

Delrapport 2024

# Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset

Karolinska Universitetssjukhuset

**Delrapport 2024  
Karolinska universitetssjukhuset**

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 24 oktober 2024 att överlämna rapporten till Karolinska Universitetssjukhuset för yttrande senast 2025-02-03.

I yttrandet önskar vi särskilt att nämnden beskriver hur nämnden ska arbeta för att säkerställa att de åtgärder som nämnden vidtar är tillräckliga för att Karolinska ska nå resultatkravet och en ekonomi i balans på lång sikt. Vi önskar också få nämndens syn på hur nämnden ska se till att nämndens styrning tydligare framgår av protokoll så att den blir mer spårbar och transparent.

Annika Sandström  
ordförande Revisorsgrupp II

Anna Peterson  
samordnande administratör

## Sammanfattning

I denna rapport ges en lägesrapport utifrån de granskningar som genomförts hittills under året inkl. en översiktlig granskning av nämndens delårsrapport. Rapporten är en delrapportering inför den slutliga avrapporteringen och bedömningen i årsrapporten för 2024.

### Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Nämndens prognostiserade resultat uppgår till -700 mnkr, vilket är lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till den prognostiserade omsättningen är 2,4 procent. Avvikelser i förhållande till budget har i huvudsak kommenterats på ett tillfredställande sätt i delårsrapporten.

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

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

### Intern styrning och kontroll

Nämnden har beslutat om en åtgärdsplan för 2024. Åtgärdsplanen syftar till att nå resultatkravet för 2024, men nämnden bedömer att åtgärderna inte kommer att ge en tillräcklig effekt för att resultatkravet ska kunna nås. Granskningen visar att sjukhusledningen har ett aktivt arbete med att finna nya effektiviseringsåtgärder. Revisionskontoret noterar att nämnden inte har fattat beslut om ytterligare åtgärder. Revisionskontoret anser att nämnden behöver fatta tydliga beslut med konsekvensanalyser om vilka ytterligare åtgärder som behövs för att nå resultatkravet för 2024 och en ekonomi i balans på sikt.

Det finns riktlinjer och rutiner med syfte att säkerställa en tillräcklig styrning och intern kontroll inom de granskade processerna. Vid hittills genomförda granskningar har avvikelser noterats när det gäller ekonomistyrning samt informationssäkerhet och dataskydd. Dessa bedöms dock inte vara av sådan väsentlig karaktär att de påverkar den samlade 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 2024-08-31 ..... | 4  |
| 1.1. Ekonomi .....   | 4  |
| 1.2. Verksamhet .....  | 5  |
| 2. Intern styrning och kontroll.....   | 5  |
| 2.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning.....                                   | 5  |
| 2.2. Informationssäkerhet och dataskydd .....                                | 9  |
| 2.3. Granskningar utan väsentliga iakttagelser .....                         | 10   |
| 3. Räkenskaper.....  | 10   |
| 3.1. Delårsrapport 2024-08-31 .....  | 10   |
| 4. Yttrande över Årsrapport 2023 .....                                       | 10   |
| <br>   |  |
| Bilaga 1   | Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare års lämnade rekommendationer till nämnden  |
| <br>   |  |
| Bilaga 2   | Sammanställning och uppföljning av årets och tidigare år lämnade rekommendationer till ledningen |

### Relaterade dokument

Yttrande över årsrapport 2023 från nämnden för Karolinska universitetssjukhuset, se sammanträde 2024-05-30, K 2024-3639.

# 1. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat – prognos per 2024-08-31

## 1.1. Ekonomi

Nämnden för Karolinska universitetssjukhuset har prognostiserat resultatet för 2024 till -700 mnkr. Detta är lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar ca 2,4 procent av omsättningen.

Nämnden prognosticerar intäkterna för helåret totalt till 28 912, vilket är 514 mnkr, 1,8 procent lägre än budget. Enligt nämnden beror det främst på lägre intäkter för utomlänspatienter än budgeterat. 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 200 mnkr i lägre intäkter för helåret (som inte ingår i budget).

Nämnden prognosticerar kostnaderna för helåret totalt till 29 611 mnkr vilket är 241 mnkr, 0,8 procent, högre än budget. Enligt nämnden beräknas personalkostnaderna överstiga budget med 229 mnkr, 1,4 procent, vilket delvis ska kompenseras av 102 mnkr i lägre kostnader för inhyrd personal. Nämndens prognos baseras på att personalstyrkan inklusive inhyrd personal vid årets slut beräknas motsvara 492 (3,2 procent) fler helårsarbeten än vad sjukhuset budgeterat för (15 283 helårsarbeten), vilket främst beror på fler sjuksköterskor och insatser för att minska extratid. I prognosen ingår även en fortsatt minskning av antalet anställda inom administrationen som en effekt av det varsel som sjukhuset lade våren 2023. Vidare har sjukhuset ett pågående arbete med att anpassa bemanningen inom vårdverksamheterna till uppdraget, s.k. dimensionering. Läkemedelskostnaderna beräknas öka med 6 procent relativt budget, eller 258 mnkr som till en viss del är drivet av en ökad öppenvårdsproduktion.

Övriga förklaringar till den negativa prognosen på -700 mnkr handlar enligt delårsrapporten bland annat om att Karolinska inte räknar med att nå tillgänglighetsmålen 2024 (se vidare avsnitt 1.2.) och därför får viten (reducerad ersättning) med 130 mnkr på helårsbasis. Vidare har Karolinska en högre öppenvårdsproduktion än planerat. Det innebär att kostnaderna för öppenvårdsläkemedel överskrider taket i överenskommelsen med hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden räknar med att inte få ersättning motsvarande 110 mnkr. Den negativa prognosen beror också på att nämnden inte fullt ut kommer att kunna genomföra åtgärdsplanen.

I samband med beslut om verksamhetsplan inklusive budget beslutade nämnden för Karolinska universitetssjukhuset även om en åtgärdsplan i syfte att nå resultatkravet. Planen innehöll ökade intäkter på 340 mnkr och minskade kostnader på 600 mnkr. I samband med delårsbokslutet uppgår de realiserade åtgärdseffekterna till 324 mnkr. Nämnden bedömer att åtgärdsplanen på helårsbasis kommer att ge 568 mnkr i minskade kostnader. Det är en förbättring jämfört med den bedömning som Karolinska gjorde i tertialrapporten på 455 mnkr i minskade kostnader. Nämnden bedömer dock att intäktsåtgärderna inte ger resultat. Se vidare under avsnitt 2.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning.

Periodens investeringar uppgår till 444 mnkr. För helåret 2024 är prognosen 642 mnkr, vilket är i enlighet med budget.

Revisionskontoret bedömer att nämnden i huvudsak har analyserat och kommenterat avvikelser i förhållande till budget på ett tillfredställande sätt i delårsrapporten.

Revisionskontoret bedömer att nämndens prognos för det ekonomiska resultatet i allt väsentligt är rimlig.

## 1.2. Verksamhet

I delårsrapporten ska Karolinska redovisa prognostiserad måluppfyllelse för 8 av totalt 14 indikatorer. De 8 indikatorerna träffar 5 av 8 mål från fullmäktige. Nämnden för Karolinska bedömer att det är osäkert om indikatorn *andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist* kommer att nås och att indikatorn *andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist* inte kommer att nås. Det beror bland annat på strejken bland vårdpersonal som ägde rum tidigare under året. Båda indikatorerna hör till målet *Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov*. Vidare gör nämnden bedömningen att indikatorn *beläggningsgrad akutsjukhus* inte kommer att nå måluppfyllelse. Det beror bland annat på svårigheter med bemanning. Indikatorn hör till målet *Vården är säker, effektiv och har god kvalitet*. För indikatorn *andel sjukfrånvaro* bedömer nämnden att det är osäkert om målnivån kommer att nås. Sjukfrånvaron har ökat något under delåret och är 2 procent högre än samma period föregående år. Indikatorn hör till målet *Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare*. För övriga fyra indikatorer bedömer nämnden att de kommer att uppfyllas.

Prognosen för året är att sjukhuset kommer att producera fler öppenvårdsbesök både jämfört med budget och föregående år. Prognosen när det gäller slutenvårdstillfällen är att dessa kommer vara färre både jämfört med budget och föregående år. Det sistnämnda beror bland annat på att vårdproduktionen avseende utomlans- och utlandspatienter inte når upp till sjukhusets plan.

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

## 2. Intern styrning och kontroll

### 2.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning

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

Under 2023 granskades nämndens arbete med planering och uppföljning av verksamhet och ekonomi. Revisionskontoret bedömde i delrapporten 2023 för Karolinska att nämnden hade ett tydligt ramverk för ekonomi- och verksamhetsstyrning. Revisionskontoret bedömde vidare i samma delrapport att nämnden behövde säkerställa att sjukhuset hade ett åtgärdsprogram som innebar att resultatkravet kunde nås. Revisionskontoret lämnade mot denna bakgrund två rekommendationer till nämnden. För det första att säkerställa att tillräckliga effektiviseringsåtgärder vidtas för att nå en

ekonomi i balans. För det andra att säkerställa att beslut om åtgärder baseras på väl underbyggda analyser. Företrädare för Karolinska uppger att man har stärkt sin ekonomistyrningsprocess när det gäller åtgärdshantering. Karolinskas arbete med åtgärder beskrivs närmare i avsnitt 2.1.1.

### 2.1.1. Åtgärder för att nå resultatkravet

I samband med beslut om verksamhetsplan inklusive budget beslutade nämnden för Karolinska universitetssjukhuset även om en åtgärdsplan i syfte att nå resultatkravet. Planen innehåller ökade intäkter på 340 mnkr och minskade kostnader på 600 mnkr. Kostnadsminskningarna fördelas på bemanning (360 mnkr), material (60 mnkr), läkemedel (70 mnkr), köpt vård (40 mnkr) och lokaler (70 mnkr). Planen baseras på en sjukhusövergripande bedömning av möjliga kostnadsminskningar.

Nämndens övergripande resultatkrav omsätts av sjukhusledningen i ekonomiska krav på verksamheterna som innebär att kostnaderna behöver minska. Verksamheterna har ansvar för att ta fram åtgärder för att täcka avvikelse mellan aktuellt ekonomiskt läge och resultatkrav. Sjukhusledningen följer månadsvis hur verksamheterna arbetar med att planera och implementera åtgärder. Ekonomifunktionen har under året infört extra uppföljningstillfällen. I juni fick ekonomidirektören i uppdrag av sjukhusdirektören att inrätta s.k. åtgärdsströmmar för att finna nya åtgärder inom olika områden och initiera dessa i verksamheterna. Det handlar om produktion, kapacitetsutnyttjande, inköp, jourkostnader, läkemedel mm. Åtgärdsströmmarna drivs av controllers med utsedda ”sponsorer” i ledningen.<sup>1</sup>

Bemanningskostnaderna är sjukhusets största kostnadspost och svarar för 55 procent av kostnadsmassan. Sjukhusledningen har bedrivit ett arbete för att minska personalkostnaderna, både när det gäller administrativ personal och vårdpersonal. Våren 2023 lades ett varsel på 450 tjänster inom administration. Varslet ledde till en minskning av personalen med 283 helårsarbeten vid årets slut.<sup>2</sup> För närvarande gäller ett centralt dispensförfarande för rekrytering av administrativ personal.<sup>3</sup>

Bemanning av vårdpersonal har historiskt hanterats decentraliserat inom sjukhuset, men sjukhusledningen strävar efter att bemanningen ska ske på ett enhetligt sätt inom sjukhuset. En s.k. dimensioneringsprocess är under införande. Den innebär att vårdverksamheterna ser över och anpassar bemanningen till den planerade produktionen. Revisionskontoret noterar att sjukhusdirektören har fattat flera beslut i syfte att minska personalkostnaderna. Det handlar om beslut om att inrätta tillfälliga dispensförfaranden för kliniska tjänster, nyckeltal för vårdnära bemanning, översyn av tidsbegränsade anställningar och begränsningar av inhyrning av personal.<sup>4</sup> Besluten skulle inledningsvis gälla en kortare period på några månader, men under våren förlängdes de flesta besluten till att gälla under resten av året.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Presentation, pkt 9 Ekonomi, nämndmöte 2024-06-19.

<sup>2</sup> Presentation, pkt 9 Ekonomi, nämndmöte 2024-08-20.

<sup>3</sup> K2024-3137.

<sup>4</sup> K2023-8100.

<sup>5</sup> K2024-3137.

Nämnden bedömer i delårsrapporten att man kommer att klara målet för minskade personalkostnader 2024. Ett förbättrat rekryteringsläge för sjuksköterskor har gjort det möjligt att anställa fler och därmed minska på dyra lösningar som inhyrd personal och extraersättningar. Nämnden har samtidigt ett behov av att inom vissa vårdverksamheter anpassa bemanningen till vårduppdraget. Enligt åtgärdsplanen ska sjukhuset fortsätta arbeta för att minska personalkostnaderna 2025.

I övrigt bedömer nämnden att åtgärderna när det gäller läkemedel (bland annat dosjusteringar och preparatväxling) och minskade köp av vård externt kommer att nå målen. Däremot tar det längre tid att minska materialkostnaderna, vilket beror på att sjukhuset väntar på att bli certifierat för att kunna processa bland annat vissa typer av operationsmaterial så att det kan återanvändas. Även minskning av lokalkostnader tar längre tid än planerat.

Nämnden bedömer att intäktsökningen för utomlänspatienter på 340 mnkr helt utblir, vilket enligt företrädare för Karolinska huvudsakligen beror på att färre patienter remitteras till sjukhuset.

Revisionskontoret har genom ekonomifunktionen tagit del av underlag som visar planering och uppföljning av åtgärder på tema-, funktions- och stabsnivå för 2024.

### 2.1.2. Nämndens hantering av avvikelser

Vid varje möte har nämnden fått information om sjukhusets ekonomiska situation och arbetet med effektiviseringsåtgärder utifrån åtgärdsplanen.

På det ordinarie mötet i april refererade nämnden till att den ekonomiska situationen är bekymmersam och 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 dock inte sjukhuset full ersättning för kostnaderna, samtidigt som sjukhuset trots hög produktion betalar viten (får reducerad ersättning) för att man inte klarar tidsgränser för första besök samt behandling enligt vårdgarantin. Nämnden konstaterade på mötet att detta dilemma har framförts till hälso- och sjukvårdsförvaltningen utan resultat. Nämnden beslutade att följa upp frågan vid kommande möten. Revisionskontoret noterar att sjukhuset vid flera tillfällen har tagit upp problemet med hälso- och sjukvårdsförvaltningen, bland annat i samband med ett uppföljningsmöte våren 2024 på tjänstemannanivå.<sup>6</sup> Revisionskontoret noterar vidare att Karolinska vid detta möte lyfte fram att data som visar på att sjukhuset behandlar rätt kategori av patienter. Även i sjukhusets budgetunderlag för 2025 som lämnats till regionledningskontoret har problemet lyfts fram liksom i flera möten (s.k. ägardialoger) med regionledningskontoret.<sup>7</sup> Avtalet med hälso- och sjukvårdsnämnden öppnar för att sjukhuset kan föreslå ändringar. Nämnden har dock inte lämnat någon formell begäran till hälso- och sjukvårdsnämnden om ändringar i avtalet.<sup>8</sup>

På samma möte i april konstaterar nämnden även att sjukhuset behöver effektivisera ytterligare 500 mnkr utöver de effektiviseringar som ingår i budget. Nämnden ger

<sup>6</sup> Terminsmöte K-HSF, 2023-04-19, HSN 2023-0945.

<sup>7</sup> Underlag erhållet per mejl från Karolinska universitetssjukhuset 2024-09-20. Minnesanteckningar från ägardialoger med regionledningskontoret diarieförs inte.

<sup>8</sup> Se pkt 1.5, Sjukhusavtal 2024-2027 för Karolinska universitetssjukhuset, HSN 2023-0945.



sjukhusledningen i uppdrag att till nästa möte återkomma med förslag på konkreta åtgärder.

I samband med att tertialrapporten behandlades av nämnden på majmötet fick sjukhusdirektören i uppdrag att upprätta en handlingsplan med ytterligare åtgärder för att sjukhuset skulle nå regionfullmäktiges resultatkrav om 54 mnkr. Det framgår inte av protokollet vid vilket möte som sjukhusdirektören ska återkomma med handlingsplanen.

På mötet i juni fick nämnden muntlig information om att effektiviseringsåtgärder hade vidtagits och att processen för uppföljning hade förstärkts. Nämnden fick information om arbetet med de så kallade åtgärdsströmmarna. Vidare gavs nämnden konkreta exempel på hur sjukhuset arbetade med några av åtgärderna.

I sitt budgetunderlag för år 2025, som nämnden behandlade på mötet i juni 2024, bedömde nämnden att de ekonomiska problemen skulle fortsätta 2025. Trots fortsatta åtgärder prognosticerade sjukhuset ett underskott 2025 på 300 mnkr. Nämnden pekade även här på omständigheten att nämnden inte får full ersättning för producerad vård. Nämnden lyfte också fram att man inte heller får kompensation för nämndens satsningar inom precisionsmedicin och distansvård (Karolinska at home) samt för ökade hyror. Av budgetunderlaget framgår även att sjukhuset har behov av att göra fastighets- och lokalinvesteringar utöver vad som ryms i budget de kommande åren.

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>9</sup> Ingen formell framställan har gjorts, men på mötet i juni beslutade nämnden att ge styrelseordföranden i uppdrag att uppmärksamma regionstyrelsen på sjukhusets ekonomiska utmaningar.

Sjukhusledningen har på mötena i augusti och september fortsatt att informera nämnden om status för åtgärdsplanen. Nämnden har också informerats om hur sjukhuset arbetar för att ta fram ytterligare åtgärder. Nämnden poängterar i delårsrapporten att man på olika sätt arbetar med att effektivisera verksamheten. Nämnden har dock inte beslutat om ytterligare åtgärder med beräknade effekter.

### 2.1.3. Förändringar av ledning och organisation

Den 1 januari tillträdde en ny ordförande för nämnden. I mars slutade sjukhusdirektören och ersattes av en tillförordnad sjukhusdirektör. En ny sjukhusdirektör är utsedd och tillträder den 1 oktober.

I augusti beslutade nämnden att genomföra en översyn av de administrativa funktionerna inklusive den interna kontrollen på sjukhuset. Det framgår inte av beslutet när översynen ska vara klar.

<sup>9</sup> Integrerad ledning och styrning av Region Stockholm (ILS), RS 2020-0740, 2023-11-07.

#### 2.1.4. Bedömning

Granskningen visar att sjukhuset har ett aktivt och systematiskt arbete både med generella processeffektiviseringar och med särskilda åtgärder. Nämnden har återkommande fått information om sjukhusets arbete med effektiviseringar.

Nämnden har beslutat om en åtgärdsplan för 2024. Åtgärdsplanen syftar till att nå resultatkravet för 2024. Nämnden bedömer själv att åtgärderna inte är tillräckliga för att resultatkravet ska kunna nås. Revisionskontoret noterar att nämnden har gett i uppdrag till sjukhusledningen att upprätta en handlingsplan med ytterligare åtgärder för att nå resultatkravet. Revisionskontoret konstaterar att nämnden inte har beslutat om någon handlingsplan. Revisionskontoret bedömer att arbetet med åtgärder behöver återspeglas tydligare i nämndens styrning och uppföljning i form av spårbara ställningstaganden och beslut. Revisionskontoret gjorde liknande iakttagelser i delrapporten 2023. Revisionskontoret noterar att nämnden prognosticerar underskott även för 2025. Revisionen bedömer därför att nämnden behöver fatta tydliga beslut med konsekvensanalyser om vilka åtgärder som behövs för att nå resultatkravet för 2024 och en ekonomi i balans på sikt.

Nämndens vårdproduktion är högre än hälso- och sjukvårdsförvaltningens beställning av vård för 2024. Nämnden klarar inte tillgänglighetsmålen och får på grund av detta reducerad ersättning, vilket bidrar till nämndens underskott. Revisionskontoret noterar att nämnden är bekymrad över situationen och att man på informella vägar utan resultat sökt uppmärksamma regionledningskontoret samt hälso- och sjukvårdsförvaltningen på detta. Revisionskontoret konstaterar att nämnden inte begärt ändring av avtalet, vilket innebär att frågan inte prövats formellt.

## 2.2. Informationssäkerhet och dataskydd

Revisionskontoret har i ett särskilt projekt<sup>10</sup> granskat det systematiska arbetet med informationssäkerhet samt dataskydd på Karolinska universitetssjukhuset. 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. Sjukhuset behöver se till att riskanalyser genomförs samt att uppföljningsrutiner implementeras. Karolinska bör även analysera hur sjukhuset ska efterleva kommande ytterligare lagkrav på informationssäkerhet.

Revisionskontorets bedömning är att Karolinskas styrning och kontroll av arbetet med dataskydd är otillräcklig. 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 sjukhuset behöver tydliggöra det operativa ansvaret för dataskydd.

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

<sup>10</sup> Systematiskt arbete med informationssäkerhet och dataskydd på Karolinska universitetssjukhuset, projektrapport 1/2024, Regionrevisorerna, RK 2023-0108, 2024-09-19.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till styrelsen för Karolinska universitetssjukhuset för yttrande senast 2024-12-31.

### **2.3. Granskningar utan väsentliga iakttagelser**

I enlighet med revisionsplanen har revisionskontoret granskat Karolinskas arbete med hållbara patientmåltider.<sup>11</sup> Granskningen var utan väsentliga avvikelser. Revisionskontoret har även granskat Karolinskas hantering av avvikelser utan väsentliga iakttagelser. Vidare har revisionskontoret översiktligt granskat Karolinskas arbete med riskanalys och internkontrollplan utan väsentliga iakttagelser. Det samma gäller för intäktprocessen respektive investeringsprocessen som revisionskontoret har granskat utan väsentliga iakttagelser.

## **3. Räkenskaper**

### **3.1. Delårsrapport 2024-08-31**

Granskningen av den finansiella rapporteringen har utförts i enlighet med Standard för översiktlig granskning (ISRE 2410), med beaktande av standard för kommunal räkenskapsrevision.

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 redovisnings- och de regioninterna anvisningarna.

## **4. Yttrande över Årsrapport 2023**

Nämnden har 2024-05-30 lämnat yttrande över revisionskontorets årsrapport för 2023. Nämnden har inte i sitt yttrande framhållit synpunkter som avviker från revisionskontorets synpunkter i rapporten.

<sup>11</sup> Granskning 1.9 Hållbara patientmåltider, Revisionsplan 2024, RK 2023-0123, 2024-02-15.

## 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. Verksamhetsrevisionskontoret 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 2024

### Karolinska Universitetssjukhuset



#### Ekonomistyrning

| Ursprung   | Rekommendation   | Åtgärdad | Revisionens kommentar   |
|--|--|----------|---|
| 109484<br><b>Från rapport</b><br>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. | ●        | <b>Delår 2024</b><br><br>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<br><b>Från rapport</b><br>2023 Delrapport | Nämnden bör säkerställa att beslut med konsekvenser för verksamhet och ekonomi, som exempelvis effektiviseringsåtgärder, baseras på väl underbyggda analyser.          | –        | <b>Delår 2024</b><br><br>Planerad för uppföljning i årsrapport 2024.  |

#### Inköp och upphandling

| Ursprung  | Rekommendation   | Åtgärdad | Revisionens kommentar   |
|---|--|----------|---|
| 29823<br><b>Från rapport</b><br>2017 Årsrapport<br><b>Tidigare ID</b><br>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 2024</b><br><br>Planerad uppföljning av rekommendationen är i samband med årsrapporten 2024. |



## Regionrevisorerna

| Ursprung  | Rekommendation   | Åtgärdad  | Revisionens kommentar   |
|---|--|---|---|
| 29829<br><b>Från rapport</b><br>2017 Årsrapport<br><b>Tidigare ID</b><br>1218 | Nämnden bör säkerställa att undantag från konkurrensutnyttjande i upphandlingslagstiftningen tolkas restriktivt.           |  | <b>Delår 2024</b><br><br>Planerad uppföljning av rekommendationen är i samband med årsrapporten 2024. |
| 29839<br><b>Från rapport</b><br>2017 Årsrapport<br><b>Tidigare ID</b><br>1231 | Nämnden bör säkerställa att rutiner och arbetssätt för dokumentation av direktupphandlingar uppfyller krav i lagstiftning. |  | <b>Delår 2024</b><br><br>Planerad uppföljning av rekommendationen är i samband med årsrapporten 2024. |

**Investeringar**

| Ursprung   | Rekommendation   | Åtgärdad | Revisionens kommentar   |
|--|--|----------|---|
| 122210<br><b>Från rapport</b><br>2023 Årsrapport | Nämnden bör säkerställa att slutredovisningar av enskilda investeringsprojekt sker för att nyttor har levererats i enlighet med beslut om investeringar samt för att dra lärdomar inför kommande investeringar.. | —        | <b>Delår 2024</b><br><br>Arbete pågår, men rekommendationen är inte möjlig att följa upp enligt Karolinska. Planerad för uppföljning i årsrapport 2024. |

**IT/informationssäkerhet**

| Ursprung  | Rekommendation   | Åtgärdad  | Revisionens kommentar   |
|---|--|---|---|
| 29851<br><b>Från rapport</b><br>2018/8 Projektrapport<br><b>Tidigare ID</b><br>1362 | Nämnden bör säkerställa att det grundläggande systematiska informationssäkerhetsarbetet omfattar samtliga verksamheter på alla nivåer. |  | <b>Delår 2024</b><br><br>Rekommendationer inom informationssäkerhet och GDPR har följts upp i en ny granskning (projekt 2024/1). Rekommendationerna ersätts av nya. |
| 29852<br><b>Från rapport</b><br>2018/8 Projektrapport                               | Nämnden bör säkerställa att samtliga anställda genomgår regionens utbildning för informationssäkerhet.                                 |  | <b>Delår 2024</b><br><br>Rekommendationer inom informationssäkerhet och GDPR  |

## Regionrevisorerna

| Ursprung   | Rekommendation  | Åtgärdad | Revisionens kommentar  |
|--|---|----------|--|
| <b>Tidigare ID</b><br>1363                             |   |          | har följts upp i en ny granskning (projekt 2024/1). Rekommendationerna ersätts av nya.   |
| 97667<br><b>Från rapport</b><br>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>Delår 2024</b><br><br>Karolinska har en hög medvetenheten avseende betydelsen av IT-, informations-, och cybersäkerhet. Revisionen bedömer att ett mer strukturerat arbete specifikt riktat mot NIS-efterlevnad behöver utvecklas. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad. |
| 132817<br><b>Från rapport</b><br>2024/1 Projektrapport | Nämnden bör fastställa den årliga handlingsplanen för informationssäkerhet på ett korrekt sätt.   | —        | <b>Delår 2024</b><br><br>Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.   |
| 132818<br><b>Från rapport</b><br>2024/1 Projektrapport | Nämnden bör genomföra en analys av sjukhusets status i förhållande till det nya NIS-direktivet och den tillhörande lagstiftning som träder i kraft i början av 2025 i syfte att säkerställa efterlevnad av direktivet.  | —        | <b>Delår 2024</b><br><br>Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.   |
| 132820<br><b>Från rapport</b><br>2024/1 Projektrapport | Nämnden bör fastställa riktlinjen för behandling av personuppgifter på ett korrekt sätt.  | —        | <b>Delår 2024</b><br><br>Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.   |
| 132821<br><b>Från rapport</b><br>2024/1 Projektrapport | Nämnden bör säkerställa att sjukhuset har ett komplett och aktuellt behandlingsregister för personuppgifter.  | —        | <b>Delår 2024</b><br><br>Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.   |
| 132825<br><b>Från rapport</b><br>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 data-skyddsarbetet samt för att säkerställa att nämndens beslutshandtering sker i enlighet med kommunallagen. | —        | <b>Delår 2024</b><br><br>Ny rekommendation. Planerad för uppföljning delår 2025.   |

Regionrevisorerna



## Rekommendationer till ledning – Delår 2024

### Karolinska Universitetssjukhuset

#### Investeringar

| Ursprung   | Rekommendation  | Åtgärdad | Revisionens kommentar |
|--|---|----------|-----------------------|
| 122211<br><b>Från rapport</b><br>2023 Årsrapport | Ledningen bör se till att tillämpningsanvisningarna efterlevs så att beslut om investeringar grundas på fullständiga underlag.            | –        |                       |
| 122212<br><b>Från rapport</b><br>2023 Årsrapport | Ledningen bör säkerställa att sjukhusets skala för prioritering av investeringar tydligare kopplas till prioriteringsmodellen i regionen. | –        |                       |

#### IT/informationssäkerhet

| Ursprung  | Rekommendation  | Åtgärdad  | Revisionens kommentar   |
|---|---|---|---|
| 29845<br><b>Från rapport</b><br>2018 Delrapport<br><b>Tidigare ID</b><br>1319 | Ledningen bör vidta åtgärder så att genomförande av egenkontroller och riskanalyser prioriteras av verksamheterna när det gäller efterlevnad av GDPR. |   | <b>Delår 2024</b><br><br>Rekommendationer inom informationssäkerhet och GDPR har följts upp i en ny granskning (projekt 2024/1). Rekommendationerna ersätts av nya. |
| 97668<br><b>Från rapport</b><br>2022 Årsrapport                               | Ledningen bör utveckla rutiner för systematisk uppföljning av att informationssäkerhetsutbildningar genomförs av alla anställda.                      |  | <b>Delår 2024</b><br><br>Rekommendationer inom informationssäkerhet och GDPR har följts upp i en ny granskning (projekt 2024/1). Rekommendationerna ersätts av nya. |



## Regionrevisorerna

| Ursprung   | Rekommendation  | Åtgärdad | Revisionens kommentar   |
|--|---|----------|---|
| 97669<br><b>Från rapport</b><br>2022 Årsrapport        | Ledningen bör säkerställa att det finns en systematik så att kontinuitetsplaner övas regelbundet med avseende på informationssäkerhet.  | ●        | <b>Delår 2024</b><br><br>Karolinska arbetar med kontinuitetsplanering på olika sätt, men perspektivet informationssäkerhet är inte inkluderat på ett systematiskt sätt. Vidare behöver arbetet hållas samman och följas upp. Rekommendationen bedöms som inte åtgärdad. |
| 132819<br><b>Från rapport</b><br>2024/1 Projektrapport | Ledningen bör säkerställa att riskanalyser inom informationssäkerhet sker i enlighet med interna regelverk samt lagstiftning.   | —        |   |
| 132822<br><b>Från rapport</b><br>2024/1 Projektrapport | Ledningen bör tydliggöra roller, ansvar och arbetssätt avseende det operativa dataskyddsarbetet.  | —        |   |
| 132823<br><b>Från rapport</b><br>2024/1 Projektrapport | Ledningen bör komplettera befintlig riktlinje för dataskydd med obligatoriska avstämningpunkter, där riskanalyser och vid behov konsekvensbedömningar blir obligatoriska att genomföra för att exempelvis ett IT-system ska kunna köpas in eller driftsättas. | —        |   |
| 132824<br><b>Från rapport</b><br>2024/1 Projektrapport | Ledningen bör säkerställa att riskanalyser och konsekvensbedömningar när det gäller dataskydd sker i enlighet med interna regelverk samt lagstiftning.  | —        |   |
| 132826<br><b>Från rapport</b><br>2024/1 Projektrapport | Ledningen bör säkerställa att det finns väl definierade rapporteringskanaler för både informationssäkerhetsamordnare och dataskyddsombud direkt till sjukhusdirektör.   | —        |   |
| 132827<br><b>Från rapport</b>                          | Ledningen bör implementera standardiserade processer för regelbunden uppföljning och kontroll av informationssäkerhets- respektive dataskyddsarbetet.   | —        |   |

## Regionrevisorerna

| Ursprung   | Rekommendation  | Åtgärdad | Revisionens kommentar |
|--|---|----------|-----------------------|
| 2024/1 Projektrapport                                  |   |          |                       |
| 132828<br><b>Från rapport</b><br>2024/1 Projektrapport | Ledningen bör säkerställa att medarbetare med nyckelfunktioner genomgår fördjupade utbildningar avseende informationssäkerhet och dataskydd.                              | –        |                       |
| 132829<br><b>Från rapport</b><br>2024/1 Projektrapport | Ledningen bör säkerställa att medarbetare regelbundet genomför grundläggande informationssäkerhets- och dataskyddsutbildning för att upprätthålla kunskapsnivån över tid. | –        |                       |

**Oegentligheter**

| Ursprung  | Rekommendation  | Åtgärdad | Revisionens kommentar  |
|---|---|----------|--|
| 97670<br><b>Från rapport</b><br>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 2023</b><br><br>På Karolinska finns ett bisyssleråd som löpande hanterar bisyssleärenden på sjukhuset. HR skickar ut påminnelser om att anmäla bisysslor: Det finns funktionalitet i Heroma som årligen påminner medarbetare att anmäla bisysslor. Utvalda teman har med stöd av HR gått igenom bisyssleanmälningar för hela temat och i samband med detta även informerat de som arbetar inom temat. Sjukhuset har inte följt upp om andelen anställda som inte anmält bisyssla ökat eller minskat jämfört med föregående år och därför bedöms rekommendationen vara delvis åtgärdad. |

## Regionrevisorerna

**Patientsäkerhet**

| Ursprung  | Rekommendation   | Åtgärdad | Revisionens kommentar |
|---|--|----------|-----------------------|
| 116254<br><b>Från rapport</b><br>2023/06 Projektrapport | Ledningen bör säkerställa att fastställda rutiner i enlighet med Socialstyrelsen föreskrifter finns inom samtliga verksamheter                     | –        |                       |
| 116255<br><b>Från rapport</b><br>2023/06 Projektrapport | Ledningen bör stärka uppföljningen av att fastställda rutiner och regelverk avseende remisshantering efterlevs.                                    | –        |                       |
| 116256<br><b>Från rapport</b><br>2023/06 Projektrapport | Ledningen bör säkerställa en enhetlig avvikelserapportering avseende remisshantering   | –        |                       |
| 121907<br><b>Från rapport</b><br>2023/12 Projektrapport | Ledningen bör identifiera högriskpatienter och säkerställa att de får det stöd de behöver för att hantera sin medicintekniska utrustning i hemmet. | –        |                       |

**Räkenskaper**

| Ursprung  | Rekommendation  | Åtgärdad | Revisionens kommentar   |
|---|---|----------|---|
| 67875<br><b>Från rapport</b><br>2021 Delrapport | Ledningen bör stärka den interna kontrollen för att säkerställa att erforderliga underlag bifogas s.k. förtroendekänsliga poster. | ●        | <b>Delår 2024</b><br><br>Karolinska har genomfört informationsinsatser riktade till verksamheterna för att tydliggöra hur attestering av fakturor ska gå till. Revisionens kontroll av 16 fakturor visar på delvis bristande internkontroll. I sju fall var fakturorna utan anmärkning. I övriga fall var det exempelvis inte möjligt att verifiera att attestanten var oberoende samt att syftesbeskrivningar och deltagarlistor saknades. |

## Regionrevisorerna

| Ursprung | Rekommendation | Åtgärdad | Revisionens kommentar                         |
|----------|----------------|----------|---|
|          |                |          | Rekommendationen bedöms som delvis genomförd. |

**Säkerhet och beredskap**

| Ursprung  | Rekommendation   | Åtgärdad | Revisionens kommentar  |
|---|--|----------|--|
| 77977<br><b>Från rapport</b><br>2021 Årsrapport         | Ledningen bör revidera styrande dokument för det systematiska brandsäkerhetsarbetet i enlighet med MSB:s allmänna råd                            | ●        | <b>Delår 2024</b><br><br>En ny riktlinje är Tillämpningsanvisning brandskydd är framtagna och fastställd. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.  |
| 77979<br><b>Från rapport</b><br>2021 Årsrapport         | Ledningen bör under 2022 intensifiera utbildnings- och övningsverksamheten inom brandsäkerhetsarbetet för att säkerställa tillräcklig beredskap. | ●        | <b>ÅR 2023</b><br><br>Statistik visar att andelen anställda som genomfört brandsäkerhetsutbildning har ökat något under året, från 22 procent till 34 procent. Sjukhuset uppger att arbetet fortsätter med att förbättra förutsättningarna för utbildning och ökad övningsverksamhet. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad. |
| 107477<br><b>Från rapport</b><br>2023/01 Projektrapport | Ledningen bör säkerställa att kunskapen ökar kring hur konsekvenserna av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet.    | —        |  |
| 107478<br><b>Från rapport</b><br>2023/01 Projektrapport | Ledningen bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshandling.     | —        |  |