

**Årsrapport 2025
Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)**

Efter genomförd granskning bedömer revisorerna att verksamheten i allt väsentligt har skötts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Revisorerna bedömer att styrningen och kontrollen inte är helt tillräcklig. Revisionskontoret bedömer att nämnden på ett strukturerat sätt arbetat med planering och uppföljning av ekonomi och verksamhet men att det fortsatt finns behov av att stärka styrningen och kontrollen inom vissa områden så som lönehantering och skydd av personuppgifter.

Revisorerna bedömer att räkenskaperna är rättvisande.

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 1 april 2026 att överlämna rapporten till SLSO för yttrande senast 2026-08-27.

Revisorerna vill särskilt ha svar på hur nämnden avser att:

- säkerställa att det finns erforderliga kontrollmoment genomgående i lönehanteringen.
- säkerställa att berörda chefer får ändamålsenlig introduktion och kompetensutveckling i Heroma.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Annika Sandström
ordförande revisorsgrupp II

Årsrapport 2025

Stockholms läns sjukvårds- område (SLSO)

Revisionskontoret
Region Stockholm

Datum 2026-03-25
RK 2025-0037

Sammanfattning – SLSO

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

Bedömning för år 2025

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

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Det ekonomiska resultatet uppgår till cirka 647 mnkr, vilket är högre än fullmäktiges resultatkrav. Den positiva avvikelsen beror främst på lägre bemanningskostnader samt intäkter i form av statsbidrag.

Nämnden uppfyller 7 av 7 mål.

Utifrån genomförd granskning bedömer revisionskontoret det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet sammantaget som tillfredsställande.

Styrning och kontroll

Revisionskontoret har under året granskat nämndens styrning och kontroll av bland annat det systematiska arbetsmiljöarbetet inom barn- och ungdomspsykiatri, hantering av skyddade personuppgifter, löneprocessen samt lokalhyror. Revisionskontoret bedömer att nämnden på ett strukturerat sätt arbetat med planering och uppföljning av ekonomi och verksamhet men att det fortsatt finns behov av att stärka styrningen och kontrollen inom vissa områden så som lönehantering och skydd av personuppgifter.

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

Räkenskaper

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

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	5
1.1. Iakttagelser i 2024 års granskning	5
1.2. Syfte och revisionsfrågor	5
1.3. Revisionskriterier	5
1.4. Metod och kvalitetssäkring	6
2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	6
2.1. Väsentliga händelser	6
2.2. Ekonomiskt resultat.....	7
2.3. Verksamhetsmässiga resultat.....	7
3. Styrning och kontroll.....	11
3.1. Ekonomistyrning	11
3.2. Riskanalys och plan för intern kontroll 2025	11
3.3. Verksamhetsstyrning	11
4. Räkenskaper.....	14
4.1. Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen	14
Bilaga 1	Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till nämnden
Bilaga 2	Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen

1. Bakgrund

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

Nämnden Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) ansvarar enligt reglementet för region Stockholms verksamhet inom:

- Primärvård
- Geriatrik
- Psykiatri
- Rehabilitering
- Hjälpmedel
- Avancerad sjukvård i hemmet
- Beroendevård
- Funktionshindersverksamheten enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Detta gäller med undantag för primärvård, geriatrik, och vuxenpsykiatri inom Norrtälje kommun samt med undantag för geriatrik inom Salems kommun, Nykvarn kommun och Södertälje kommun.

1.1. Iakttagelser i 2024 års granskning

Revisionskontoret noterade i 2024 års granskning av SLSO att det ekonomiska resultatet översteg fullmäktiges resultatkrav med cirka 70 mnkr. SLSO uppfyllde 5 av 7 av fullmäktiges mål för verksamheten. Revisionskontoret lämnade följande rekommendationer i 2024 års granskning:

- Nämnden för SLSO bör säkerställa att anpassad utbildning erbjuds relevanta roller inom systematisk informationssäkerhet.
- Nämnden för SLSO bör säkerställa att attest utförs av oberoende part och i enlighet med regler för attest.

1.1.1. Nämndens yttrande

I sitt yttrande instämde nämnden i huvudsak i revisorernas iakttagelser. Nämnden ansåg dock att rekommendationen om riskanalyser för de IT-tjänster som tillhandahålls till SLSO av andra delar av Region Stockholm var korrekt.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

För att svara på syftet har revisionskontoret formulerat följande revisionsfrågor:

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

1.3. Revisionskriterier

I granskningen används följande revisionskriterier:

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

I granskning av räkenskaperna är utgångspunkterna följande revisionskriterier:

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

1.4. Metod och kvalitetssäkring

Katrin Rekkedal, sakkunnig på revisionskontoret, har genomfört granskningen. Revisionsbyrå PwC har bistått i granskningen av räkenskaperna.

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

2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

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

2.1. Väsentliga händelser

Nämnden har rapporterat väsentliga händelser i verksamhetsberättelsen, varav flera handlar om att fullfölja de politiska beslut om att överta vårdverksamhet i Region Stockholms regi.

- Syncentralen och öppenvårdspsykiatri för vuxna för Nacka/Värmdö övergick till SLSO under 2025.
- Förberedelser har pågått för verksamhetsövergång av Medhelp sjukvårdsrådgivning AB till SLSO den 1 januari 2026.
- KommSyn Stockholm ansvarar från och med 2025 för hörselhjälpmedel som förskrivs till medborgarna i regionen.
- Psykiatrins uppdrag har utökats med mer slutenvård, ett utökat geografiskt områdesansvar, ökat uppdrag inom svår depression och ångest samt specialiserad enhet för posttraumatisk stressyndrom.
- I slutet av 2024 övertog SLSO ansvaret för ätstörningsvården samt delar av tidigare upphandlad beroendevård.
- Det ekonomiska resultatet överstiger budget och SLSO uppnår samtliga av fullmäktiges mål.

2.1.1. Revisionskontorets bedömningar

Revisionskontoret bedömer att nämnden på ett översiktligt sätt redogjort för väsentliga händelser i verksamhetsberättelsen.

2.2. Ekonomiskt resultat

Det ekonomiska resultatet uppgår till cirka 647 mnkr. Detta är cirka 434 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav på 213 mnkr. Det positiva resultatet beror enligt nämnden främst på lägre bemanningskostnader vilket till viss del beror på omvärderingen av semesterlöneskulden till 2025 års PO-pålägg. I verksamhetsberättelsen redovisar nämnden att det positiva resultatet beror också beror på intäkter i form av statsbidrag som inte har medfört motsvarande kostnadsökningar. Utökade vårdavtal och större uppräknings av vårdersättningar än budget hade enligt nämnden också en positiv inverkan på resultatet. Utfallet för verksamhetens intäkter var 16 728 mnkr och kostnaderna - 15 906 mnkr.

2.2.1. Revisionskontorets bedömning av ekonomiskt resultat

Nämnden redovisar att resultatet överstiger resultatkravet. Revisionskontoret instämmer i nämndens bedömning.

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

Revisionskontoret bedömer att nämnden ekonomiska resultat är tillfredsställande.

2.3. Verksamhetsmässiga resultat

2.3.1. Fullmäktiges verksamhetsmål

Nämnden berörs av 7 av fullmäktiges mål.

Enligt anvisningarna från regionledningskontoret ska nämnder och bolag i sina verksamhetsberättelser följa upp och bedöma fullmäktiges verksamhetsmål enligt följande:

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

Kopplat till målen finns indikatorer. Regionledningskontorets anvisningar innehåller kriterier för bedömning av om en indikator har uppnått sitt målvärde. Det saknas dock kriterier för hur kvantitativa och kvalitativa faktorer ska vägas ihop i bedömningen av om målen är uppnådda eller inte. Enligt tidigare anvisningar från regionledningskontoret, även i delåret 2025, har måluppfyllelsen per mål mätts genom att resultatet av indikatorerna räknats ihop.

2.3.1.1. Nämndens redovisade uppföljning av indikatorer till målen

Till målen har nämnden tilldelats 16 indikatorer. Tabellen nedan innehåller nämndens redovisning av resultatet för indikatorerna. I tabellen har revisionskontoret också undersökt hur målbedömningen skulle ha fallit ut vid användning av de kriterier¹ för bedömning av måluppfyllelse som gällde under 2024 och i delåret 2025.

¹ Grönt = Målet uppfylls då mer än hälften av indikatorerna har uppnått sina målvärden
Gult = Målet uppfylls delvis då exakt hälften av indikatorerna har uppnått sina målvärden
Rött = Målet uppfylls inte då färre än hälften av indikatorerna har uppnått sina målvärden

Utöver fullmäktiges indikatorer finns också några indikatorer från nämnden. Indikatorn för Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan bedöms som icke uppfyllt då SLSO endast lyckats få fram delar av de mätningar som behövs och därmed inte redovisar något värde i år.

Mål	Indikator	Nämndens redovisning av mål/indikator	Revisionskontorets sammanställning baserad endast på indikatorer och de tidigare kriterierna för måluppfyllelse
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov		●	●
	Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist	●	Uppfyller Regionfullmäktiges målvärde
	Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist	■	Uppfyller ej Regionfullmäktiges målvärde
	Andel patienter som får medicinsk bedömning inom tre dagar på husläkarmottagning	●	Uppfyller Regionfullmäktiges målvärde
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		●	●
	Förekomsten av vårdrelaterade infektioner	●	Uppfyller Regionfullmäktiges målvärde
	Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle	●	Uppfyller Regionfullmäktiges målvärde
	Suicidriskbedömning av nya patienter inom psykiatrisk öppenvård	●	Uppfyller Regionfullmäktiges målvärde
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet		●	●
	Administrativa kostnader ska minska	●	Uppfyller Regionfullmäktiges målvärde
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035		●	●
	Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019	●	Uppfyller Regionfullmäktiges målvärde

	Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan	■	Uppfyller ej Regionfullmäktiges målvärde
	Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav	●	Uppfyller Regionfullmäktiges målvärde
	Nämnden har genomfört åtgärder för att öka livslängd och materialåtervinning av produkt- och materialflöden	●	Uppfyller Regionfullmäktiges målvärde
Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling		●	●
	Nämnden har utifrån sitt uppdrag arbetat systematiskt med social hållbarhet	●	Uppfyller Regionfullmäktiges målvärde
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		●	●
	Totalindex HME	●	Uppfyller Regionfullmäktiges målvärde
	Andel sjukfrånvaro	●	Uppfyller Regionfullmäktiges målvärde
	Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete	■	Uppfyller ej Regionfullmäktiges målvärde
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare		●	●
	Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning	●	Uppfyller Regionfullmäktiges målvärde

2.3.1.2. Nämndens redovisning av kvalitativa faktorer och samlad bedömning av målen

Nämnden redovisar att den uppnått 7 av fullmäktiges 7 mål. För varje mål redovisar kvalitativa faktorer jämte de uppdrag och indikatorer som är kopplade till målet. Nämnden redovisar på eget initiativ en bedömning av målet *Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning* då nämnden kopplat 2 egna indikatorer till detta mål.

Kvalitativa faktorer beskrivs till stor del utifrån övergripande aktiviteter enligt följande:

- **Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov**
 - Övergripande aktivitet: Utbudspunkter
 - Övergripande aktivitet: Personcentrering
 - Övergripande aktivitet: Egenmonitorering

- **Vården är säker, effektiv och har god kvalitet**
 - Övergripande aktivitet: Produktions- och kapacitetsstyrning
 - Handlingsplan för patientsäkerhet (fem fokusområden)
- **Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet**
 - Övergripande aktivitet: Översyn av intern ekonomisk styrmodell
 - Övergripande aktivitet: Tydliggöra SLSO:s ledningsmodell
- **Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035**
 - Beskrivning av arbete med aktivitetskort, kartläggning av utsläpp och klimatfokus i arbetet med att bygga beredskapslager.
- **Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling**
 - Beskrivning av arbete med Regionledningskontorets utbildning samt modell för kartläggning av systematiskt arbete med social hållbarhet.
 - Beskrivning av nätverk för barnsamordnare och barnombud.
- **Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare**
 - Övergripande aktivitet: Tydliggöra kompetensförsörjning som process i ledningsansvaret
- **Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare**
 - Övergripande aktivitet: Arbetsgivarerbjudande

2.3.2. Uppdrag från fullmäktige

Nämnden redovisar för uppdragen under respektive mål. Regionfullmäktige har beslutat om 5 uppdrag för nämnden för år 2025, varav nämnden bedömer att ett är avslutat och fyra är pågående enligt plan. Uppdraget om inkråmsöverlåtelseavtal bedömdes avslutat vid nämndbeslutet i december 2025, även om signering av själva avtalet genomförs 2026.

2.3.3. Revisionskontorets bedömning

Nämnden anger att 13 av 16 indikatorer som tilldelats nämnden har nått sina målvärden. Revisionskontoret gör ingen annan bedömning.

Måluppfyllelsen för år 2025 hade fått samma utfall även om bedömningen gjorts utifrån de kriterier för bedömning som gällde under 2025 och i delåret 2025.

Revisionskontoret bedömer att den kvalitativa redovisningen kopplad till målen ger en mer detaljerad bild av övergripande aktiviteter inom enskilda verksamheter med nedbrutna mätetal relaterade till fullmäktiges indikatorer.

Nämnden redovisar att den genomfört 1 av 5 uppdrag från fullmäktige. Revisionskontoret gör ingen annan bedömning. Övriga uppdrag pågår enligt plan under 2026.

Revisionskontoret bedömer att nämndens verksamhetsmässiga resultat är tillfredsställande.

3. Styrning och kontroll

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

3.1. Ekonomistyrning

I delårsrapporten för 2025 prognostiserade nämnden att årets resultat skulle bli 500 mnkr, vilket var högre än budgeten. Resultatet för helåret blev 147 mnkr högre än prognosen i delårsrapporten. Nämnden har därför inte upprättat några åtgärdsplaner. PwC har på uppdrag av revisionskontoret granskat nämndens ekonomistyrning vilket visat att förvaltningen bedriver ett strukturerat arbete med identifierade risker i verksamheterna kopplat till ekonomi. De åtgärder som vidtagits 2024 verkar ha fått effekt. Förklaringar mellan lämnad prognos under året och faktiskt utfall är enligt PwC rimliga utifrån de förklaringar som SLSO lämnat.

3.1.1. Revisionskontorets bedömning av ekonomistyrning

Revisionskontoret bedömer att nämnden haft en tillräcklig styrning och kontroll över ekonomin.

3.2. Riskanalys och plan för intern kontroll 2025

Nämnden har identifierat 12 risker för 2025 där fem av de högst värderade lyfts fram i verksamhetsberättelsen. Den obligatoriska risken för felaktiga bidragsutbetalningar är enligt SLSO inte aktuell då de ej betalar ut bidrag.

3.2.1. Revisionskontorets bedömning av riskanalys och plan för intern kontroll 2025

Revisionskontoret har översiktligt granskat SLSO:s arbete med riskanalys och internkontrollplan utan väsentliga iakttagelser.

3.3. Verksamhetsstyrning

3.3.1. Det systematiska arbetsmiljöarbetet inom barn- och ungdomspsykiatri

Revisionskontoret har i ett särskilt projekt (nr 5/2025) granskat nämndens styrning, uppföljning och kontroll av det systematiska arbetsmiljöarbetet inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Granskningen visar att arbetsmiljöarbetet har utvecklats under 2025 och att ansvarsfördelning, styrning, uppföljning och kontroll i huvudsak fungerar väl. Medarbetarenkäter, intervjuer och HR-data visar på förbättrad arbetsmiljö, minskad personalomsättning och en stärkt samverkan mellan arbetsgivare och fackliga företrädare. Samtidigt kvarstår utmaningar kopplade till brister vid eskalering av arbetsmiljöfrågor samt avsaknad av formell samverkan på sektionsnivå. Revisionskontoret bedömer att nämnden för SLSO i huvudsak har säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll av arbetsmiljöarbetet, men att utvecklingsområden finns avseende samverkan och delaktighet.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till nämnden för SLSO för yttrande. Nämnden beslutade på sitt möte 2026-02-26 om ett yttrande där de tar till sig revisorernas synpunkt om samverkan och delaktighet.

3.3.2. Kontroll och hantering av skyddade personuppgifter

Revisionskontoret har i ett särskilt projekt (nr 11/2025) granskat om nämnden för SLSO har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll så att skyddade personuppgifter inte riskerar att röjas till obehöriga.

Granskningen visar att det finns övergripande rutiner avseende skyddade personuppgifter inom Region Stockholm och även rutiner upprättade inom SLSO. Verksamheterna inom SLSO ska upprätta lokala riskanalyser när det kommer nya riktlinjer eller om det sker någon förändring inom området. Granskningen visar att det har förekommit förändringar som påverkar hanteringen av skyddade personuppgifter och att samtliga verksamheter därmed borde ha upprättat riskanalyser. Tre av fyra granskade verksamheter har dock bedömt att det inte skett sådana förändringar som gör att riskanalyser behöver upprättas.

Vidare visar granskningen att information och utbildning inom skyddade personuppgifter sker men det saknas systematik för hur medarbetarna ska informeras och utbildas. SLSO har inte kunnat lämna information om hur stor del av de anställda som har fått information eller utbildning. SLSO har inte heller kunnat lämna information om det genomförs någon årlig uppföljning.

Det saknas inom SLSO även systematiska kontroller av att rutinerna för hantering av skyddade personuppgifter efterlevs och vissa verksamheter kontrollerar inte detta alls. Slutligen visar granskningen att nämnden för SLSO överlämnat hanteringen av skyddade personuppgifter till förvaltningen. Nämnden har inte efterfrågat eller fått information från förvaltningen om hanteringen av skyddade personuppgifter. Vi kan konstatera att nämnden inte har försäkrat sig om att hanteringen fungerar tillräckligt bra.

Den samlade bedömningen är att nämnden för SLSO inte har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll för att skyddade personuppgifter inte ska riskera att röjas till obehöriga.

Utifrån ovanstående iakttagelse bör nämnden:

- säkerställa att förvaltningen efterlever regionens rutiner för hantering av skyddade personuppgifter.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till nämnden för SLSO för yttrande. Nämnden beslutade på sitt möte 2026-02-26 om ett yttrande där SLSO till viss del delar revisorernas synpunkter och redogör för planerade insatser för att utveckla systematik för uppföljning.

3.3.3. Granskning av delegationsordningar och kontroll av beslut

PwC har på uppdrag av revisionskontoret granskat SLSO:s delegationsordning samt nämndens kontroll av delegations- och vidaredelegationsbeslut (nr 19/2025). Granskningen gick igenom om nämnden beslutat om en ändamålsenlig delegationsordning, att förvaltningschefens vidaredelegationsordning är ändamålsenlig samt om delegationsbeslut hanteras i enlighet med gällande delegationsordning och lagstiftning.

En slutsats i granskningen är att nämnden inte helt har tillräcklig kontroll över delegerade och vidaredelegerade beslut.

Utifrån ovan iakttagelse bör nämnden:

- utveckla delegationsordningen genom att verkställighet, uppdragsbeskrivningar och ansvar antingen tas bort eller skiljs åt tydligare från beslut som delegeras. Delegationsordningen kan med fördel baseras på de beslut som enligt lagar och interna styrdokument åligger nämnden att besluta om.
- komplettera nämndens delegationsordning med bestämmelser rörande beslut vid brådskande ärenden.
- tillse att närsjukvårdsdirektörens beslut om vidaredelegation sker till en delegat för att säkerställa att det är tydligt till vem beslutanderätten har överlåtits till. Om vidaredelegation behöver ske till en grupp behöver det finnas en tydlig rangordning.
- revidera delegationsordning och vidaredelegationsordning så att det råder överensstämmelse mellan dokumenten kring bestämmelser om anmälan av vidaredelegationsbeslut.
- se över behov av att införa rutiner för kontroll av fattade delegationsbeslut för att säkerställa att alla delegationsbeslut är anmälda till nämnden.

Den 19 mars 2026 godkände RGII rapporteringen. Revisorerna beslutade om missiv med rekommendationer. Senast den 31 maj 2026 ska nämnden yttra sig över granskningen.

3.3.4. Granskning av lönehantering (personalkostnader)

PwC har på uppdrag av revisionskontoret granskat SLSO:s lönehantering i syfte att bedöma om nämnden säkerställer en tillräcklig intern kontroll i hanteringen av löner och personalrelaterade kostnader.

Granskningen påvisar fortsatta brister i den interna kontrollen i lönehanteringen, bland annat avseende förebyggande kontroller (innan utbetalning) och uppföljande kontroller (efter utbetalning). Erhållen statistik visar att andelen attesterade utanordningslistor under 2025 uppgår till 60 procent. I granskningen har även framkommit att cheferna inte gör någon systemmässig attest i Heroma innan lönekörning.

PwC bedömer att nämnden inte har en tillräcklig intern kontroll i hanteringen av löner och personalrelaterade kostnader. Det finns inte risk för väsentliga fel i räkenskaperna men den interna kontrollen bedöms bristfällig vilket medför risk för oriktiga utbetalningar och konsekvenser för enskilda medarbetare.

Utifrån ovan iakttagelse bör nämnden:

- säkerställa att det finns erforderliga kontrollmoment genomgående i lönehanteringen.
- säkerställa att berörda chefer får ändamålsenlig introduktion och kompetensutveckling i Heroma.

3.3.5. Granskning av hantering och redovisning av lokalhyror

PwC har på uppdrag av Revisionskontoret granskat SLSO:s hantering och redovisning av lokalhyror i syfte att bedöma om den interna kontrollen är tillräcklig. Granskning har skett genom bland annat intervjuer, dokumentgranskning och kartläggning och stickprover av avtal och fakturor.

PwC bedömer att nämnden inte i alla delar har en tillräcklig intern kontroll i hanteringen och redovisningen av lokalhyror. Det finns en i grunden tydlig organisation och ansvarsfördelning för hantering av lokalhyror, men

den operativa kontrollen bedöms sårbar. Ingen rekommendation lämnas.

3.3.6. Revisionskontorets bedömning

Revisionskontoret bedömer att nämnden på ett strukturerat sätt arbetat med planering och uppföljning av ekonomi och verksamhet men att det fortsatt finns behov av att stärka styrningen och kontrollen inom vissa områden så som lönehantering och skydd av personuppgifter. Utifrån genomförd granskning bedömer revisionskontoret sammantaget att nämndens styrning och kontroll inte är helt tillräcklig.

4. Räkenskaper

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

4.1. Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen

Granskning av räkenskaper har genomförts av PwC.

4.1.1. Revisionskontorets bedömning

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

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Stockholm den 25 mars 2026

Katrin Rekkedal
Sakkunnig

Joakim Söderberg
Enhetschef

Vad gör regionrevisorerna?

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

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

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

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

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm

Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)

Telefon: 08-123 100 00

E-post: regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se


Hemsida: www.regionstockholm.se

Rekommendationer till nämnd/styrelse – ÅR 2025

Bilaga 1




Stockholms läns sjukvårdsområde

Avtalsstyrning och uppföljning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
89150 Från rapport 2022/03 Projektrapport	För att bättre kunna följa upp anpassningen av vård till barn och unga bör nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde fokusera på att utveckla mått och indikatorer med fokus på barns vård.		ÅR 2025 SLSO deltar i de forum som finns på HSF för att utveckla mått och rapportering för uppföljning av vårduppdrag och avtal som berör barn och unga. Rekommendationen bedöms därmed vara åtgärdad.

Bilaga 1

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
148612 Från rapport 2024/07 Projektrapport	SLSO bör säkerställa att anvisningarna i dokumentet Anmälan av delegationsbeslut till nämnd - instruktion för SLSO följs		ÅR 2025 Arbete pågår där SLSO bland annat ska förstärka registraturen. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
150709 Från rapport 2024 Årsrapport	Nämnden för SLSO bör säkerställa att erforderliga underlag biläggs redovisningstransaktioner för ledningsnära kostnader och representation.		ÅR 2025 Genomförd verifiering av ledningsnära kostnader och representation visar att det finns erforderliga underlag till granskade redovisningstransaktioner. Rekommendationen bedöms därmed åtgärdad.
150710 Från rapport 2024 Årsrapport	Nämnden för SLSO bör säkerställa att attest utförs av oberoende part och i enlighet med regler för attest.		ÅR 2025 Genomförd verifiering av ledningsnära kostnader och representation visar att det fortfarande finns brister beträffande attestants oberoende och följsamhet till attestreglerna. Rekommendationen bedöms kvarstå.

Bilaga 1


IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
150707 Från rapport 2024 Årsrapport	Nämnden för SLSO bör säkerställa att anpassad utbildning erbjuds relevanta roller inom systematisk informationssäkerhet.	—	
150708 Från rapport 2024 Årsrapport	Nämnden för SLSO bör säkerställa att riskanalyser inklusive åtgärder och uppföljning sker för de IT-tjänster som tillhandahålls till SLSO av andra delar av Region Stockholm.	—	



Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
150358 Från rapport 2024/9 Projektrapport	Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde bör se över möjligheterna att minska antalet medarbetare per chef i slutenvården.	●	ÅR 2025 Under 2025 har SLSO arbetat med kompetensförsörjning och stöd till chefer. En översyn av chefers förutsättningar samt utbudet av ledarskapsutveckling har påbörjats. Avseende personalgruppernas storlek har vid rekommendationsuppföljningen inte framkommit några

Bilaga 1

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			SLSO-centrala initiativ.
150359 Från rapport 2024/9 Projektrapport	Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde bör utvärdera såväl syfte som tillämpning av förordnanden som anställningsform för första linjens chefer i slutenvården.		ÅR 2025 En arbetsgrupp har tillsatts centralt på uppdrag av HR-direktören för att ta fram ett förslag på hur förordnanden för chefer inom hälso- och sjukvården kan se ut. Revisionen avvaktar utfallet av arbetet.

Strategisk styrning och organisation

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
107970 Från rapport 2023 Delrapport	Nämnden bör stärka sin styrning och uppföljning av digitaliseringsarbetet genom att ta ställning till strategiska vägval i färdplanen.		ÅR 2024 Nämnden har inte fattat beslut om färdplanen. Rekommendationen bedöms kvarstå.
147917 Från rapport 2024/10 Projektrapport	Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde bör stärka sin styrning och uppföljning av forskningsverksamheten		ÅR 2025 De större iakttagelserna i granskningen handlade om att SLSO:s FoU-kommitté fattade beslut om budget och strategi

Bilaga 1

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			för forskning. Sedan granskningens genomförande har nämnden för SLSO fattat beslut om FoU-budget efter beredning i SLSO:s FoU-kommitté. En ny strategi för utbildning och forskning har beslutats av nämnden i februari 2026. Rekommendationen är i huvudsak genomförd.
147920 Från rapport 2024/10 Projektrapport	Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde bör säkerställa att beslut fattas i enlighet med kommunallagen	●	ÅR 2025 De större iakttagelserna i granskningen handlade om att SLSO:s FoU-kommitté fattade beslut om budget och strategi för forskning. Sedan granskningens genomförande har nämnden för SLSO fattat beslut om FoU-budget efter beredning i SLSO:s FoU-kommitté. En ny strategi för utbildning och forskning har beslutats av nämnden i februari 2026. Rekommendationen är i huvudsak genomförd.

Bilaga 1

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
119310 Från rapport 2023/05 Projektrapport	Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde bör delegera arbetsmiljöuppgifter avseende hot och våld inom ASIH för att tydliggöra hur arbetsmiljöarbetet avseende detta är fördelat i SLSO:s organisation.	●	ÅR 2025 En revidering av delegationsordningen planeras ske under våren 2026. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
119316 Från rapport 2023/07 Projektrapport	Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde bör genom verksamhetsuppföljning säkerställa en tillräcklig följsamhet till behandlingsriktlinjer för KOL för nämndens vårdcentraler.	●	ÅR 2024 SLSO har ett pågående arbete tillsammans med APC (Akademiskt primärvårdscentrum) där KOL är tema för kvalitetsdialoger 2025. Genom att nya rapporter skapas i befintligt systemstöd (Medrave) förbättras förutsättningarna för uppföljning av KOL-patienter på aggregerad nivå. Vidare pågår arbete på nationell nivå för att ta fram indikatorer. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.

Rekommendationer till ledning – ÅR 2025

Bilaga 2

Stockholms läns sjukvårdsområde

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97168 Från rapport 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att riskbedömningar görs i syfte att identifiera risker med avseende på bisysslor samt vidta adekvata åtgärder om sådana risker identifieras.	●	ÅR 2025 SLSO har planerat åtgärder så som utbildning för chefer under våren. Beskrivna åtgärder kommer att följas upp av Revisionskontoret hösten 2026.
97169 Från rapport 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att Heroma implementeras och kan användas av hela organisationen för registrering av bisysslor samt säkerställa att dessa är anmälda, registrerade och bedömda enligt gällande riktlinjer och anvisningar.	●	ÅR 2025 SLSO har planerat åtgärder så som utbildning för chefer under våren, där framtaget styrdokument om registrering av bisysslor ingår. Beskrivna åtgärder kommer att följas upp av Revisionskontoret hösten 2026.
97170	Ledningen för SLSO bör införa kontroll för att säkerställa	●	ÅR 2025

Bilaga 2

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Från rapport 2022 Årsrapport	följsamheten till regelverkets anvisningar när det gäller bedömning av otillåtna bisysslor.		SLSO har planerat åtgärder så som utbildning för chefer under våren samt infört ett bysyssleråd. Beskrivna åtgärder kommer att följas upp av Revisionskontoret hösten 2026.
97172 Från rapport 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör införa en systematisk och formaliserad kontroll av upplagda behörigheter i Raindance för att säkerställa att behörigheterna är aktuella.	●	ÅR 2025 Det är Serviceförvaltningen som ansvarar för SLSO:s behörigheter i Raindance. Serviceförvaltningen uppges ha en systematisk rutin där de löpande går igenom behörigheter i RD och hanterar personer som inte längre finns inom SLSO. Till sin hjälp har de rapporten "Koder i Raindance". Pwc har efterfrågat underlag som styrker angiven rutin och kontroll, men det har inte erhållits. Rekommendationen bedöms kvarstå.
116257 Från rapport 2023/06 Projektrapport	Ledningen för SLSO bör stärka uppföljningen av att fastställda rutiner och regelverk avseende remisshantering efterlevs avseende remissbevakning.	●	ÅR 2025 Remisshantering är en del av ledningssystemet för kvalitet och följs upp inom ramen för den interna revisionen Inför 2026 har SLSO förtydligat underlaget med specifika frågor om remisshantering. SLSO kommer även lyfta frågan med

Bilaga 2

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			de externa revisorerna inför deras revision som genomförs för ISO-certifiering. Rekommendationen bedöms i huvudsak som åtgärdad.
116258 Från rapport 2023/06 Projektrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa en enhetlig avvikelserapportering avseende remisshantering.	●	ÅR 2025 Remisshantering är en del av ledningssystemet för kvalitet och följs upp inom ramen för den interna revisionen. Inför 2026 har SLSO förtydligat underlaget med specifika frågor om remisshantering och avvikelser kopplade till remisser. SLSO kommer även lyfta frågan med de externa revisorerna inför deras revision som genomförs för ISO-certifiering. Rekommendationen bedöms i huvudsak som åtgärdad.

Säkerhet och beredskap

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
107473 Från rapport 2023/01 Projektrapport	Ledningen för SLSO ledning bör säkerställa att kunskapen ökar kring hur konsekvenserna av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet	●	Delår 2024 Arbetet har påbörjats med översyn av vattenförbrukningen och kontinuitetsplanering på husläkarmottagningarna och

Bilaga 2

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			fortsätter med slutenvården. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
107474 Från rapport 2023/01 Projektrapport	Ledningen för SLSO bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.	●	Delår 2025 SLSO har på anmodan från RLK inte genomfört någon RSA sedan den förra uppföljningen. Det finns därför ingen samverkan gällande risk- och sårbarhetsanalyser för revisionen att bedöma. Rekommendationen kvarstår.

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
119313 Från rapport 2023/05 Projektrapport	Ledningen för Stockholms läns sjukvårdsområde bör följa upp förekomsten av hot och våld i ASIH.	●	ÅR 2025 Förekomst av hot och våld följs årligen upp i OSA-enkäten. Arbetsmiljön följs upp kontinuerligt och åtgärder med anledning av resultatet av OSA-enkäten är genomförda. Både ASIH Stockholm Norr och ASIH Stockholm Södra har en blankett för utvärdering av potentiella säkerhetsrisker i samband med inskrivning såsom riskfaktorer i hemmet eller

Bilaga 2

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			närmiljön. Ifylld blankett behandlas därefter i organisationen. Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.
119317 Från rapport 2023/07 Projektrapport	Ledningen för Stockholms läns sjukvårdsområde bör se till att patientinformation kring KOL kommuniceras och finns tillgänglig för patienter via olika kanaler och olika format, t.ex. patientutbildning och skriftlig behandlingsplan.	●	ÅR 2024 Ett arbete pågår för att utveckla patientinformation bl.a. genom mer organiserad patientutbildning, mallar för information på 1177 imnkl. QR-koder att sätta upp i väntrum samt insatser för att underlätta framtagande av behandlingsplan. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.