

Delrapport 2023

# Karolinska universitetssjukhuset

Karolinska universitetssjukhuset

**Delrapport 2023**  
**Karolinska universitetssjukhuset**

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 26 oktober överlämna rapporten till nämnden för Karolinska universitetssjukhuset för yttrande senast 2024-02-28.

I yttrandet önskar vi särskilt att nämnden utvecklar hur en strategi för ekonomi i balans på längre sikt kan säkerställas.

Annika Sandström  
ordförande  
*Elektronisk underskrift*

Anna Peterson  
samordnande administratör  
*Elektronisk underskrift*

## Sammanfattning

I denna rapport ges en lägesrapport utifrån de granskningar som genomförts hittills under året inkl. en översiktlig granskning av nämndens/styrelsens delårsrapport. Rapporten är en delrapportering inför den slutliga avrapporteringen och bedömningen i årsrapporten för 2023.

### Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Ett svårbedömt läge med ett krig i Ukraina och en kraftigt ökad inflation bidrar till en osäkerhet i de ekonomiska prognoserna för 2023.

Nämndens prognostiserade resultat uppgår till -600 mnkr, vilket är 644 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till den prognostiserade omsättningen är 2,3 procent. Avvikelser i förhållande till budget har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i delårsrapporten. Revisionen bedömer sjukhusets prognos för det ekonomiska resultatet som osäker.

I nämndens delårsrapport framkommer inget som innebär risk för att verksamheten inte kommer att kunna genomföras enligt fullmäktiges uppdrag och mål.

Revisionen bedömer nämndens prognos för de delar av det verksamhetsmässiga resultatet som ska prognostiseras i nämndens delårsrapport i allt väsentligt som rimlig. För delar av det verksamhetsmässiga resultatet där nämnden inte är ålagd att lämna prognoser kan resultatet inte bedömas.

### Intern styrning och kontroll

Revisionen ser positivt på att Karolinska under flera år utvecklat sina styrmodeller för ekonomi- och produktionsstyrning. Revisionen konstaterar vidare att nämndens har ett åtgärdsprogram för 2023 som uppgår till 395 mnkr, men att de effektiviseringsåtgärder som beslutats inte är tillräckliga för att nå resultatkravet under året.

Revisionen bedömer att det finns riktlinjer och rutiner för att säkerställa en tillräcklig styrning och intern kontroll inom de granskade processerna.

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

### Räkenskaper

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

## Innehållsförteckning

1. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat – prognos per 2023-08-31 .....	4
1.1. Ekonomi .....	4
1.2. Verksamhet .....	4
2. Intern styrning och kontroll.....	5
2.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning.....	5
2.2. Intern kontroll .....	10
2.3. Slutenvårdens vattenförsörjning .....	12
2.4. Inköp och upphandling .....	14
2.5. Ledningsnära kostnader och representation.....	14
2.6. Granskningar utan väsentliga iakttagelser.....	15
3. Räkenskaper.....	15
3.1. Delårsrapport 2023-08-31 .....	15
4. Yttrande över Årsrapport 2022 .....	15

Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare års lämnade rekommendationer till styrelsen

Bilaga 2 Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare år lämnade rekommendationer till ledningen

Bilaga 3 Yttrande över årsrapport 2022

# 1. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat – prognos per 2023-08-31

## 1.1. Ekonomi

Nämnden prognostiserade resultat, uppgår till -600 mnkr. Detta är 644 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 2,3 procent av omsättningen.

Intäkterna för helåret prognostiseras totalt till 27 393 mnkr vilket är 856 mnkr, 2,5 procent högre än budget. Det beror främst på ökade intäkter för utomlänspatienter och laboratorietjänster.

Kostnaderna för helåret prognosticeras totalt till 27 992 mnkr vilket är 1 500 mnkr, 5,4 procent, högre än budget. Personalkostnaderna beräknas för helåret till 821 mnkr över budget.

Ökade kostnader för löner kompenseras delvis av minskade kostnader för inhyrd personal. I övrigt förklaras avvikelsen från budget av högre inflation som påverkar flera kostnadsposter bl.a. material, sjukvårdstjänster och it-tjänster. Sjukhusets prognos bygger på att kostnadsutvecklingen ska minska från 6,1 procent under årets första sju månader till 5,6 procent på helårsbasis.

Periodens investeringar uppgår till 176 mnkr. För helåret 2023 är prognosen 630 mnkr, vilket understiger budget med 220 mnkr. Avvikelsen mellan prognos och budget beror enligt Karolinska på lägre upphandlingskapacitet och leveransproblem, men även på att befintlig utrustning har högre nyttjandegrad.

Revisionen noterar att Karolinska i delårsrapporten endast översiktligt har analyserat avvikelserna i prognosen för det ekonomiska resultatet inklusive risker jämfört med budget och, liksom föregående år, har revisionen inhämtat kompletterande information.

Karolinskas prognos per september för helåret 2023 är -600 mnkr, vilket är 644 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Nämnden skriver i delårsrapporten att förutsättningarna för att resultatkravet 2023 och senare ska kunna nås bygger på att en hög vårdproduktion upprätthålls och att effektiviseringsarbetet fortsätter på sjukhuset. Vidare räknar sjukhuset med att resultatet kommer att påverkas positivt av att balanseerade projektmedel på ca 240 mnkr resultatförs.<sup>1</sup> Sjukhusets resultat efter årets första åtta månader är -600 mnkr. Det innebär att sjukhuset måste klara ett nollresultat under resten av året. Revisionen bedömer därför sjukhusets prognos som osäker. Se avsnitt 2.1.

## 1.2. Verksamhet

I delårsrapporten är det enligt anvisningarna sju indikatorer, av totalt 41 indikatorer som berör Karolinska, där prognostiserad måluppfyllelse ska redovisas. Sex av indikatorerna hör till det nämnds specifika målet *En hälso- och sjukvård av god kvalitet*. Karolinskas bedömning är att sjukhuset kommer att nå målvärdet för två av indikatorerna vid årets slut. För en indikator är bedömningen att målvärdet delvis kommer att nås och för tre indikatorer att målvärdet inte kommer att nås under året. De tre

<sup>1</sup> P6. Prognos\_extern\_ack 202308\_v2\_till Styrelse och Ek.beredning 2023-09-27 presentation.pdf, underlag till § 6. Ekonomirapportering, protokoll, Karolinska universitetssjukhuset, K 2023-6943, 2023-09-28.

indikatorerna där Karolinska prognostiserar att målvärdet inte kommer nås handlar om tillgänglighet och är: medianväntetid till första läkarbedömning på akutmottagning, andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist samt andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist.

Bedömningen när det gäller det nämndspecifika målet *Kärnverksamhet ska prioriteras* är att indikatorn *administrativa kostnader ska minska* kommer att nå målvärde.

Prognosen för året när det gäller vårdproduktionen är att sjukhuset kommer producera fler öppenvårdsbesök jämfört med budget och färre slutenvårdsbesök jämfört med budget. Produktionen under våren har påverkats av regionens begränsning av inhyrd personal vilken lett till minskad kapacitet och därmed lägre produktion inom slutenvården. Därmed har köerna ökat inom interventions- och operationsverksamheterna.

Sjukfrånvaron har minskat under året jämfört med 2022. Det gäller särskilt korttidsfrånvaron.

I nämndens delårsrapport framkommer inget som innebär risk för att verksamheten inte kommer att kunna genomföras enligt fullmäktiges uppdrag och mål under året. Måluppfyllelsen har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i nämndens delårsrapport. Revisionen bedömer nämndens prognos för det verksamhetsmässiga resultatet i allt väsentligt som rimlig.

### **1.2.1. Uppföljning av IVO på Astrid Lindgrens Barnsjukhus**

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bedrev under 2022 nationell tillsyn av sjukhusvården och på Karolinska granskades bland annat patientsäkerheten på Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Solna. Efter genomförd tillsyn konstaterade IVO bland annat att Karolinska inte hade säkerställt ett tillräckligt antal disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet och att vårdskador uppstått på grund av det. Den främsta orsaken till bristen på disponibla vårdplatser bedömdes vara personalbrist när det gäller sjuksköterskor. IVO:s bedömning var att Karolinska inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård uppfylls (se vidare årsrapporten för 2022 för Karolinska).

Under 2023 har IVO följt upp situationen på Astrid Lindgrens Barnsjukhus för att kunna bedöma om Karolinska vidtagit åtgärder för att komma till rätta med bristen på disponibla vårdplatser och de patientsäkerhetsrisker som uppstått. Enligt IVO:s beslut<sup>2</sup> har situationen inte förbättrats när det gäller bristen på vårdplatser och patienter som vårdas på barnsjukhuset riskerar att inte få sina behov tillgodosedda när det gäller vård, tillsyn, omvårdnad, läkemedel samt mat och dryck. Om bristerna inte avhjälpas kan IVO fatta beslut om att förelägga Karolinska att vidta åtgärder. Föreläggandet kan förenas med vite.

## **2. Intern styrning och kontroll**

### **2.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning**

Revisionen har i ett pågående projekt granskat ekonomistyrningen vid akutsjukhusen. Granskningen omfattar Karolinskas planering och uppföljning samt nämndens hantering av ekonomiska avvikelser. En första avrapportering finns i delrapporten för respektive sjukhus. Granskningen kommer att avrapporteras i en projektrapport senare under revisionsåret samt i årsrapporterna för sjukhusen.

<sup>2</sup> IVO Beslut. Dnr 3.5.1-23188/2022-38. Daterat 2023-08-28.

## 2.1.1. Sjukhusets planering och uppföljning

### 2.1.1.1. Organisation och styrning

Granskningen visar att det finns ett ramverk för styrning av vårdproduktion och ekonomi inom Karolinska. Det består av en övergripande riktlinje som beskriver styrmodellen som sedan kompletteras av en riktlinje för produktionsplanering och mer specifika instruktioner för operations- respektive slutenvårdsplanering.

Karolinska har en matrisorganisation som är indelad i teman, funktioner och staber. Inom teman organiseras verksamheten i medicinska enheter och omvårdnadsområden i en så kallad tvåbent organisation, dvs. en separat chefslinje för omvårdnadsorganisationen. Medicinska enheter kan vara indelade i sektioner som består av ett eller flera patientflöden. De har ett helhetsansvar för vården av en eller flera patientgrupper. Teman är Akut och Reparativ medicin, Barn (Astrid Lindgrens barnsjukhus), Cancer, Hjärta, Kärl och Neuro, Inflammation och Åldrande samt Kvinnohälsa och Hälsoprofessioner.

Funktionerna svarar för medicinska tjänster genom interndebitering. Funktioner är Medicinsk Diagnostik Karolinska (MDK), Perioperativ medicin och Intensivvård (PMI) samt Barn Perioperativ medicin, Intensivvård och Transport. MDK där laboratorieverksamheten ingår säljer även tjänster externt.

### 2.1.1.2. Produktionsplanering

Inom Karolinska utgår ekonomistyrningen från vårdproduktionsplaneringen. För att uppskatta patientbehovet och definiera vilka patienter som ska få vård på Karolinska utgår cheferna från sjukhusets regionala och nationella högspecialiserade uppdrag. I omvärldsanalysen beaktas även andra vårdgivares kapacitet. När det gäller akuta flöden bedöms möjligheten att styra dessa till rätt vårdnivå.

Genom denna process fastställs preliminära uppdrag för teman i slutet av maj, och efter periodisering per vecka är de preliminära produktionsuppdragen för året klara i mitten av juni. Sedan genomförs kapacitetsdialoger mellan teman och funktioner för att specificera beställningar av laboratorietjänster, röntgen, operation och intensivvård. Slutgiltiga produktionsplaner fastställs i början av oktober. Dessa kvitteras mellan respektive tema-/funktionschef och sjukhusdirektören.

### 2.1.1.3. Produktionsplaneringen översätts till resultatkrav

När produktionsplanen fastställts översätts den till finansiella termer. Utifrån uppskattade externa intäkter beräknas ett genomsnittligt internt DRG-poängpris<sup>3</sup>, vilket bildar grund för rörlig ersättning till teman baserat på faktisk vårdproduktion. Funktioner debiterar internt för använda tjänster. Sjukhusgemensamma kostnader fördelas för bl.a. lokaler, fastighetsservice, medicinteknik och IT. Den rörliga produktionsersättningen täcker direkta och sjukhusgemensamma kostnader. Vissa enheter får därutöver en fast ersättning för grundbemanning och särskilda kostnader. Fast ersättning finns även för t.ex. grundbemanning på akutmottagningarna, läkemedelskostnader inom cancervården, precisionsmedicin och delar av barnsjukvården.

Sedan sätts resultatkrav för tema, funktion och stab. Resultatkraven kompletteras med målsatta nyckeltal genom att olika kostnader som t.ex. bemanning eller material relateras till ett produktionsmått som producerade DRG-poäng eller vårddygn. Teman och funktioner sätter resultatkrav för underliggande nivåer.

<sup>3</sup> Sjukhuset får ersättning per DRG-poäng. DRG står för diagnosrelaterade grupper. DRG-systemet innebär att patienters vårdkontakter med likartad diagnos och resursförbrukning grupperas i en och samma grupp (DRG) och ges en vikt.

Genom s.k. dimensionering ska vårdverksamheterna se över och säkerställa att bemanningen är anpassad till den planerade produktionen. Målet är att skapa förbättrade patientflöden och en smidigare vårdproduktion genom att gå från en tidigare bemanningsstyrd till en produktionsstyrd vårdprocess. Det handlar bl.a. om att definiera hur många patientbesök som en läkare förväntas ha per dag eller hur många dagar en patientgrupp behöver vårdas i genomsnitt. Dimensioneringsprocessen omsätts i justerade måttal för bemanning.

#### 2.1.1.4. Effektiviseringsåtgärder i verksamheten

I nästa steg gör verksamheterna en gapanalys där resultatkravet ställs mot nuvarande kostnadsnivå. Varje tema, funktion och stab tar utifrån detta fram effektiviseringsåtgärder för att resultatkravet ska nås. Åtgärderna behöver inte vara på plats från början, utan kan tas fram successivt under året. Det är upp till verksamheterna att besluta om vilka åtgärder som ska genomföras och se till att de är förankrade och möjliga att genomföra.

Effektiviseringarna som under 2023 ska göras på tema-, funktioner och staber handlar framför allt om att minska personalkostnaderna. Det ska ske genom att produktionen anpassas till dimensioneringen, men även genom att olika initiativ leder till en bättre arbetsmiljö. Detta förväntas ge en högre kvarstannandegrad och därmed sänkta rekryteringskostnader. Därutöver har s.k. behovsprövad ersättningsrekrytering införts.

Bland effektiviseringsåtgärderna ingår därutöver att kostnaderna för läkemedel och sjukvårdstjänster ska minska. Det handlar bl.a. om att ändrade beställningsmönster för diagnostiska undersökningar ska ge lägre kostnader samt att inte onödigt dyra läkemedel används. Även administrativa kostnader ska minska genom effektivare processer.

Totalt ska åtgärderna i verksamheterna innebära minskade kostnader med 250 mnkr varav 150 mnkr avser personalkostnader. Åtgärderna är inkluderade i budget (se avsnitt 2.1.2.1).

#### 2.1.1.5. Uppföljning

Sjukhusledningen har månatliga uppföljningsmöten med verksamheterna som fokuserar på produktion och ekonomi, med särskilda möten vid behov. I samband med uppföljningen görs en genomgång av vilka åtgärder som verksamheterna har tagit fram och man skiljer mellan ”planerade” och ”säkrade”. Kvartalsvis görs utökade uppföljningar som inkluderar personal, vårdkvalitet och forskning. Tre gånger om året görs prognoser för kommande 12 månader baserat på historiskt utfall med hänsyn till kända förändringar när det gäller vårdproduktion och pågående effektiviseringsåtgärder.

### 2.1.2. Nämndens hantering av avvikelser

Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset har ett övergripande ansvar för ekonomistyrningen. Det innebär att nämnden ska besluta om verksamhetsplan och budget. Nämnden ska vidare säkerställa att verksamhetsmålen kan nås inom beslutade ekonomiska ramar. Vid avvikelser ska nämnden vidta åtgärder, vilket framgår av regionens riktlinjer för styrning.

#### 2.1.2.1. Nämnden beslutar om åtgärdsprogram

Nämndens budgetarbete inför 2023 startade på nämndens möte i november 2022. Då konstaterade nämnden att det fanns risk för ett underskott på 1,5 miljarder kronor givet de förutsättningar som gavs i förslaget till budget för Region Stockholm.<sup>4</sup> Planerade

<sup>4</sup> Remissyttrande avseende Budget 2023 för Region Stockholm, m.m. RS 2022–0123, Karolinska universitetssjukhuset, K 2022–10241, 2022-11-21.



effektiviseringar i verksamheterna på 250 mnkr var inkluderade i beräkningen av underskottet. Nämnden gav i uppdrag till sjukhusledningen att till nästa möte återkomma med ett förslag till åtgärdsprogram som svarade mot resultatkravet.

Ett åtgärdsprogram presenterades på mötet i december. Det innehöll åtgärder på sammanlagt 310 mnkr för perioden 2023–2025, varav 145 mnkr avsåg 2023.<sup>5</sup> Åtgärderna för 2023 uppgår därmed till 395 mnkr. Tre av dessa åtgärder gällde minskade administrativa kostnader som införandet av automatiserad diktering och hemtagning av förvaltning av it-utrustning från Serviceförvaltningen. Därutöver ingick minskade bemaningskostnader samt olika aktiviteter relaterade till inköp respektive hyror och lokaler.

Underlaget för åtgärdsprogrammet som delgavs nämnden innehöll en översiktlig beskrivning av åtgärdsprogrammet utan konkretisering av åtgärder och beräkningar. Det fanns inget tjänsteutlåtande med analyser av konsekvenser för patientsäkerhet eller arbetsmiljö, som enligt nämndens styrdokument för ärendehantering ska framgå.<sup>6</sup>

Nämnden beslutade att uppdra till sjukhusledningen att genomföra åtgärdsprogrammet. På decembermötet gavs också ett uppdrag till sjukhusledningen att göra en genomlysning av verksamheten för att finna ytterligare effektiviseringsåtgärder.<sup>7</sup>

#### 2.1.2.2. Verksamhetsplan och budget 2023

Trots åtgärdsprogrammen på 395 mnkr finns det i budget en avvikelse på 387 mnkr jämfört med resultatkravet, vilket också nämnden återkom till vid januarimötet. Nämnden har i beräkningen tagit hänsyn till Karolinskas andel av det extra tillskott som den styrande mittenkoalitionen aviserat. Avvikelsen är dock egentligen 150 mnkr högre eftersom en hyreshöjning från Locum på detta belopp inte är medräknad i budget.

Nämnden informerades om detta på februarimötet.<sup>8</sup> Hyreshöjningen bestreds av Karolinska till regionledningskontoret som sedan beslutade att Karolinska skulle betala den ökade hyran.<sup>9</sup>

Nämndens beslut om budget och verksamhetsplan för 2023 på januarimötet kompletterades med ett uppdrag till sjukhusledningen att föra dialog med regionledningen om hur underskottet skulle hanteras och därefter återrapportera till nämnden.<sup>10</sup>

Regionfullmäktige beslutade i budgetavstämningsärendet i mars att tillföra akutsjukhusen ytterligare två miljarder kronor innevarande år.<sup>11</sup> Karolinskas andel av tillskottet uppgick till cirka 914 mnkr. När det gäller Karolinska uppmärksammade regionstyrelsen i avstämningsärendet att sjukhuset inte planerat tillräckliga effektiviseringsåtgärder. Karolinska uppmanades att i samband med tertialrapporten redovisa åtgärder för att säkerställa att resultatkravet för perioden 2023–2025 uppnås.

#### 2.1.2.3. Nämndens fortsatta hantering av effektiviseringsåtgärder

På aprilmötet fick nämnden ett underlag där det framgick att läget hade försämrats jämfört med budget. Nämnden noterade i protokollet för aprilmötet att man bedömer att sjukhuset inte kommer att nå resultatkravet utan ytterligare åtgärder. Nämnden beslutade utifrån informationsärendet att ett anställningsstopp för administrativ personal

<sup>5</sup> § 11. Prognos 2023 med förslag till åtgärder, beslut, Karolinska universitetssjukhuset, K 2022-10607, 2022-12-12.

<sup>6</sup> Mall för beslutsunderlag, bilaga 1, Riktlinje för beslutsunderlag till styrelsen, K51323-1, 2022-11-17.

<sup>7</sup> § 11. Prognos 2023 med förslag till åtgärder, beslut, Karolinska universitetssjukhuset, K 2022-10607, 2022-12-12.

<sup>8</sup> § 9. Ekonomirapportering, protokoll, Karolinska universitetssjukhuset, K 2023-1351, 2023-02-17.

<sup>9</sup> Hyresrådets beslut avseende fastställande av ersättning för nyttjande av Karolinska Universitetssjukhuset för år 2023, RS 2023-0341, 2023-05-03.

<sup>10</sup> § 11. Verksamhetsplan 2023, beslut, Karolinska universitetssjukhuset, K 2023-0200, 2023-01-27.

<sup>11</sup> § 24. Avstämning av Budget 2023 för Region Stockholm, RS 2022-0638, 2023-03-20.

skulle införas.<sup>12</sup> Av protokollet framgår även att sjukhusledningen ska återkomma i samband med tertialrapporten i maj med åtgärder för att nå resultatkravet.

På majmötet redogjorde sjukhusledningen för läget när det gäller effektiviseringsåtgärderna. Det framkom i presentationen till nämnden att av de sjukhusövergripande åtgärderna på 145 mnkr beräknades 103 mnkr att klaras, 10 mnkr var osäkra och 33 mnkr skulle inte kunna nås. Vidare bedömdes 200 mnkr av totalt 250 mnkr som ska genomföras av teman, funktioner och staber som osäkra<sup>13</sup>. Inga orsaker angavs till varför åtgärdsprogrammet inom verksamheterna inte gick enligt plan.

Nämnden noterade i protokollet för majmötet att årets resultatkrav inte bedömdes kunna uppnås. Vidare upprepades uppdraget till sjukhusledningen att ta fram åtgärder, med preciseringen att det skulle vara utifrån ”fastställda inriktningar avseende personalåtgärder, restriktiv inhyrning samt oförutsedda lokalkostnader”.

Nämnden har fått återrapportering av status för de pågående effektiviseringsåtgärderna. Det framgår dock inte av protokollen om sjukhusledningen, utöver beslut om anställningsstopp, har återkommit med förslag på ytterligare åtgärder. Dialogen med regionledningen har inte återrapporterats.

Karolinska har inte följt regionstyrelsens uppmaning om att återkomma med ytterligare åtgärder i tertialrapporten. Men revisionen noterar att Karolinska den 12 juni lade ett varsel på 450 administrativa tjänster. Exakt hur många personer som kan komma att sägas upp väntas vara klart i slutet av hösten.

#### 2.1.2.4. Utmanande ekonomiskt läge

Nämnden beskriver i delårsrapporten det ekonomiska läget som utmanande. Prognosen visar på ett negativt resultat för helåret på -600 mnkr, vilket är 644 mnkr lägre än resultatkravet. Nämnden skriver att förutsättningarna för att resultatkravet 2023 och senare ska kunna nås bygger på att en hög vårdproduktion upprätthålls och att förbättringsarbetet fortsätter på sjukhuset (se avsnitt 1.1).

Några nya åtgärder nämns i delårsrapporten, men det står inget om förväntade effekter. Karolinska redovisar att sjukhuset t.o.m. augusti har ett utfall på 79 mnkr av de åtgärdsprogram på 395 mnkr som fanns i budget Sjukhusets resultatprognos i delårsrapporten på att åtgärderna ger ett utfall på 369 mnkr för helåret.

Regionens styrdokument anger att nämnder och bolag som bedömer att förutsättningarna för verksamheten har förändrats så att resultatkrav inte kan nås, ska göra en framställan till regionstyrelsen.<sup>14</sup> Regionstyrelsen ska sedan bedöma om skrivelsen ska vidarebefordras till regionfullmäktige för ställningstagande. Nämnden beslutade på mötet i september att anmäla den negativa prognosen för helårsresultatet till regionstyrelsen för godkännande. Regionledningskontoret har meddelat att ingen formell framställan behövs.

#### 2.1.3. Bedömning

Revisionen ser positivt på att Karolinska under flera år utvecklat sina styrmodeller. Revisionen konstaterar att Karolinska har ett sammanhållet ramverk för övergripande planering och uppföljning av produktion och ekonomi som även innefattar modeller för kapacitetsplanering. Revisionen noterar att den modell för produktionsplanering som

<sup>12</sup> § 9. Ekonomirapportering, protokoll, Karolinska universitetssjukhuset, K 2023-3337, 2023-04-24.

<sup>13</sup> P10. status effektiviseringsåtgärder - styrelsemöte 29 maj.pdf, underlag till § 10. Ekonomirapportering, protokoll, Karolinska universitetssjukhuset, K 2023-4391, 2023-05-29.

<sup>14</sup> Integrerad ledning och styrning av Region Stockholm (ILS), RS 2022-0123, RS 2020-0740, s. 12.

Karolinska har utvecklat ska införas på alla akutsjukhus som drivs i egen regi för att åstadkomma en effektivare användning av tillgänglig kapacitet inom regionen.<sup>15</sup>

Karolinskas styrmodell innebär att verksamheterna erhåller rörliga intäkter utifrån producerad vårdvolym. Därmed får de incitament att öka sin vårdproduktion. Revisionen ser dock att fokus på styrning av verksamheten utifrån produktion och ökade intäkter kan innebära en risk att tillräcklig hänsyn inte tas till de kostnadsanpassningar som behöver göras.

Revisionen konstaterar vidare att nämnden har åtgärdsprogram, men att de effektiviseringsåtgärder som beslutats under året inte varit tillräckliga för att nå resultatkravet. Revisionen bedömer att Karolinska behöver säkerställa att sjukhuset tidigt under året har ett åtgärdsprogram som innebär att resultatkravet kan nås. Vidare behöver åtgärder som tas fram vara kvalitetssäkrade för att tillräcklig effekt ska kunna nås i tid.

Nämnden har flera gånger efterfrågat att sjukhusledningen ska återkomma med ytterligare åtgärder för att resultatkravet ska nås 2023. Även om det inte reflekteras genom återrapportering i nämndens protokoll, har sjukhuset infört ett anställningsstopp för administrativa tjänster i maj och i juni lades ett varsel på 450 tjänster inom samma område. Åtgärderna förväntas framför allt ge effekt under 2024, men storleksordningen har ännu inte redovisats. Revisionen vill understryka vikten av att de uppdrag som nämnden ger till sjukhusledningen också återrapporteras i protokoll så att nämndens styrning går att följa.

Revisionen noterar att underlaget för nämndens beslut om åtgärdsprogram i december 2022 var på en övergripande nivå utan konsekvensanalyser. Revisionen bedömer att det är viktigt att nämndens arbete med effektiviseringsåtgärder baseras på väl underbyggda analyser som belyser konsekvenser för verksamhet och ekonomi. Därmed förbättras förutsättningarna för transparens och spårbarhet i nämndens beslutsfattande.

Revisionen konstaterar att det finns faktorer utanför sjukhusets rådighet som påverkar det ekonomiska läget. Det handlar framför allt om en hög inflation. Därutöver har den restriktiva inhyrning en viss negativ effekt på intäkterna. Revisionen har vidare noterat det informella önskemål som den styrande koalitionen uppges ha framfört om att det inte ska göras några minskningar av vårdpersonal. Revisionen konstaterar samtidigt att nämnden inte har tagit uttrycklig ställning till om det går att genomföra ytterligare effektiviseringsåtgärder utöver de som är beslutade.

### **Rekommendationer:**

- Nämnden bör säkerställa att tillräckliga effektiviseringsåtgärder vidtas med beräknade effekter för att nå resultatkravet och en ekonomi i balans även på längre sikt.
- Nämnden bör säkerställa att beslut med konsekvenser för verksamhet och ekonomi, som exempelvis effektiviseringsåtgärder, baseras på väl underbyggda analyser.

## **2.2. Intern kontroll**

### **2.2.1. Riskanalys och plan för intern kontroll 2023**

Revisionen har under de senaste åren följt Karolinskas arbete med att stärka den interna kontrollen på sjukhuset. I samband med delårsgranskningen 2022 konstaterade

<sup>15</sup> Tertialrapport, Karolinska universitetssjukhuset, K 2023-4453, 2023-05-29.

revisionen att sjukhusledningen fortsatt arbetet med att stärka och utveckla den interna kontrollen samt arbetet med risker. Revisionen noterade att det återstod för sjukhuset att fastställa en tillämpningsanvisning för intern kontroll och riskhantering samt att se till att sjukhusövergripande information om intern kontroll finns på intranätet.

Under 2023 har Karolinska lagt till information om intern kontroll och riskhantering på intranätet. Där finns information om syftet med intern kontroll, hänvisning till COSO-modellen samt hur Karolinska arbetar med intern kontroll och riskhantering. Det finns också en länk till den tillämpningsanvisning för intern kontroll och riskhantering som Karolinska fastställt under året. Tillämpningsanvisningen beskriver hur arbetet med intern kontroll och riskhantering utförs på Karolinska och bygger på regionens riktlinje för intern kontroll.<sup>16</sup>

Karolinska har tagit fram en riskanalys och en plan för intern kontroll för 2023. Av delårsuppföljningen av plan för intern kontroll framgår att sjukhuset arbetar med riskerna enligt samma process som tidigare år. Det innebär att riskerna uppdateras fyra gånger per år med en större genomgång i samband med delåret där tema-/ funktions- och stabschefer genomför en riskanalys och efter det uppdateras den sjukhusövergripande analysen. Inför verksamhetsplan, verksamhetsberättelse samt tertialrapport uppdateras riskerna direkt med respektive riskägare och förändringarna rapporteras till sjukhusledning, ekonomiberedning och nämnd.

För att förenkla och tydliggöra har en gemensam mall för alla typer av riskbedömningar på sjukhuset tagits fram under året.

### **2.2.2. Genomgång av interna processer**

I samband med delårsgranskningen föregående år framkom att ansvarig för internkontrollarbetet planerade att göra genomgångar av Karolinskas större processer (ex. investeringar och inköp) där nyckelkontroller och risker skulle identifieras och där kontrollerna sedan skulle testas. Syftet med genomgångarna var att identifiera vilka kontroller som behöver genomföras av verksamheten för att säkerställa en tillräcklig intern kontroll. Det är verksamheterna som ska utföra kontrollerna.

Det sammanlagda resultatet av processgenomgångarna visar att inköpsprocessen fortfarande har brister som behöver åtgärdas. I sjukhusets riskanalys finns risken ”Inköpsprocessen” och denna risk ligger i delåret kvar på samma bedömning (riskvärde 9) som vid framtagandet av plan för intern kontroll. Sjukhusets genomgång visar att det förekommer mindre brister i investeringsprocessen.

De kontroller där Karolinska har identifierat brister inom investeringsprocessen gäller uppföljning av investeringar samt verifiering av att organisationen följer investeringsprocessen. Revisionen kommer att granska investeringsprocessen under året.

### **Bedömning**

Under året har Karolinska fortsatt att arbeta med den interna kontrollen på det sätt som utvecklades under 2022. Revisionen konstaterar att tillämpningsanvisningen är fastställd samt att informationen på intranätet är uppdaterad. Ansvarig för internkontrollarbetet på sjukhuset har också genomfört genomgångar av investerings- samt inköpsprocesserna och testning av de identifierade kontrollerna har skett under året. Revisionens bedömning utifrån den granskning som gjorts är att arbetet med intern kontroll i allt väsentligt är tillräckligt och i överensstämmelse med gällande riktlinjer inom regionen.

<sup>16</sup> RS 2022-0326

Sjukhusets egen genomgång av processer visar att den interna kontrollen fortsatt behöver stärkas när det gäller inköp, vilket revisionen tidigare pekat på (se avsnitt 2.4).

### 2.3. Slutenvårdens vattenförsörjning

Tillgången till rent vatten är en av de viktigaste förutsättningarna för att bedriva hälso- och sjukvård. Avbrott i vattenförsörjningen eller otjänligt vatten riskerar att skapa allvarliga störningar i vården. Revisionen har därför granskat om arbetet med att säkerställa slutenvårdens tillgång till vatten sker så att det finns förmåga att förebygga, motstå och hantera störningar. Granskningen av de centrala förvaltningarna redovisas i revisionens rapport Slutenvårdens vattenförsörjning<sup>17</sup>. Av sekretesskäl redovisas inte iakttagelser och bedömningar för enskilda vårdgivare, utan resultatet av granskningen återrapporteras på en generell nivå.

Region Stockholm är, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap<sup>18</sup>, skyldig att säkerställa att vattenförsörjningen är tryggad vid regionens vårdinrättningar, även i bristsituationer. Det är dock kommunerna som ansvarar för vattenförsörjningen i samhället genom lagen om allmänna vattentjänster<sup>19</sup>. Kommunerna tolkar dessutom lagen olika, vilket innebär att sjukvården prioriteras olika vid störningar i vattenleveransen beroende på i vilken kommun sjukhuset befinner sig. Region Stockholm ansvarar för vatten från tomtgräns till verksamheterna genom Locum AB.

Enligt fullmäktiges verksamhetspecifika mål ska samtliga nämnder och bolag ha förmåga att hantera extraordinära händelser<sup>20</sup>, vilket för vårdgivarna innebär att minimera de negativa konsekvenserna för vården vid en störning. Vattenförsörjningen kan drabbas av olika typer av störningar vilket, baserat på omständigheterna, kräver olika former av åtgärder för att upprätthålla vården.

Vid kontaminerat vatten ser beredskapen olika ut beroende på vilken typ av kontaminering som inträffat. Förutsättningarna att hantera kontaminerat vatten skiljer sig mellan de olika vårdgivarna. T.ex. ger tillgång till storkök bättra förutsättningar för att koka vatten och viss typ av verksamhet med behov av särskild rening har installerade system för rening redan vid ordinarie drift.

Om vattentrycket sjunker i huvudledningen har majoriteten av sjukhusen egna tryckstegringspumpar för att hela fastigheten ska kunna försörjas med vatten. Sjukhus utan tryckstegringspumpar är beroende av att kommunen levererar vattnet med ett visst tryck för att även de övre våningsplanerna ska ha vattenförsörjning. Idag tas inte hänsyn till detta vid placering av verksamhet i fastigheterna. Det innebär att vattenkrävande verksamheter som t.ex. sterilcentral kan vara placerad högt upp i fastigheterna oaktat om tryckstegringspump är installerad eller ej.

En helt utebliven vattenleverans orsakar snabbt stora problem i slutenvården. För verksamheter som saknar en egen vattenkälla kan situationen under dagtid bli kritisk redan efter en timme. Blir avbrottet långvarigt krävs evakuering av patienter. Försvinner vattnet i ett större område resulterar det sannolikt även i ett ökat inflöde av patienter till slutenvården bl.a. till följd av att den kommunala omsorgen och vårdcentralerna inte längre kan fullfölja sina uppdrag.

<sup>17</sup> Projektrapport 1/2023, Slutenvårdens vattenförsörjning (RK 2023-0033)

<sup>18</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22)

<sup>19</sup> Budget 2023 för Region Stockholm (RS 2022-0123)

<sup>20</sup> Budget 2023 för Region Stockholm (RS 2022-0123)

I normalläget förbrukar akutsjukhusen cirka 650 liter vatten per dygn och vårdplats och geriatrisk slutenvård cirka 250 liter vatten per dygn och vårdplats. Vid framtagandet av nödvattenplan har vårdgivarna uppskattat ett nödvattenbehov om 50–170 liter vatten per dygn och vårdplats. Det saknas kunskap om vad vattnet, vid ordinarie drift, används till och är därför oklart hur stor påverkan blir på sjukvården eller tekniska funktioner om verksamheterna behöver övergå till nödvatten.

Region Stockholms nämnder och bolag ska enligt Riktlinje Krisberedningsplan och Regional katastrofmedicinsk beredningsplan för Region Stockholm genomföra risk- och sårbarhetsanalyser samt arbeta förebyggande med kontinuitetshantering för att hantera identifierade risker. Samtliga vårdgivare har lämnat in risk- och sårbarhetsanalyser till regionledningskontoret i enlighet med riktlinjen. Samtliga vårdgivare har också, vid tillfället för granskningen, lyft störningar i vattenleveransen i sina respektive risk- och sårbarhetsanalyser.

Trots att det finns stora likheter mellan de risker som vårdgivarna utsätts för kopplat till vattenförsörjningen, och de åtgärder som behövs för att begränsa konsekvenserna av en störning, sker samverkan eller koordinering mellan vårdgivare endast i begränsad utsträckning. Varje vårdgivare förväntas identifiera och värdera risker på egen hand. Material som tagits fram av en vårdgivare delas inte med de övriga. Det gäller även kontinuitetsplanering där evakuering av patienter till andra vårdgivare kan vara en åtgärd.

Utöver risk- och sårbarhetsarbete pågår ett kontinuerligt arbete med att, i olika omfattning, genomföra lokala övningar. Eftersom störningar i vattenleveransen kan uppstå med stor variation i allvarlighetsgrad, betonar de granskade vårdgivarna vikten av att öva på beredskapsorganisationens beslutsförmåga samt tydlig ansvarsfördelning mellan vårdgivaren och Locum. Övningarna har t.ex. resulterat i kontinuerligt uppdaterade kontaktlistor, planering för logistiken kring nödvatten, vilka volymer det är möjligt att hantera och behovet av lokalt dricksvattenlager.

### **Bedömning**

Revisionen bedömer att arbetet med att begränsa påverkan på vården i händelse av en störning på vattenleveransen har påbörjats hos samtliga vårdgivare. Varken vårdgivare eller Locums representanter känner dock till vad vattnet används till, och revisionen menar att detta inte ger förutsättningar för rimliga bedömningar av konsekvenserna av en störning.

Trots att risker och åtgärder till stora delar är de samma konstaterar revisionen att samverkan mellan vårdgivare endast sker i begränsad utsträckning. Det innebär onödigt arbete och lägre kvalitet på analyserna än vad som kunde varit fallet. Revisionen noterar att även övningarna är lokala, vilket medför att det inte sker någon kvalitets-säkring av vårdgivarnas kontinuitetsplanering, som till stor del bygger på evakuering till andra vårdgivare.

Sammanfattningsvis bedömer därför revisionen att arbetet med vattenförsörjningen behöver stärkas på ett par punkter för att förbättra sjukvårdssystemets förmåga att förebygga, motstå och hantera störningar.

### **Rekommendationer**

- Ledningen för sjukhuset bör säkerställa att kunskapen ökar kring hur konsekvenserna av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet.
- Ledningen för sjukhuset bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.

## 2.4. Inköp och upphandling

Revisionen har i samband med delårsgranskningen följt upp Karolinskas arbete inom inköp och upphandling. Bakgrunden är fyra rekommendationer som lämnades 2017 inom inköp och upphandling. Rekommendationerna har följts upp årligen och tre av dem återstår. Bedömningen vid uppföljningen 2022 var att de riktlinjer och rutiner som sjukhuset tidigare beslutat om behövde få genomslag i tillämpning. Den interna kontrollen avseende inköp och upphandling behövde liksom tidigare år stärkas. Sjukhuset behövde framför allt se till att det på ett enkelt sätt går att verifiera att det finns avtal om inköp för de fakturor som godkänts och betalats för att kunna säkerställa att dessa stämmer överens med avtalade priser. Även dokumentationen av direktupphandlingar behövde stärkas så att den överensstämmer med sjukhusets rutiner och regionens riktlinjer.

Rekommendationerna bedömdes vara delvis åtgärdade.

Årets granskning visar att riktlinjer, rutiner samt arbetssätt vid inköp och upphandling i allt väsentligt är oförändrade jämfört med föregående år.

En förändring jämfört med föregående år är att det numera finns en uppföljningsrapport för inköp i sjukhusets visualiseringsverktyg (Tableau). Syftet med rapporten är att möjliggöra för verksamhet och kontrollrar att göra kontroller och uppföljning av inköp. Det saknas dock en utarbetad rutin för hur och när uppföljning och kontroll ska ske.

Rutinen för betalning av leverantörsfakturor är förändrad jämfört med föregående år eftersom tjänsten Betalkontroll är implementerad för svenska leverantörer. Betalkontroll är en tjänst som syftar till att undvika felaktiga utbetalningar. För utländska leverantörer sker betalningen på samma sätt som tidigare.

När det gäller stickprovsgranskningen har sammanlagt 32 stickprov tagits inom ledningsnära kostnader och representation, inköpsfakturor inom anläggningstillgångar samt för de beloppsmässigt största leverantörerna. En del av stickproven visar på avvikelser, bland annat att underlag (exempelvis investeringsbeslut eller deltagarförteckning) saknas eller att attestanten inte är oberoende.

Som nämnts ovan (se avsnitt 2.2.2) har sjukhuset genomfört en genomgång av inköpsprocessen och det sammanlagda resultatet visar att inköpsprocessen fortfarande har brister som behöver åtgärdas. Med anledning av genomgången av inköpsprocessen har inköpsavdelningen tagit fram en åtgärdsplan för att förbättra processen.

### Bedömning

Rekommendationerna bedöms, liksom 2021 och 2022, som delvis åtgärdade. Sjukhuset har fortsatt vidta åtgärder, bland annat har en uppföljningsrapport samt en åtgärdsplan tagits fram vilket revisionen bedömer kan förbättra kontroll och uppföljning på sikt. Sjukhusets egen genomgång av inköpsprocessen samt stickproven som revisionen granskat visar dock att den interna kontrollen kopplad till inköp och upphandling även fortsatt behöver stärkas.

## 2.5. Ledningsnära kostnader och representation

Revisionen har granskat sjukhusets rutiner för ledningsnära kostnader och representation. Granskningen omfattar s.k. förtroendekänsliga fakturor. Ett stickprov på 16 fakturor har tagits för att kontrollera att de är korrekt attesterade och att attestbehörigheterna är uppdaterade. Granskningen har visat att de ledningsnära kostnaderna har en rimlig omfattning och inriktning. Stickprovet visade avvikelser för 9 av 16 fakturor.

Det handlar om att det saknades fullständiga underlag (t.ex. deltagarförteckning), att konteringar var felaktiga samt att fakturor inte var attesterade av en oberoende part.

Avvikelserna är dock av en något mindre omfattning jämfört med tidigare granskningar.

### **Bedömning**

Revisionen konstaterar att den interna kontrollen av attesthantering och förtroendekänsliga poster har blivit något bättre, men att det fortfarande finns ett behov av förbättringar. Rekommendationen kvarstår om att ledningen bör stärka den interna kontrollen för att säkerställa att erforderliga underlag bifogas s.k. förtroendekänsliga poster.

## **2.6. Granskningar utan väsentliga iakttagelser**

Revisionen har granskat delegationsordningen för Karolinska universitetssjukhuset samt nämndens beredningar utan några väsentliga iakttagelser. Även intäktprocessen, löneprocessen samt anläggningsredovisningen har granskats utan väsentliga iakttagelser.

## **3. Räkenskaper**

### **3.1. Delårsrapport 2023-08-31**

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

I granskningen har det inte kommit fram några omständigheter som ger anledning att anse att delårsrapporten inte, i allt väsentligt, är upprättad i enlighet god redovisningssed och de regioninterna anvisningarna.

## **4. Yttrande över Årsrapport 2022**

Nämnden har 2023-05-29 lämnat yttrande över revisionens årsrapport för 2022. Nämnden har inte i sitt yttrande framhållit synpunkter som avviker från revisionens synpunkter i rapporten.



## Vad gör regionrevisorerna?

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

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

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

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

**Hemsida:** [www.regionstockholm.se](http://www.regionstockholm.se)

Regionrevisorerna

## Rekommendationer till nämnd/styrelse – Delår 2023

### Karolinska Universitetssjukhuset

#### Inköp och upphandling

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29823 <b>Från rapport</b> 2017 Årsrapport <b>Tidigare ID</b> 1127	Nämnden bör skyndsamt säkerställa att regelverk och rutiner för kontroll och uppföljning av inköp och beställningar förstärks och efterlevs i alla led inte minst med oberoende kontroller av fakturerade kostnader, dvs kontroll av faktura mot avtal/ramavtal. Detta gäller särskilt oberoende kontroller av fakturerade konsultkostnader och kostnader för inhyrd personal.	●	<b>Delår 2023</b>  Under året har sjukhuset tagit fram en rapport i Tableau som ska underlätta kontroll och uppföljning. Det saknas dock en utarbetad rutin för hur och när uppföljningen ska ske. Under året har även en genomgång av inköpsprocessen genomförts och brister har noterats. Revisionen bedömning är att den interna kontrollen kopplat till inköp i likhet med tidigare år behöver stärkas. Rekommendationerna kvarstår därför som delvis åtgärdade.
29829 <b>Från rapport</b> 2017 Årsrapport <b>Tidigare ID</b> 1218	Nämnden bör säkerställa att undantag från konkurrensutnyttjande i upphandlingslagstiftningen tolkas restriktivt.	●	<b>Delår 2023</b>  Under året har en genomgång av inköpsprocessen genomförts av sjukhuset och brister har noterats. Revisionen bedömning är att den interna kontrollen kopplat till inköp i likhet med tidigare år behöver stärkas. Rekommendationerna kvarstår därför som delvis åtgärdade.
29839 <b>Från rapport</b> 2017 Årsrapport <b>Tidigare ID</b> 1231	Nämnden bör säkerställa att rutiner och arbetsätt för dokumentation av direktupphandlingar uppfyller krav i lagstiftning.	●	<b>Delår 2023</b>  Under året har en genomgång av inköpsprocessen genomförts av sjukhuset och brister har noterats. Revisionen bedömning är att den interna kontrollen kopplat till inköp i likhet med tidigare år behöver stärkas. Rekommendationerna kvarstår därför som delvis åtgärdade.

## Regionrevisorerna

**IT/informationssäkerhet**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29851 <b>Från rapport</b> 2018/8 Projektrapport <b>Tidigare ID</b> 1362	Nämnden bör säkerställa att det grundläggande systematiska informationssäkerhetsarbetet omfattar samtliga verksamheter på alla nivåer.	●	<b>ÅR 2022</b>  Karolinska rapporterar compliance-deklarationer i stor utsträckning har utförts, men att handlingsplanen för informationssäkerhet inte är genomförd fullt ut. Vidare visar revisionens granskning i samband med årsrapporten att Karolinska endast delvis säkerställer följsamhet till det s.k. NIS-direktivet om cybersäkerhet för samhällsviktiga tjänster. Revisionen bedömer sammantaget att Karolinska behöver fortsätta att utveckla det systematiska informationssäkerhetsarbetet för att säkerställa kontinuitet och följsamhet från central nivå ut till enskilda verksamheter. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
29852 <b>Från rapport</b> 2018/8 Projektrapport <b>Tidigare ID</b> 1363	Nämnden bör säkerställa att samtliga anställda genomgår regionens utbildning för informationssäkerhet.	●	<b>ÅR 2022</b>  Uppföljningen visar att under 2022 har 66 procent av de anställda genomfört utbildningen. Revisionen bedömer att Det bör vara möjligt för Karolinska att nå 90 procent. Karolinska planerar fortsatta informationsinsatser till chefer och medarbetare. Uppföljning av deltagande ska ske månadsvis 2023. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
97667 <b>Från rapport</b> 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.	—	<b>ÅR 2022</b>  Ny rekommendation från årsrapport 2022.

## Regionrevisorerna

**Personal**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29870 <b>Från rapport</b> Projektrapport 2018/11 <b>Tidigare ID</b> 1446	Nämnden bör ta fram indikatorer som gör det möjligt att följa utvecklingen av arbetsmiljön över tid.	●	<b>Delår 2023</b>  Nämnden tar del av flera olika typer av indikatorer kopplade till arbetsmiljön. Det handlar bland annat om uppgifter från HR om personalomsättning och sjukfrånvaro samt resultatet från medarbetarundersökningen. I den övergripande riskanalysen för sjukhuset finns arbetsmiljö med som en risk. Inom ramen för det systematiska arbetsmiljöarbetet har sjukhuset under året tagit fram en tillämpningsanvisning för systematiskt arbetsmiljö samt för årlig uppföljning av arbetsmiljö. Revisionen bedömer att sjukhuset utvecklat sitt arbete inom arbetsmiljö och indikatorer. Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.

**Säkerhet**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29862 <b>Från rapport</b> 2018 Årsrapport <b>Tidigare ID</b> 1435	Nämnden bör säkerställa att risk- och sårbarhetsanalys samt kontinuitetsplanering genomförs.	●	<b>Delår 2023</b>  Karolinska uppdaterar regelbunden sin risk- och sårbarhetsanalys. Vidare finns en policy för kontinuitetsplanering och ett strukturerat arbete med implementering av policyn. Karolinska utvecklar löpande sin kontinuitetsplanering. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.

Regionrevisorerna

## Rekommendationer till ledning – Delår 2023

Karolinska Universitetssjukhuset

### Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
77975 Från rapport 2021 Årsrapport	Ledningen bör på övergripande nivå löpande följa upp arbetet med risker och avvikelser samt hur inrapporteringen ser ut för olika yrkeskategorier	●	<b>Delår 2023</b>  Sjukhuset följer regelbundet upp risker och allvarliga avvikelser i patientdialoger med ansvariga chefer. Inom teman/funktioner har processerna förtydligats när det gäller hur avvikelser hanteras och följs upp inom enheterna. Digitala stöd har utvecklats. Rapporteringen i HändelseVis kan följas i antal, per enhet och yrkesgrupp. Avvikelser som inte är avslutade följs upp för att förhindra att de blir liggande utan att åtgärdas. Ärenden från Patientnämnden har under året digitaliserats så att verksamhetschefer snabbare får tillgång till dem. Ett digitalt stöd till verksamhetschefer för att identifiera patienter med avvikande vårdförlopp har utvecklats i Tableau. Den digitala uppföljningen av riskbedömningar i realtid, i form av den så kallade realtidstavlan, har utökats med kontinuerliga mätningar av de utförda riskbedömningarna för multiresistenta bakterier för att cheferna ska få bättre uppföljningsmöjligheter. Karolinska har utvärderat effekten av realtidstavlan för till exempel fall, som är något som mäts kontinuerligt, och resultatet är att användandet av realtidstavlan ökar andelen riskbedömningar. Eftersom Karolinska fortsatt att förbättra sina rutiner och processer kopplade till risker och avvikelser inom vårdverksamheten samt att det nu går att se hur inrapporteringen ser ut för olika yrkeskategorier gör att revisionen bedömer att

## Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			rekommendationen är åtgärdad.

**IT/informationssäkerhet**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29845 <b>Från rapport</b> 2018 Delrapport <b>Tidigare ID</b> 1319	Ledningen bör vidta åtgärder så att genomförande av egenkontroller och riskanalyser prioriteras av verksamheterna när det gäller efterlevnad av GDPR.	●	<b>ÅR 2022</b>  Revisionen noterar att Karolinska har en pågående översyn av organiseringen av arbetet med dataskydd. Karolinska anger att inom ramen för detta ska ansvar tydliggöras inklusive hur arbetet med dataskydd hänger samman med det systematiska informationssäkerhetsarbetet. Revisionens uppföljning visar att ledningen därutöver behöver säkerställa att det sker en regelmässig kontroll av hur GDPR efterlevs i verksamheterna. Rekommendationen bedöms vara delvis uppfylld.
29883 <b>Från rapport</b> 2019 Delrapport <b>Tidigare ID</b> 1556	Ledningen bör säkerställa att rutiner för hantering av behörigheter i journalsystemet Take Care är kända i verksamheten och kontrollera att de följs.	●	<b>Delår 2023</b>  En kontrollfunktion har etablerats inom TakeCare-förvaltningen. Dagligen tas en fil fram som visar vilka som har slutat. Om vederbörande har behörighet till TakeCare tas den bort av TakeCare-förvaltningen. Ett arbete pågår med att rensa vilande behörigheter. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
97668 <b>Från rapport</b> 2022 Årsrapport	Ledningen bör utveckla rutiner för systematisk uppföljning av att informationssäkerhetsutbildningar genomförs av alla anställda.	—	<b>ÅR 2022</b>  Ny rekommendation från årsrapport 2022.
97669 <b>Från rapport</b>	Ledningen bör säkerställa att det finns en systematik så att kontinuitetsplaner övas regelbundet med avseende på informationssäkerhet.	—	<b>ÅR 2022</b>  Ny rekommendation från årsrapport 2022.


## Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2022 Årsrapport			

**Oegentligheter**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97670 <b>Från rapport</b> 2022 Årsrapport	Ledningen för Karolinska bör säkerställa att samtliga anställda anmäler i Heroma om de har bisyssla eller inte, enligt gällande riktlinjer och anvisningar.	–	<b>ÅR 2022</b>  Ny rekommendation från årsrapport 2022.

**Personal**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
73439 <b>Från rapport</b> 2021/06 Projektrapport	Ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset behöver säkerställa att det finns en aktuell och sjukhusövergripande kompetensförsörjningsplan som grund för en långsiktig strategisk planering.		<b>Delår 2023</b>  Karolinska har tagit fram en kompetensförsörjningsrapport under 2022. Den innehåller analyser av nuläge och förväntad utveckling framåt. För yrkesgrupper där Karolinska gör analysen att kompetensbrist råder idag eller kommer råda i framtiden finns särskilda fördjupningsavsnitt där olika uppgifter analyserats och som innehåller en sammanfattande analys samt rekommendationer. Eftersom rapporten är framtagen gör revisionen bedömningen att rekommendationen är åtgärdad.

## Regionrevisorerna

**Räkenskaper**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
38387 <b>Från rapport</b> 2019 Årsrapport	Ledningen för Karolinska universitetssjukhuset rekommenderas att säkerställa att poster för externa projekt är balansgilla och att det finns underlag som visar på detta.	●	<b>Delår 2023</b>  Karolinska har förbättrat sin rutin. Revisionen har inte identifierat några felaktigheter i de stickprov som tagits under granskningen. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
67875 <b>Från rapport</b> 2021 Delrapport	Ledningen bör stärka den interna kontrollen för att säkerställa att erforderliga underlag bifogas s.k. förtroendekänsliga poster.	●	<b>Delår 2023</b>  Revisionen konstaterar att den interna kontrollen av attesthantering och förtroendekänsliga poster har stärkts. Revisionen har funnit färre avvikelser jämfört med tidigare, men det finns fortfarande ett behov av förbättringar. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.

**Säkerhet**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
77977 <b>Från rapport</b> 2021 Årsrapport	Ledningen bör revidera styrande dokument för det systematiska brandsäkerhetsarbetet i enlighet med MSB:s allmänna råd	●	<b>ÅR 2022</b>  Revisionen noterar att styrande dokument har uppdaterats. Vid revisionens genomgång av tillämpningsanvisning för systematiskt brandskyddsarbete per 2022-12-21 noterades dock att det finns ett behov av att se över reglerna med avseende på att säkerställa ansvar och roller är tydligt beskrivna samt att innehållet är lättillgängligt. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
77978 <b>Från rapport</b> 2021 Årsrapport	Ledningen bör etablera ett ledningssystem för det systematiska brandskyddsarbetet som medger en överblick över brister och hur arbetet med att åtgärda dessa fortsätter.	●	<b>Delår 2023</b>  Ett systemstöd för egenkontroll av brandskydd är driftsatt för de gamla sjukhusbyggnaderna i Solna. Systemet ska driftsättas för Huddinge under kvartal fyra 2023.



## Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
77979 <b>Från rapport</b> 2021 Årsrapport	Ledningen bör under 2022 intensifiera utbildnings- och övningsverksamheten inom brandsäkerhetsarbetet för att säkerställa tillräcklig beredskap.	●	<b>Delår 2023</b>  Statistik visar att antalet som genomfört brandsäkerhetsutbildningen har ökat något. Ett arbete pågår med att förbättra förutsättningarna för utbildning och ökad övningsverksamhet. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
107477 <b>Från rapport</b> 2023/01 Projektrapport	Ledningen bör säkerställa att kunskapen ökar kring hur konsekvenserna av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet.	—	
107478 <b>Från rapport</b> 2023/01 Projektrapport	Ledningen bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.	—	

## Deltagare

### Styrelsemedlemmar

Håkan Sörman (Ordförande), Eva Fernvall (Vice ordförande), Gunnar Björkman (Ledamot), Magnus Fagerstedt (Ledamot), Agneta Jöhnk (Ledamot), Sari Säisä-Ponzer (Ledamot), Eva-Lotta Löwstedt Lundell (Ledamot), Mikael Ohrling (Sjukvårdsdirektör), Björn Zoëga (Sjukhusdirektör), Håkan Nilsson (Ekonomidirektör), Helena Sundén (Sekreterare), Yvonne Dellmark (Personalföreträdare, Deltog ej i: 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 24.1, 24.2, 25, 26, 27), Mia Lehtonen (Personalföreträdare, Deltog ej i: 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24.1, 24.2, 25, 26, 27), Rune Engleskär (Personalföreträdare, Deltog ej i: 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 24.1, 24.2, 25, 26, 27)

### Föredragande

Carolina Hällsjö Sander (Produktionsdirektör, Närvarande vid: 7), Patrik Söderberg (Chefläkare HSF, Närvarande vid: 11), Lars Falk (Verksamhetschef ME Intensivvård och Transport, Närvarande vid: 12), Silke Ernst (Tf HR-direktör, Närvarande vid: 13), Tomas Eriksson (Stabschef Vårdstöd och Service, Närvarande vid: 14), Susanna Onn (Chef Internkontroll och riskhantering, Närvarande vid: 15), Peter Håkansson (Verksamhetsområdeschef, MT utveckling och förvaltning, Närvarande vid: 18, 19), Magnus Kindström (Avdelningschef, Facility Management, Vårdstöd och Service, Närvarande vid: 20)

## Mötesprotokoll

### 1. Mötets öppnande

Ordföranden förklarade mötet öppnat och hälsade särskilt de nya styrelseledamöterna Sari Säisä Ponzer och Gunnar Björkman välkomna till styrelsen.

Håkan Sörman

### 2. Fastställande av dagordning

Styrelsen beslutade efter ordförandens yrkande att fastställa dagordningen.

Beslut

Håkan Sörman

### 3. Eventuella jävsförhållanden eller intressekonflikter

Inga jävsförhållanden eller intressekonflikter anmäldes.

Beslut

Håkan Sörman

### 4. Val av justerare

Styrelsen beslutade

att utse Magnus Fagerstedt att jämte ordföranden justera protokollet.

Beslut

Håkan Sörman

### 5. Föregående mötesprotokoll samt logglista

Styrelsen beslutade

att lägga mötesprotokollet från den 24 april (K 2023-3337) samt logglistan till handlingarna.

 P5. Logglista styrelsen 20230529.pdf

 P5. K 2023-3337 Justerat styrelseprotokoll Karolinska 20230424.pdf

Beslut

Håkan Sörman

### 6. Sjukhusdirektörens rapport

Sjukhusdirektören presenterade enligt underlagen. Kartläggning av administrativ personal har genomförts på hela sjukhuset tillsammans med sjukhusets chefer och som en del av "att leda K". Det finns ett behov av att fortsatt se över det administrativa stödet på sjukhuset.

Information

Björn Zoëga

Tjänsten som temachef för tema HKN är tillsatt, tema ARM har en tf chef tills dess att tjänsten kommer att utlysas.

Styrelsen beslutade

att lägga rapporten till handlingarna.

 P6. 20230529 Rätt stöd admin Styrelsen v2 BZ presentation.pdf



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

Document ID:  
F1CB20CCF8B34B7DABE3CEDCB5E2E851

Edholm, Charlotta  
2023-06-13 06:57:59

## 7. Produktion

Produktionsdirektören presenterade enligt underlagen.

Styrelsen beslutade

att notera informationen.

[P7. Styrelsemöte 2023-05-29 presentation.pdf](#)

Närvarande: Carolina Hällsjö Sander (Produktionsdirektör)

Information  
Carolina Hällsjö Sander

## 8. Eventuella frågor från beredningarna

Inga frågor rapporterades.

Information  
Håkan Sörman

## 9. Fastställande av tertialrapport 1/2023 inkl helårsprognos (omedelbar justering)

Ekonomidirektören presenterade enligt underlagen.

Beslut  
Håkan Nilsson

Tertialrapporten justeras avseende prognos 2023 från ett gap på 400 mkr jämfört med budget, till ett gap på 550 mkr efter ett klarläggande från Regionens hyresråd i ärende avseende hyreshöjning från NKS Bygg. Styrelsen konstaterar att prognosen innehåller fortsatta risker avseende vårdproduktionsintäkter och bemanningskostnader.

Styrelsen noterade givet rådande förutsättningar att årets resultatkrav inte uppnås. Sjukhusledningen har till uppdrag att ta fram åtgärder givet fastställda inriktningar avseende personalåtgärder, restriktiv inhyring samt oförutsedda lokalkostnader.

Styrelsen beslutade enligt ordförandes yrkande

att godkänna det justerade förslaget till Karolinska Universitetssjukhusets tertialrapport 2023 samt

att förklara punkten omedelbart justerat.

[P9. K 2023-4453 Tjänsteutlåtande Tertialrapport Karolinska Universitetssjukhuset 2023.pdf](#)

[P9. Tertialrapport 2023 - Karolinska Universitetssjukhuset Tjänstemannabehandlad utkast till styrelsen.pdf](#)

## 10. Ekonomirapportering

Ekonomidirektören presenterade enligt underlagen avseende;

- Status effektiviseringsåtgärder

- Budgetunderlag 2024

Styrelsen beslutade efter ordförandes yrkande

att lägga rapporten till handlingarna och

att notera informationen.

[P10. Status effektiviseringsåtgärder - styrelsemöte 29 maj.pdf](#)

Information  
Håkan Nilsson

## 11. Flygverksamhet inom Region Stockholm

Chefläkare Patrik Söderberg, HSF presenterade enligt underlagen.

Styrelsen beslutade

att notera informationen.

[P11. Flygverksamhet i Region Stockholm 29 maj presentation.pdf](#)

Närvarande: Patrik Söderberg (Chefläkare HSF)

Information  
Patrik Söderberg

## 12. Redovisning av helhetsbild, strategi, policy och kostnader avseende K helikopter och flygplan

Verksamhetschef Lars Falk presenterade enligt underlagen.

Styrelsen beslutade

att notera informationen.

[P12. Helikopter och flygplan - 2023-04-24.pdf](#)

Närvarande: Lars Falk (Verksamhetschef ME Intensivvård och Transport)

Information  
Lars Falk

## 13. HR-rapportering

T f HR-direktören informerade om personalsituationen enligt underlag. Vårdberedningens ordförande noterade att det var en mycket bra presentation som kommer att följas upp med fler analyser i vårdberedningen.

Styrelsen beslutade

Information  
Silke Ernst



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

Document ID:  
F1CB20CCF8B34B7DABE3CEDCB5E2E851

Edholm, Charlotta  
2023-06-13 06:57:59

att lägga rapporten i handlingarna.

[P13. Personalsituationen 2023-04-30 - 230512.pdf](#)

Närvarande: Silke Ernst (Tf HR-direktör)

#### 14. Långsiktig plan K:s fastighetsinvesteringar

Stabschef Vårdstöd, Tomas Eriksson, presenterade enligt underlagen.

Styrelsen beslutade

att notera informationen.

[P14. Beskrivning och konsekvens prioriterade investeringsobjekt - till styrelsen presentation.pdf](#)

Närvarande: Tomas Eriksson (Stabschef Vårdstöd och Service)

Information

Tomas Eriksson

#### 15. Yttrande över Regionrevisorernas årsrapport 2022

Chef interkontroll och riskhantering, Susanna Onn, presenterade förslag till yttrande.

Styrelsen beslutade efter ordförandens yrkande

att avge yttrande till Regionrevisorernas årsrapport 2022 enligt förslaget.

[P15. Tjänsteutlåtande styrelsen regionrevisorernas årsrapport 2022.pdf](#)

[P15. Exp missiv till ÅR Karolinska 2022 sign.pdf](#)

[P15. Årsrapport 2022 Karolinska Universitetssjukhuset.pdf](#)

[P15. Revisionsberättelse och Uttalande om transparenslagen för Karolinska sign.pdf](#)

[P15. Förslag till yttrande K 2023-4283 Årsrapport Karolinska Universitetssjukhuset 2022 RS 2022-0024\\_SO.pdf](#)

Närvarande: Susanna Onn (Chef Internkontroll och riskhantering)

Beslut

Susanna Onn

#### 16. Patientsäkerhetsberättelse 2022 (K 2023-2530 )(skriftlig information)

Styrelsen beslutade

att notera informationen.

[P16. Patientsäkerhetsberättelse 2022 final.pdf](#)

Information

Ylva Pernow

#### 17. Kvalitetsboks slut 2022 (K 2023-3494) (skriftlig rapport)

Styrelsen beslutade

att notera informationen.

[P17. Kvalitetsboks slut Karolinska 2022.pdf](#)

Information

Ylva Pernow

#### 18. Upphandlingsärende KUL funktionsavtal för Allergi och autoantikroppar

Verksamhetsområdeschef MT, Peter Håkansson, presenterade enligt underlagen.

Styrelsen beslutade efter ordförandens yrkande

att delegera till sjukhusdirektören att initiera en upphandling av funktionsavtal för allergi och autoantikroppar genom

att signera anskaffningsunderlag och därefter, efter genomförd upphandling, teckna funktionsavtal med ett uppskattat

värde på 143 mkr. Leverans ska ske under 2025.

Närvarande: Peter Håkansson (Verksamhetsområdeschef, MT utveckling och förvaltning)

Beslut

Peter Håkansson

#### 19. Upphandlingsärende KUL funktionsavtal för avancerade blodgasinstrument

Verksamhetsområdeschef MT, Peter Håkansson, presenterade enligt underlagen.

Styrelsen beslutade efter ordförandens yrkande

att delegera till sjukhusdirektören att initiera en upphandling av funktionsavtal för avancerade blodgasinstrumentallergi

och autoantikroppar genom

att signera anskaffningsunderlag och därefter, efter genomförd upphandling, teckna funktionsavtal med ett uppskattat

värde på 400 mkr. Leverans ska ske under 2024.

Närvarande: Peter Håkansson (Verksamhetsområdeschef, MT utveckling och förvaltning)

Beslut

Peter Håkansson

#### 20. Upphandlingsärende Cateringavtal

Avdelningschef FM, Magnus Kindström, presenterade enligt underlagen.

Styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset beslutade efter ordförandens yrkande

att fatta anskaffningsbeslut och därmed uppdraga till inköpsavdelningen att genomföra en upphandling av catering för behovet vid Karolinska samt teckna avtal för tiden 2023-11-01 till 2025-10-31 med option för

Beslut

Magnus Kindström



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

Document ID:  
F1CB20CCF8B34B7DABE3CEDC85E2E851

Edholm, Charlotta  
2023-06-13 06:57:59

ytterligare 2 år.

Närvarande: Magnus Kindström (Avdelningschef, Facility Management, Vårdstöd och Service)

## 21. Vårddatalager

Punkten utgick och kommer att behandlas vid det extra styrelsemötet som äger rum den 22 juni.

Beslut

## 22. Programpunkter till styrelseseminarier 27 september

Styrelsen beslutade efter ordförandens yrkande

att återbesöka frågan om programpunkter till styrelseseminarier vid det extra styrelsemötet den 22 juni.

Information

Håkan Sörman

## 23. Ärenden i domstol och eventuella compliance ärenden

Kanslichef Rättskansliet presenterade uppdatering avseende två tidigare genomförda etikutredningar.

Styrelsen beslutade att notera informationen.

[P23. Domstolsärenden styrelsen 2023-05-16.pdf](#)

Information

Helena Sundén

## 24. Anmälningar

Anmälan av ärenden för kännedom.

Styrelsen beslutade

att lägga anmälningarna med godkännande till handlingarna.

Information

Helena Sundén

### 24.1. Sammanställning av ärenden för kännedom

[P24.1.5. Protokollsutdrag omedelbar justering RF 2023-05-09, § 118.pdf](#)

[P24.1.7. Plan Jönköping presentation Karolinska.pdf](#)

[P24.1. Sammanställning av ärenden för kännedom 2023-05-29.pdf](#)

### 24.2. Sammanställning av beslut som fattats med stöd av delegation (delegationsbeslut)

[P24.2.5. K 2023-4364 Ordförandebeslut att initiera upphandling av nytt funktionsavtal för Hematologi 20230503.pdf](#)

[P24.2. Sammanställning av beslut som fattats med stöd av delegation 2023-05-29.pdf](#)

## 25. Kommande sammanträden

22 juni 2023 - extra digitalt styrelsemöte

Extra digitalt styrelsemöte före den 31 augusti

27-28/9 2023 Styrelseintemat och styrelsemöte

Information

Helena Sundén

## 26. Övriga frågor

- Styrelsens utvärdering av sjukhusdirektören och styrelsens arbete kommer att skickas ut innan styrelseseminarier i september.

Styrelsen beslutade efter ordförandens yrkande

att ha ett extra digitalt styrelsemöte den 31 augusti.

Information

Håkan Sörman

## 27. Avslutande av mötet (16:30)

Styrelseordföranden avslutade mötet.

Håkan Sörman



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

Document ID:  
F1CB20CCF8B34B7DABE3CEDCB5E2E851

Edholm, Charlotta  
2023-06-13 06:57:59

Justering, sammanträde i styrelsen för Karolinska  
Universitetssjukhuset 29 maj 2023. Elektronisk  
justering, se nästa sida. Justeringsdatum 2023-  
06-08



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

Document ID:  
F1CB20CCF8B34B7DABE3CEDCB5E2E851

Edholm, Charlotta  
2023-06-13 06:57:59

# List of Signatures

Page 1/1



## Protokoll\_Styrelsesammanträde Karolinska Universitetss\_290523.pdf

Name	Method	Signed at
Marie Helena Sundén	BANKID	2023-06-08 12:47 GMT+02
Claes Håkan Sörman	BANKID	2023-06-07 23:03 GMT+02
MAGNUS FAGERSTEDT	BANKID	2023-06-07 19:25 GMT+02



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

External reference: F1CB20CCF8B34B7DABE3CEDCB5E2E851

Edholm, Charlotta  
2023-06-13 06:57:59

Region Stockholm  
Landstingsrevisorerna.rev@sl.se  
Box 22230  
104 22 Stockholm

## Yttrande över Regionrevisorernas årsrapport Karolinska Universitetssjukhuset 2022 (RK 2022-0024)

Styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset har mottagit regionrevisorernas årsrapport 2022 och tagit del av densamma inklusive dess rekommendationer.

Styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset har inga väsentliga skillnader i uppfattning i jämförelse med revisorerna och önskar inte lämna några specifika synpunkter på rapporten.

Beslut om detta yttrande har fattats av styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset vid dess sammanträde 2023-05-29. Yttrandet har föredragits av Susanna Onn, chef för internkontroll.

Beslutat dag som ovan

Håkan Sörman  
Styrelsens ordförande

Delges: Styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset (anmälan), Registrator K



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

Document ID:  
1ACBCA6698334CF196A4A0875998F4EA



# List of Signatures

Page 1/1



K 2023-4283 Yttrande över Årsrapport K U 2022 RS 2022-0024SO.pdf

Name	Method	Signed at
Claes Håkan Sörman	BANKID	2023-06-14 13:30 GMT+02



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

External reference: 1ACBCA6698334CF196A4A0875998F4EA