömer att nämnden i verksamhetsberättelsen i huvudsak har analyserat och kommenterat det verksamhetsmässiga resultatet på ett tillfredsställande sätt. Revisionskontoret bedömer även att nämnden i huvudsak har uppnått det verksamhetsmässiga resultatet. Sjukhuset har problem med tillgänglighet men har arbetat

med detta under året. Sjukhusets plan är att sjukhuset kommer klara vårdgarantins tidsgränser under 2025.

3. Styrning och kontroll

I detta avsnitt gör revisionskontoret en bedömning av om nämnden säkerställt att den att styrningen och kontrollen är tillräcklig finns en tillräcklig styrning och kontroll.

3.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning

Revisionskontoret genomförde under 2023 fördjupade granskningar av ekonomistyrningen på samtliga akutsjukhus.[2] Revisionskontoret bedömde att nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset hade ett tydligt ramverk för ekonomi- och verksamhetsstyrning. Revisionskontoret bedömde att Karolinska behövde säkerställa att sjukhuset tidigt under året hade åtgärdsprogram som innebar att resultatkravet kunde nås.

Revisionskontoret har under 2024 översiktligt granskat nämndens ekonomistyrning med särskilt fokus på om nämnden har vidtagit tillräckliga åtgärder för att nå en ekonomi i balans.

3.1.1. Åtgärder för att nå resultatkravet

Enligt intervjuer med tjänstepersoner i nämndens förvaltning har sjukhuset under 2024 arbetat efter samma modell för produktions- och ekonomistyrning inklusive åtgärdsplanering och uppföljning som 2023.

I samband med beslut om verksamhetsplan inklusive budget beslutade nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset även om en åtgärdsplan i syfte att nå resultatkravet. Planen innehöll åtgärder för ökade intäkter på 340 mnkr och minskade kostnader på 600 mnkr. Kostnadsminskningarna fördelade nämnden på bemanning (360 mnkr), material (60 mnkr), läkemedel (70 mnkr), köpt vård (40 mnkr) och lokaler (70 mnkr).

Enligt intervjuer i förvaltningen baserades planen på en sjukhusövergripande bedömning av behovet av kostnadsminskningar utifrån vad som skulle krävas för att nå resultatkravet. Utifrån detta gjorde ekonomistaben översiktliga analyser av besparingspotentialen inom olika områden. Tema, funktion och staber fick finansiella resultatkrav som i huvudsak avspeglade behovet av besparingar. Sjukhusledningens uppföljningar under året har fokuserat på att se till att verksamheterna har planerade åtgärder som innebär att resultatkraven kan nås.

I verksamhetsberättelsen redovisar Karolinska ett sammantaget utfall på 456 mnkr för sjukhusets åtgärdsplan 2024, vilket motsvarar 48 procent av åtgärdsplanen. Det var enbart de kostnadsreducerande åtgärderna som gav effekt och effekten uppgick till 76 procent av åtgärdsplanen i denna del. Se tabell 1. Detta motsvarar 1,5 procent av sjukhusets totala kostnader 2024 på 29,9 mnkr.

[2] Karolinska Universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus AB, Södersjukhuset AB och Södertälje sjukhus AB.

Tabell 1 Åtgärder för ett resultat i balans

Åtgärd (Mkr)	Budgeterad effekt 2024	Realiserad effekt 2024	Avvikelse budget jämfört realiserad effekt 2024
Ökade utomlänsintäkter	340	0	-340
Sänkta bemanningskostnader	360	329	-31
Sänkta materialkostnader	60	17	-43
Sänkta läkemedelskostnader	70	80	10
Sänkta kostnader för köpt extern vård	40	22	-18
Sänkta lokalkostnader	70	8	-62
Summa	940	456	-484

Källa: Karolinska Universitetssjukhusets verksamhetsberättelse 2024

Utfallet för åtgärdsplanen 2023, som innehöll enbart kostnadsreducerande åtgärder, var 62 procent. På denna punkt är utfallet 2024 bättre, även om effekterna av åtgärdsplanen totalt sett var sämre 2024 än 2023.

Enligt nämndens redovisning uteblev ökningen av intäkter för utomlänspatienter helt. Det beror enligt verksamhetsberättelsen dels på att sjukhuset haft ett lägre inflöde av utomlänspatienter i behov av akut slutenvård än förväntat, dels på att sjukhuset felbedömt efterfrågan från andra regioner som avstått från att skicka patienter av ekonomiska skäl.

I verksamhetsberättelsen uppger nämnden att ledtiderna för att få effekt av åtgärderna inom material och lokaler var längre än vad sjukhuset räknade med när åtgärdsplanen togs fram. När det gäller materialkostnader handlar det om att sjukhuset vill sänka kostnader genom att processa visst material för att kunna återanvända det. I verksamhetsberättelsen kan man läsa att certifieringen av processen var komplex och tog längre tid än sjukhuset förväntat sig. Lokalkostnaderna har enbart minskat marginellt eftersom sjukhuset inte har kunnat lämna lokaler i planerad takt. Åtgärden förväntades enligt nämnden ge sänkta kostnader med 70 mnkr, men utfallet blev 8 mnkr. För år 2025 har nämnden sänkt den beräknade effekten till 25 mnkr.

Nämndens största kostnadspost är bemanning. Sjukhuset arbetar med att anpassa bemanningen till vårduppdraget, s.k. dimensionering, via genomgångar med verksamheterna om vilken vårdpersonal som behövs för att genomföra vårdproduktionsplanen. Genomgången resulterar i krav på verksamheterna om att minska personal genom att man t.ex. avstår från att återrekrytera. Våren 2023 lade sjukhuset ett varsel på administrativ personal som får successiv effekt genom minskat antal anställda. Det var framför allt dessa två åtgärder som beräknades leda till en minskning av kostnaderna med 360 mnkr under 2024.

I verksamhetsberättelsen redovisar nämnden ett utfall på 329 mnkr när det gäller kostnadsreducerande åtgärder inom bemanningsområdet. Revisionskontoret har tagit del av ett underlag från förvaltningen som visar hur man räknat.[3] Enligt underlaget har åtgärderna som nämns ovan, dimensionering och varsel av administrativ personal, gett en effekt på cirka 249 mnkr. Samtidigt har antalet månadsanställda, framför allt

[3] Åtgärder_detaljerad_VB_helår 2024.xlsx, arbetsmaterial, Karolinska Universitetssjukhuset, erhållen per mejl 2025-02-18.

sjuksköterskor, blivit fler. Kostnadsmässigt motverkas detta delvis av att kostnaderna för inhyrd personal blivit lägre än budget. Nettoeffekten är 111 mnkr i ökade kostnader enligt ovan nämnda underlag från förvaltningen. Fler månadsanställda innebär dock att behovet av dyrare lösningar som exempelvis extratid för att täcka upp för personalbrist minskat med sammantaget 192 mnkr.

Nämndens strategi för att nå ekonomi i balans bygger på både åtgärdsplaner och på att sjukhusets processer inom olika områden ska bli enklare och effektivare. I verksamhetsberättelsen redovisar nämnden produktivitetsutvecklingen för akutsjukhusen enligt ett fastställt mått[4]. Enligt detta sätt att mäta har akutsjukhusens produktivitet minskat. Nämnden pekar på problem med mätmetoden, men utvecklar inte analysen. Revisionskontoret noterar att det är svårt att få en bild av hur produktiviteten har utvecklats på Karolinska.

3.1.2. Nämndens hantering av avvikelser

Vid sina sammanträden under år 2024 har nämnden fått information om sjukhusets ekonomi och arbetet med åtgärder i åtgärdsplanen.

I maj 2024, då prognosen visade på ett underskott på -400, gav nämnden i uppdrag till sjukhusdirektören att ta fram en handlingsplan för att uppnå resultatkravet. Nämnden anger återkommande i protokoll samt i ekonomiska rapporter till regionledningskontoret att ytterligare åtgärder behövs för att resultatkravet ska nås. Under år 2024 beslutade nämnden inte om ytterligare åtgärder.

Under år 2024 fick nämnden vid olika tillfällen prognoser för effekterna av åtgärderna. En genomgång av den skriftliga informationen till nämnden visar att den var översiktlig. I den skriftliga informationen saknas ofta uttömmande förklaringar till varför åtgärder inte bedömdes uppnå nå full effekt. Nämnden fick exempelvis ingen förklaring till varför den förväntade kostnadsminskningen för lokaler hade sänkts från 70 mnkr till 12 mnkr.[5]

Nämnden konstaterade i april 2024 att sjukhuset har ett dilemma i och med att sjukhuset producerar mer vård än vad som krävs enligt avtalet med hälso- och sjukvårdsnämnden. Avtalet ger enligt nämnden inte sjukhuset full ersättning för kostnaderna, samtidigt som sjukhuset trots hög produktion betalar viten (får reducerad ersättning) för att man inte klarar vårdgarantins tidsgränser.[6]

Nämnden informerades av sjukhusledningen att problemet hade framförts till hälso- och sjukvårdsförvaltningen utan resultat.[7] Avtalet med hälso- och sjukvårdsnämnden innehåller en punkt om hur ändringar i avtalet ska hanteras, inklusive vilka aspekter som ska utredas inför beslut om ändring.[8] Revisionskontoret uppmärksammade i granskningen av delårsrapporten per augusti 2024 att nämnden inte hade begärt förhandling av avtalet. I december 2024, i sitt yttrande över granskningen av delrapporten, framförde nämnden att den övervägde att begära en avtalsändring.[9]

Regionens styrdokument anger att nämnder och bolag som bedömer att resultatkrav inte kan nås, ska göra en framställan till regionstyrelsen.[10] I juni 2024 gav nämnden i

[4] Antal producerade DRG-poäng dividerat med Helårsarbete närvarotid.
[5] Åtgärdsarbete 2024, underlag till § 10. Ekonomi, protokoll, Karolinska universitetssjukhuset, K 2024–4004, 2024-05-30.
[6] § 9. Ekonomi, protokoll, Karolinska universitetssjukhuset, K 2024–2756, 2024-04-23.
[7] § 8. Produktion, protokoll, Karolinska Universitetssjukhuset, K 2024–2756 2024-04-23.
[8] Se pkt 1.5, Sjukhusavtal 2024–2027 för Karolinska Universitetssjukhuset, HSN 2023–0945.
[9] Yttrande över Regionrevisorernas delrapport Karolinska Universitetssjukhuset 2024, K 2024–8525, 2024-12-11.
[10] Integrerad ledning och styrning av Region Stockholm (ILS), RS 2020–0740, 2023-11-07.

uppdrag till nämndens ordförande att uppmärksamma regionstyrelsen på nämndens ekonomiska utmaningar.[11] Uppdraget har inte återrapporterats till nämnden.

3.1.3. Förutsättningar inför 2025

Nämnden bedömer i verksamhetsberättelsen för 2024 att resultatkravet för på 44 mnkr 2025 kommer att kunna nås. Förutsättningar för att klara resultatkravet är enligt nämnden att åtgärdsplanen blir genomförd och att arbetet med effektiviseringar fortsätter.

Nämnden har beslutat om en åtgärdsplan på 270 mnkr för 2025. Planen är en bilaga till verksamhetsplanen 2025. Åtgärderna i planen för 2025 är delvis samma som 2024. Planen innehåller inga intäktsökningar för utomlänspatienter. År 2025 uppkommer en positiv resultateffekt på ca 240 mnkr när löneskulder värderas om.[12]

För år 2026 och 2027 innehåller planen åtgärder på 270 mnkr respektive 214 mnkr. Det underliggande behovet på effektiviseringar bedöms i underlag till nämnden till ca 500 mnkr per år 2025–2026 och 300 mnkr 2027.[13]

3.1.4. Bedömning

Revisionskontoret genomförde 2023 en fördjupad granskning av ekonomistyrningen vid nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset. Revisionskontoret bedömde då att nämnden hade ett tydligt ramverk för ekonomi- och verksamhetsstyrning. Revisionskontoret bedömer att detta gäller fortsatt, men revisionskontoret bedömer samtidigt att nämnden inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att nå en ekonomi i balans för 2024.

Nämndens åtgärdsplan för 2024 har inte gett planerat resultat. Revisionskontoret bedömer i likhet med i granskningen för 2023 att nämnden behöver säkerställa att nämnden har ett kvalitetssäkrat åtgärdsprogram som ger avsedd effekt och att resultatkrav nås.

I maj 2024 bedömde nämnden att underskottet vid årets slut skulle uppgå till -400 mnkr. Nämnden gav i uppdrag till sjukhusdirektören att återkomma med en handlingsplan för att resultatkravet skulle kunna nås. Nämnden beslutade inte om några ytterligare åtgärder. Revisionskontoret bedömer att den skriftliga rapporteringen till nämnden om åtgärder behöver utvecklas så att den ger en tydligare bild av hur arbetet med åtgärdsplanen genomförs. Revisionskontoret bedömde i delrapporten att nämndens kontroll och uppföljning av uppdrag till sjukhusledningen inte tillräckligt återspeglades i nämndens protokoll 2024. Av nämndens yttrande framgår att det är något nämnden kommer att beakta.

Nämnden har en hög vårdproduktion och sjukhuset har under 2024 tagit emot fler patienter från regionen än vad som avtalats med hälso-och sjukvårdsnämnden. Avtalet innebär att nämnden inte får full ersättning för utförd vårdproduktionen, vilket bidrar till nämndens underskott. Revisionskontoret noterar att nämnden i december 2024 uppgav att nämnden överväger att begära en avtalsändring

Revisionskontoret lämnade två rekommendationer till nämnden i delrapporten 2023:

- Säkerställ att tillräckliga effektiviseringsåtgärder vidtas för att nå en ekonomi i balans.
- Säkerställ att beslut med konsekvenser för verksamhet och ekonomi baseras på väl underbyggda analyser.

[11] § 9. Ekonomi, protokoll, Karolinska Universitetssjukhuset, K 2024–4804, 2024-06-19.
[12] Styrelsemöte - ekonomi presentation, underlag till § 11. Ekonomi, protokoll, Karolinska universitetssjukhuset, K 2024–7818, 2024-11-07.
[13] Styrelsemöte - ekonomi presentation, underlag till § 11. Ekonomi, protokoll, Karolinska universitetssjukhuset, K 2024–7818, 2024-11-07.

Revisionskontoret bedömer att rekommendationerna ännu inte är åtgärdade. Bedömningen avseende den sistnämnda rekommendationen baseras även på granskningen av ärendeberedning i avsnitt 3.2.

3.2. Ärendeberedning

På uppdrag av revisionskontoret har PwC granskat om nämnden säkerställt en tillräcklig ärendeberedning och om nämndens protokoll utformas i enlighet med kommunallagen.

Av granskningen framgår att det finns dokumenterade riktlinjer och rutiner för ärendeberedningsprocessen inom nämnden. I intervjuer i förvaltningen beskrivs processen som tydlig. Granskningen visar även att det finns en beskrivning av hur ansvar i ärendeberedningen fördelas mellan nämnd och tjänstepersoner.

Nämndens riktlinjer ställer krav på hur ärenden ska beredas. Det finns mallar för olika typer av beslut. Kraven innebär bland annat att ärendeberedningen ska dokumenteras, relevanta konsekvensanalyser ska göras och att beslutsunderlag ska kvalitetssäkras.

Pwc har genomfört ett stickprov på tio ärenden. Resultatet visar på vissa brister och utvecklingsområden i beredningen av enskilda ärenden när det gäller dokumentation, tjänsteutlåtanden, konsekvensanalyser samt om det är tydligt hur uppföljning ska genomföras. I bedömningen har PwC tagit hänsyn till om kraven är relevant för det specifika ärendet. Sex ärenden var utan anmärkning eller hade enbart marginella brister. Övriga ärenden hade brister inom minst två områden.

Kommunallagen innehåller formella krav på hur protokoll ska utformas och anslås. Därutöver bör protokollen innehålla den information som allmänheten, förtroendevalda och tjänstepersoner behöver för att förstå vad ärendet handlar om samt för att kunna avgöra om beslutet ska laglighetsprövas eller inte. I granskningen har PwC granskat nämndens samtliga protokoll från 2024, med undantag för protokollet från mötet i december 2024, som inte var justerat vid tidpunkten för granskning. Granskningen visar att samtliga protokoll är utformade i enlighet med kraven i kommunallagen.

3.2.1. Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämndens riktlinjer ger förutsättningar för en ändamålsenlig ärendeberedning som syftar till att nämnden ska kunna fatta välgrundade beslut. Vidare finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning för ärendeberedningsprocessen. Granskningen visar på brister i ärendeberedningen. Revisionskontoret bedömer att nämnden behöver säkerställa att ärendeberedningen följer nämndens riktlinjer så att nämnden får tillräckliga beslutsunderlag.

Granskningen visar att samtliga protokoll är utformade i enlighet med de formella kraven i kommunallagen.

Nämnden 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.

3.3. Styrning och uppföljning av forskningsverksamheten

I ett särskilt projekt[14] har revisionskontoret granskat om Karolinska Universitetssjukhuset har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll i sin kliniska

[14] Regionrevisorerna, Projektrapport 10/2024 *Styrning av regionens forskningsverksamhet*

forskningsverksamhet. Revisorernas samlade bedömning är att nämnden för Karolinska Universitetssjukhuset delvis har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll.

Revisionskontoret uppfattar att styrningen av forskningsverksamheten på Karolinska i hög utsträckning utgår ifrån samverkansorganet FoUU-kommittén, trots att detta enligt reglemente är ett ansvar som vilar på nämnden. Revisionskontoret bedömer vidare att det finns risk att de beslut som fattas inom FoUU-kommittén kan vara beslut i kommunallagens mening. Nämnden behöver säkerställa att beslut hanteras i enlighet med kommunallagen. Vidare bedöms nämndens styrning via verksamhetsplanen och FoU-strategin inte vara systematisk.

Revisionskontoret bedömer att Karolinska har ett aktivt förebyggande arbete som skapar förutsättningar för regelefterlevnad. Revisionskontoret ser positivt på att Karolinska genomför kontroller av forskningsverksamheten utifrån en checklista som grundas på etikprövningslagen. Karolinska bör se till att checklistan är känd i forskningsverksamheten. Revisionskontoret har under granskningen funnit brister beträffande ordningen i nämndens handlingar i forskningsverksamheten.

Nämnden för Karolinska bör stärka sin styrning och uppföljning av FoU-strategin, säkerställa att beslut fattas i enlighet med kommunallagen samt förbättra spårbarheten för handlingar i forskningsverksamheten.

Revisorerna i revisorsgrupp II överlämnade rapporten till nämnden för yttrande senast 2025-05-22. Revisionen har vid skrivande stund inte erhållit styrelsens yttrande över projektrapporten.

3.4. Anläggningstillgångar

Revisionskontoret har granskat om nämnden säkerställer en tillräcklig kontroll över anläggningstillgångar. Granskningen genomfördes under oktober och november av PwC på uppdrag av revisionskontoret.

PwC:s granskning visar att Karolinska har dokumenterade riktlinjer för hantering och redovisning av anläggningstillgångar. Riktlinjerna överensstämmer med regionens riktlinjer på området. Ett stickprov[15] visar att rutinerna följs av sjukhuset.

Sjukhuset har en heltäckande förteckning över anläggningstillgångarna med tillräckliga underlag. Det framkommer i granskningen att det finns rutiner för att löpande ajourhålla anläggningsregistret. Merparten av utrangeringarna 2024 skedde dock vid ett tillfälle. Inventering av medicinteknisk utrustning bygger på elektronisk matchning mellan ekonomisystemet Raindance och systemet för underhåll av medicinteknisk utrustning, Medusa. Men eftersom inventarier har bokförts i klump blir matchningen inte fullständig. Övriga inventarier ska enligt Karolinskas rutin inventeras fysiskt över en femårsperiod. PwC:s granskning visar vidare att det ditintills under 2024 inte genomfördes någon fysisk inventering och i begränsad utsträckning 2023. Efter det att granskningen avslutats har en fysisk inventering genomförts. En ny inventeringsplan är under framtagande på Karolinska.

3.4.1. Bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden delvis säkerställer en tillräcklig kontroll över anläggningstillgångar.

Revisionskontoret bedömer att sjukhusets riktlinjer och rutiner överensstämmer med regionens. Revisionskontoret bedömer vidare att inventeringar inte genomförs i en tillräcklig grad med hänsyn till anläggningsregistrets storlek. Omfattningen av den fysiska inventeringen behöver öka för att i rimlig utsträckning kunna säkerställa att

[15] Totalt har 26 stickprov granskats varav 10 stycken berört anskaffningar, 8 stycken försäljningar och 8 stycken utrangeringar. Vidare har en s.k. transaktionsanalys genomförts av hela registret.

tillgångarna existerar och befinner sig i sjukhusets ägo. Därutöver bedömer revisionskontoret att Karolinska inte har tillräckliga rutiner för att säkerställa att informationen i anläggningsregistret är korrekt eftersom utrangeringar och avyttringar inte registreras löpande i anläggningsregistret.

Nämnden bör tillse att sjukhusdirektören:

- Säkerställer att tillräcklig inventering av sjukhusets inventarier genomförs på regelbunden basis.
- Säkerställer att utrangeringar och avyttringar registreras i anläggningsregistret löpande under året.
- Inför en enhetlig rutin avseende inköp av inventarier så att varje inventarie blir identifierbar i anläggningsregistret.

3.5. Avrapporterade granskningar i delrapport

Delar av årets granskning har tidigare avrapporterats i delrapport samt i projektgranskningar för nämnden. Nedan sammanfattas väsentliga iakttagelser från tidigare granskningar under året som inte redovisats på annat ställe i årsrapporten.

Systematiskt arbete med informationssäkerhet och dataskydd på Karolinska Universitetssjukhuset

I ett särskilt projekt[16] har revisionskontoret granskat Karolinska Universitetssjukhuset har det systematiska arbetet med informationssäkerhet samt dataskydd. Revisionskontorets bedömning är att Karolinskas styrning och kontroll av informationssäkerhetsarbetet inte är helt tillräcklig. Sjukhuset har ett ledningssystem som i all väsentlighet svarar mot kraven. Nämnden behöver se till att riskanalyser genomförs samt att uppföljningsrutiner implementeras. Nämnden bör även säkerställa att det tas fram analyser av hur sjukhuset ska efterleva kommande ytterligare lagkrav på informationssäkerhet.

Revisionskontorets bedömning är att nämnden inte säkerställt att styrning och kontroll av arbetet med dataskydd är tillräcklig. Karolinska saknar ett samlat register över personuppgiftsbehandlingar, vilket innebär att Karolinska inte har kontroll över sjukhusets personuppgiftsbehandlingar och därmed svårt att efterleva kraven enligt GDPR. Revisionskontoret bedömer även att nämnden behöver säkerställa att det operativa ansvaret för dataskydd tydliggörs.

Nämnden behöver enligt revisionskontorets bedömning säkerställa att beslut avseende informationssäkerhet och dataskydd fattas i enlighet med kommunallagen.

3.6. Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har revisionskontoret framfört ett antal rekommendationer avseende styrning och kontroll. I rekommendationsbilagorna till nämnd respektive ledning framgår hur rekommendationerna har hanterats.

Sedan 2017 har Karolinska haft rekommendationer gällande inköp och upphandling. Tre rekommendationer kvarstod vid årets början. Under året har revisionskontoret följt upp rekommendationerna och revisionskontoret bedömer att två av dem är åtgärdade. Den tredje rekommendationen kvarstår men revisionskontoret har formulerat om den för att göra det tydligare vad som återstår för sjukhuset att göra.

[16] Regionrevisorerna, Projektrapport 1/2024 *Systematiskt arbete med informationssäkerhet och dataskydd på Karolinska Universitetssjukhuset.*

4. Räkenskaper

I detta avsnitt görs 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. Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen

Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen i verksamhetsberättelsen är i allt väsentligt upprättad enligt god redovisningssed, enligt regionens anvisningar och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning.

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

5. Nämndens yttrande över delrapport 2024

Nämnden har 2024-12-11 lämnat yttrande över delrapporten för 2024. Nämnden har i yttrandet kommenterat granskningens iakttagelser utan avvikande mening.

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: 08-737 25 00
E-post: regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se
Hemsida: www.regionstockholm.se

Region Stockholm

Region Stockholm

Bilaga 1

Regionrevisorerna

Rekommendationer till nämnd/styrelse – ÅR 2024

Karolinska Universitetssjukhuset

Ekonomistyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
109484 **Från rapport** 2023 Delrapport	Nämnden bör säkerställa att tillräckliga effektiviseringsåtgärder vidtas med beräknade effekter för att nå resultatkravet och en ekonomi i balans även på längre sikt.	🟡	**ÅR 2024** Revisionens bedömning från delrapporten kvarstår: Nämnden beslutade om en åtgärdsplan i samband med budget för 2024. Nämndens prognos i maj 2024 var ett underskott på 454 mnkr relativt resultatkravet. Granskningen visar att sjukhusledningen har ett aktivt arbete med att finna nya effektiviseringsåtgärder. Nämnden har dock inte fattat beslut om ytterligare åtgärder. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
109487 **Från rapport** 2023 Delrapport	Nämnden bör säkerställa att beslut med konsekvenser för verksamhet och ekonomi, som exempelvis effektiviseringsåtgärder, baseras på väl underbyggda analyser.	🔴	**ÅR 2024** Revisionskontoret har granskat nämndens ärendeberedning. Nämnden har riktlinjer som ger förutsättningar för en ändamålsenlig ärendeberedning. Stickprov visar dock på vissa brister vad gäller underlag för beslut. Rekommendationen bedöms som inte åtgärdad.

Inköp och upphandling

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29823 **Från rapport** 2017 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att det finns dokumenterade rutiner för avtalsuppföljning, vilket inkluderar kontroll av fakturerade kostnader mot avtal/ ramavtal	🟡	**ÅR 2024** Revisionskontorets uppföljning av rekommendationen

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Tidigare ID 1127			under hösten 2024 visade att det saknades en tydlig och dokumenterad rutin för kontroll och uppföljning av avtal. Ett arbete pågår för att få detta på plats. Enligt sjukhuset kontrolleras större avtal återkommande i samband med interna möten. För övriga avtal sker kontroller på förekommen anledning och i de fall brister uppmärksammas. Revisionskontorets bedömning är att rekommendationen kvarstår som delvis åtgärdad. För att förtydliga rekommendationen har revisionskontoret formulerat om rekommendationen.
29829 **Från rapport** 2017 Årsrapport **Tidigare ID** 1218	Nämnden bör säkerställa att undantag från konkurrensutnyttjande i upphandlingslagstiftningen tolkas restriktivt.	🟢	**ÅR 2024** Revisionskontoret har gjort en genomgång av de åtgärder som Karolinska vidtagit under 2024. Revisionskontorets bedömning är Karolinskas arbetet med informations- och utbildningsinsatser, tydligare kontroll och en mer restriktiv hantering av undantag/ dispenser när det gäller direktupphandlingar har lett till att rekommendationen i allt väsentligt bedöms som åtgärdad.
29839 **Från rapport** 2017 Årsrapport **Tidigare ID** 1231	Nämnden bör säkerställa att rutiner och arbetssätt för dokumentation av direktupphandlingar uppfyller krav i lagstiftning.	🟢	**ÅR 2024** Revisionskontoret har granskat vilka åtgärder Karolinska vidtagit för att åtgärda rekommendationen. Karolinska har infört en rutin för dokumentation av direktupphandling i enlighet med Upphandlingsmyndighetens rekommendationer, vilket innebär att för direktupphandlingar över 100 000 kronor ska dessa dokumenteras och motiveras. Stickprov på genomförda upphandlingar visar på mindre avvikelser. Revisionskontorets bedömning är att rekommendationen är åtgärdad.

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
147911 **Från rapport** 2024/10 Projektrapport	Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör förbättra spårbarheten för handlingar i forskningsverksamheten	–	**ÅR 2024** Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2026.

Investeringar

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
122210 **Från rapport** 2023 Årsrapport	Nämnden 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..	🔴	**ÅR 2024** Ett antal investeringar kommer att följas upp under år 2025 i form av efterkalkyler. Rekommendationen bedöms som ej åtgärdad.

IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97667 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Nämnden 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. Planerad för uppföljning i delrapport 2025.
132817 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden för bör fastställa den årliga handlingsplanen för informationssäkerhet på ett korrekt sätt.	–	**Delår 2024** Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.
132818 **Från rapport**	Nämnden bör genomföra en analys av sjukhusets status i förhållande till det nya NIS-direktivet och den tillhörande	–	**Delår 2024** Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2024/1 Projektrapport	lagstiftning som träder i kraft i början av 2025 i syfte att säkerställa efterlevnad av direktivet.		
132820 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden bör fastställa riktlinjen för behandling av personuppgifter på ett korrekt sätt.	–	**Delår 2024** Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.
132821 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden bör säkerställa att sjukhuset har ett komplett och aktuellt behandlingsregister för personuppgifter.	–	**Delår 2024** Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.
132825 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Nämnden bör revidera arbets- och delegationsordningen för att återspegla de beslut som är nödvändiga att fatta inom ramen för både informationssäkerhets- och dataskyddsarbetet samt för att säkerställa att nämndens beslutshantering sker i enlighet med kommunallagen.	–	**Delår 2024** Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.

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 2024** Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2026.
147906 **Från rapport** 2024/10 Projektrapport	Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset bör säkerställa att beslut fattas i enlighet med kommunallagen	–	**ÅR 2024** Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2026.

Region Stockholm

Bilaga 2

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2024

Karolinska Universitetssjukhuset

Investeringar

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
122211 **Från rapport** 2023 Årsrapport	Ledningen bör se till att tillämpningsanvisningarna efterlevs så att beslut om investeringar grundas på fullständiga underlag.	🟢	**ÅR 2024** I samband med granskning av anläggningsregistret har ett stickprov tagits där tillräckliga underlag fanns i samtliga fall. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
122212 **Från rapport** 2023 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att sjukhusets skala för prioritering av investeringar tydligare kopplas till prioriteringsmodellen i regionen.	🟡	**ÅR 2024** 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
97669 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att det finns en systematik så att kontinuitetsplaner övas regelbundet med avseende på informationssäkerhet.	🔴	**ÅR 2024** Arbete pågår, men rekommendationen är inte möjlig att följa upp enligt Karolinska. Planerad för uppföljning i delrapport 2025.

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
132819 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Ledningen bör säkerställa att riskanalyser inom informationssäkerhet sker i enlighet med interna regelverk samt lagstiftning.	–	**Delår 2024** Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.
132822 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Ledningen bör tydliggöra roller, ansvar och arbetssätt avseende det operativa dataskyddsarbetet.	–	**Delår 2024** Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.
132823 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Ledningen bör komplettera 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.	–	**Delår 2024** Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.
132824 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Ledningen bör säkerställa att riskanalyser och konsekvensbedömningar när det gäller dataskydd sker i enlighet med interna regelverk samt lagstiftning.	–	**Delår 2024** Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.
132826 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Ledningen bör säkerställa att det finns väl definierade rapporteringskanaler för både informationssäkerhetssamordnare och dataskyddsombud direkt till sjukhusdirektör.	–	**Delår 2024** Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.
132827 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Ledningen bör implementera standardiserade processer för regelbunden uppföljning och kontroll av informationssäkerhets- respektive dataskyddsarbetet.	–	**Delår 2024** Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.
132828 **Från rapport** 2024/1 Projektrapport	Ledningen bör säkerställa att medarbetare med nyckelfunktioner genomgår fördjupade utbildningar avseende informationssäkerhet och dataskydd.	–	**Delår 2024** Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.
132829 **Från rapport**	Ledningen bör säkerställa att medarbetare regelbundet genomför grundläggande informationssäkerhets- och	–	**Delår 2024**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2024/1 Projektrapport	dataskyddsutbildning för att upprätthålla kunskapsnivån över tid.		Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.

Oegentligheter

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97670 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för Karolinska bör säkerställa att samtliga anställda anmäler i Heroma om de har bisyssla eller inte, enligt gällande riktlinjer och anvisningar.		**ÅR 2024** Arbete pågår, men rekommendationen är inte möjlig att följa upp enligt Karolinska. Planerad för uppföljning i årsrapport 2025.

Patientsäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
116254 **Från rapport** 2023/06 Projektrappport	Ledningen bör säkerställa att fastställda rutiner i enlighet med Socialstyrelsen föreskrifter finns inom samtliga verksamheter	–	**ÅR 2024** Planerad för uppföljning i årsrapport 2025.
116255 **Från rapport** 2023/06 Projektrappport	Ledningen bör stärka uppföljningen av att fastställda rutiner och regelverk avseende remisshantering efterlevs.	–	**ÅR 2024** Planerad för uppföljning i årsrapport 2025.
116256 **Från rapport** 2023/06 Projektrappport	Ledningen bör säkerställa en enhetlig avvikelserapportering avseende remisshantering	–	**ÅR 2024** Planerad för uppföljning i årsrapport 2025.
121907 **Från rapport** 2023/12 Projektrapport	Ledningen bör identifiera högriskpatienter och säkerställa att de får det stöd de behöver för att hantera sin medicintekniska utrustning i hemmet.	–	**ÅR 2024** Arbete pågår, men rekommendationen är inte möjlig att följa upp enligt Karolinska. Planerad för uppföljning i

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			årsrapport 2025.

Räkenskaper

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
67875 **Från rapport** 2021 Delrapport	Ledningen bör stärka den interna kontrollen för att säkerställa att erforderliga underlag bifogas s.k. förtroendekänsliga poster.		**ÅR 2024** Rekommendationen planerad för uppföljning i delrapport 2025.

Säkerhet och beredskap

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
77979 **Från rapport** 2021 Årsrapport	Ledningen bör under 2022 intensifiera utbildnings- och övningsverksamheten inom brandsäkerhetsarbetet för att säkerställa tillräcklig beredskap.		**ÅR 2024** Sjukhuset har sedan föregående uppföljning driftsatt ett utbildningskoncept. Vidare har sjukhuset etablerat ett arbetssätt för att informera och följa upp utbildningsinsatser. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
107477 **Från rapport** 2023/01 Projektrapport	Ledningen bör säkerställa att kunskapen ökar kring hur konsekvenserna av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet.		**ÅR 2024** Arbete pågår, men rekommendationen är inte möjlig att följa upp enligt Karolinska. Planerad för uppföljning i delrapport 2025.
107478 **Från rapport** 2023/01 Projektrapport	Ledningen bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.		**ÅR 2024** Arbete pågår, men rekommendationen är inte möjlig att följa upp enligt Karolinska. Planerad för uppföljning i delrapport 2025.