Regionrevisorerna

2025-04-09

Diarienummer
RK 2024-0026

Till nämnden för
Stockholms läns sjukvårdsområde

Årsrapport 2024
Stockholms läns sjukvårdsområde

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 9 april 2025 att överlämna rapporten till nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde för yttrande senast 2025-08-31.

Annika Sandström
Ordförande i revisorsgrupp II

Anna Peterson
samordnande administratör

Addo Sign ID-nummer: 615d8e8b-76b8-4f8e-8cf4-62e5669a36a3

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-123 100 00
E-post:
regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.regionstockholm.se

Besöksadress: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset.

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat med Addo Sign säkra digitala signatur.
Undertecknarens identitet registreras fysiskt i det elektroniska PDF-dokumentet och visas nedan.
Alla tider anges i koordinerad universell tid (Coordinated Universal Time, UTC).

Undertecknare

ANNA PETERSON
samordnande admiratör
qSw9HEyGGCKfwZ9OvOOy1Q
2025-04-16 08:40:52Z
BankID Mobile

Annika Sandström
vKoadXstn92SQj7lpKywoA
2025-04-17 09:17:46Z
BankID File

Dokument i försändelsen

Exp missiv årsrapport 2024 MedHelp Sjukvårdsrådgivning AB.pdf *SHA256: a083177df395af02b15e91f4637bbb33c77a6cf8cb91201134b9e803592b5d0f*

Exp missiv årsrapport 2024 Södertälje sjukhus AB.pdf *SHA256: 987286769138b11213b90abfa8945166bd9a3b66e412c4e87443e84691f27544*

Exp missiv årsrapport 2024 Södersjukhuset AB.pdf *SHA256: 5807e3affabb9876d838d21df6f4fe2f95d579b0e567c2eee093bf1de3cecb3c*

Exp missiv årsrapport 2024 PVN.pdf *SHA256: 36980be7553428e6621a7ad594fb241bb3006c2d3deb44a58184dc4bece8269b*

Exp missiv årsrapport 2024 St Eriks Ögonsjukhus.pdf *SHA256: a82778925cd42fe605e7d36ba10dacd512783779a89c9c52f80c79f85cbcd69d*

Exp missiv årsrapport 2024 Tobiasregistret AB.pdf *SHA256: eef33fa5184b991d50b631b713dd85f54cf7dac068910a4fe8277322046654dc*

Exp missiv årsrapport 2024 SLSO.pdf *SHA256: 8b66258c1d6a930ba7dea1ff0f7eb6c10bc8c1c296642b1e45438a5dee3442c9*

Exp missiv årsrapport 2024 FTV.pdf *SHA256: b17aa176528d846354934fc2dc710927c563434ef3a185e1d4b08a8e69c8f871*

Exp missiv årsrapport 2024 Danderyds sjukhus AB.pdf *SHA256: 380805995eed074372d2173f731ad9e18a4d401415fce3ad89f3bdcef86bd5ae*

Exp missiv årsrapport 2024 AISAB.pdf *SHA256: 569aa1251b253b0e31dba495d48e49b31239ed7a7b841fca4f3848ddda575f75*

Exp missiv årsrapport 2024 Patientnämnden.pdf *SHA256: 42429065c9d9f9b3bdf08081df3c87ca2148c1f8c909dce1399ec9de8c0e6644*

Exp missiv årsrapport 2024 K.pdf *SHA256: 3e0cccaa3b33bc6559ff15bbb28d18cde023498698f4a5c4a9a41998cb6d18b2*

Exp missiv årsrapport 2024 HSN .pdf *SHA256: 40c203148bc4aaca5e137bf91e8584fd4dc4568da17491a349cac2595b3bd07d*

Addo Sign ID-nummer: 615d8e8b-76b8-4f8e-8cf4-62e5669a36a3

Addo Sign

Dokumentet signeras digitalt med den säkra signeringstjänsten Addo Sign. Signaturbeviset i dokumentet säkras och valideras med det matematiska hashvärdet för originaldokumentet.

Dokumentet är låst för ändringar och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. Alla kryptografiska signeringsbevis är inbäddade i PDF-dokumentet ifall de ska användas för validering i framtiden.

Hur man verifierar dokumentets äkthet
Dokumentet är skyddat med ett Adobe CDS-certifikat. När dokumentet öppnas i Adobe Reader ser det ut att vara signerat genom Addo Sign signeringstjänst.

REGIONREVISORERNA

Årsrapport 2024

Stockholms läns sjukvårds-område

Region Stockholm

Sammanfattning – Stockholms läns sjukvårds-område

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

Bedömning för år 2024

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

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Det ekonomiska resultatet uppgår till cirka 70 mnkr, vilket är högre än fullmäktiges resultatkrav. Samtliga vårdgrenar, med undantag för geriatriken, redovisar ett resultat i nivå eller bättre än budget. Revisionskontoret konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Nämnden uppfyller 5 av 7 mål. Målen *Region Stockholm har en ekonomi i balans* och *Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare* är inte uppfyllda då fullmäktiges indikatorer inte har nått sina målvärden. Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts.

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 delegationer och forskningsverksamheten. 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.

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

Räkenskaper

SLSO har under året bokat upp en skuld som avser utbildningsinsatser som inte är genomförda 2024. Intäkterna är regioninterna och inte behäftade med extern förpliktelse och borde ha intäktsförts. Då beloppet är litet sett till SLSO:s omsättning behöver ingen justering av räkenskaperna göras, dock behöver SLSO säkerställa att intäkter som är regioninterna och inte är behäftade med någon extern förpliktelse blir korrekt hanterade framöver. Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättat enligt god redovisningssed, enligt regionens anvisningar och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning. Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Innehållsförteckning

1. Årlig granskning 5
2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 6
2.1. Ekonomiskt resultat 6
2.2. Verksamhetsmässiga resultat 7
3. Styrning och kontroll 8
3.1. Ekonomistyrning 8
3.2. Bedömning ekonomistyrning 8
3.3. Verksamhetsstyrning 9
3.4. Systematiskt informationssäkerhetsarbete 9
3.5. Ledningsnära kostnader och representation 9
3.6. Delegerade beslut 10
3.7. Styrning och uppföljning av forskningsverksamheten 10
3.8. Första linjens chefer 10
3.9. Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 11
3.10. Bedömning verksamhetsstyrning 11
4. Räkenskaper 11
4.1. Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen 11
4.2. Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 12
4.3. Bedömning 12

Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till nämnden

Bilaga 2 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen

1. Årlig granskning

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

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

I granskningen används följande revisionskriterier:

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

I granskning av räkenskaperna är utgångspunkterna följande revisionskriterier:

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

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

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

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

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

Granskningen har genomförts av granskningsansvarig Anna Öhlund m.fl. vid revisionskontoret och huvudansvarig konsult Carin Hultgren m.fl. vid PwC .

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

Under granskningsåret har revisorerna träffat nämnden för dialog vid ett tillfälle.

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

2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

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

2.1. Ekonomiskt resultat

	Budget 2024	Bokslut 2024	Bokslut 2023
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	16 608	17 056	15 612
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	-16 608	-16 986	-15 892
Årets resultat	0	70	-280

2.1.1. Resultat 2024

Det ekonomiska resultatet uppgår till cirka 70 mnkr. Detta är cirka 70 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionskontoret konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts. Det positiva resultatet beror främst på vidtagna åtgärder för ett resultat i balans, se avsnitt 2.1.3 samt 3.1. SLSO har också erhållit cirka 114 mnkr i statligt sektorsbidrag för 2024 och har haft ökade vårdintäkter inom psykiatrin och högre försäljningsintäkter i hjälpmedelsverksamheten.

2.1.2. Jämförelse med budget 2024

Verksamhetens intäkter uppgår till 17 056 mnkr, vilket är 448 mnkr (2,7 procent) högre än budgeterat. Avvikelsen beror främst på att erhållna bidrag överstiger budgeten med 146 mnkr, vilket bland annat beror på intäkter avseende medel för arbetsmiljö och kompetensförsörjning samt av ökade externa projektmedel. Intäkterna från försäljning av övriga tjänster överstiger budget med 106 mnkr, vilket till största delen förklaras av högre försäljningsintäkter inom hjälpmedel.

Verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 16 822 mnkr, vilket är 392 mnkr (2,4 procent) högre än budgeterat. Avvikelsen beror främst på

att posten övriga kostnader överstiger budgeten med 155 mnkr, till exempel kostnader kopplade till externa projekt och ökade avyttringskostnader i samband med inventering av lokala förråd inom hjälpmedelsverksamheten. 125 mnkr är hänförbart till högre personalkostnader, inklusive inhyrning. De högre bemanningskostnaderna jämfört med budget beror främst på inhyrning, timvikarier och övertid för att täcka upp för vakanser och frånvaro samt övriga personalkostnader som till exempel utbildning och konferenser.

Avvikelser i förhållande till budget har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i nämndens verksamhetsberättelse.

2.1.3. Arbete med åtgärder för ett resultat i balans

Med anledning av föregående års underskott har nämnden uppmanats att ta fram en åtgärdsplan för ett resultat i balans. Av verksamhetsberättelsen framgår att de planerade åtgärderna under 2024 delvis har genomförts. Nämnden har realiserat cirka 265 mnkr av den beräknade effekten på 295 mnkr för 2024. (Se vidare avsnitt 3.1 Ekonomistyrning).

2.1.4. Investeringar

Årets investeringar uppgår till cirka 224 mnkr, att jämföra med fullmäktiges budget på cirka 280 mnkr, vilket ger en upparbetningsgrad på cirka 80 procent. I tertialrapporteringen justerade SLSO ner investeringsbehovet till cirka 255 mnkr. Budgetavvikelsen beror främst på en uppdaterad tidplan för Helix etapp 2 (utbyggnad av Helix rättspsykiatriska anläggning i Huddinge).

2.1.5. Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionskontoret konstaterar att SLSO har haft en åtgärdsplan för 2024 som inte fullt ut har givit effekt men att det justerade resultatet överstiger resultatkravet. Revisionskontoret bedömer att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans uppnåtts.

2.2. Verksamhetsmässiga resultat

2.2.1. Fullmäktiges verksamhetsmål

Nämnden berörs av 7 av fullmäktiges mål, vilket innebär sammanlagt 15 indikatorer. Nämnden redovisar att samtliga 7 av fullmäktiges mål är uppfyllda, men om nämnden skulle följt regionledningskontorets anvisningar hade två av målen inte varit uppfyllda. Enligt regionledningskontorets anvisningar är ett mål uppfyllt om mer än hälften av indikatorerna nått sina målvärden. Målen *Region Stockholm har en ekonomi i balans* och *Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare* uppfylls inte då fullmäktiges indikatorer inte har nått sina målvärden.

Region Stockholm har en ekonomi i balans (uppfylls inte)

Målet mäts via indikatorn *Administrativa kostnader ska minska*. Utfallet 2023 uppgick till 210 mnkr och utfallet 2024 uppgick till 216 mnkr. Det pågår arbete för att minska administrationen, bland annat ett samarbete med Karolinska Universitetssjukhuset om avrop för inhyrd personal.

Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare (uppfylls inte)

Målet mäts via indikatorn *Andel av personalkostnader i hälso- och sjukvård som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning*. Målvärdet är 99% och utfallet är 98,2%. Utfallet är en förbättring från föregående år för samtliga vårdgrenar.

Måluppfyllelsen har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt i verksamhetsberättelsen.

2.2.2. Bedömning av verksamhetsmässiga resultat

SLSO bör utveckla arbetet med uppföljning av fullmäktiges mål så att nämnden fullt ut genomför uppföljningen i enlighet med regionledningskontorets anvisningar. Revisionskontoret bedömer att de verksamhetsmässiga resultaten i huvudsak har uppnåtts. Det är dock viktigt att nämnden fortsätter att arbeta med att minska de administrativa kostnaderna samt med kompetensförsörjningen för att minska den inhyrda bemanningen.

3. Styrning och kontroll

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

3.1. Ekonomistyrning

I delårsrapporten per augusti 2024 bedömde nämnden att den skulle ha ett 0-resultat vid årets slut. Resultatet för helåret blev 70 mnkr högre än prognosen i delårsrapporten.

Vid sina sammanträden under år 2024 har nämnden behandlat frågor om förvaltningens ekonomi och större verksamhetsförändringar. Nämnden har under året vidtagit ett antal åtgärder för en ekonomi i balans. I sin åtgärdsplan har nämnden beslutat om bland annat fortsatt minskad inhyrning och ökad produktivitet. Varje vårdgren har tagit fram åtgärdsplaner, utifrån sina ekonomiska förutsättningar. Av verksamhetsberättelsen framgår att de planerade åtgärderna under 2024 delvis har genomförts. Cirka 265 mnkr av den beräknade effekten på 295 mnkr för 2024 har realiserats, dvs nästan 90 %.

På uppdrag av revisionskontoret har konsulter på PwC gjort en genomgång av SLSO:s verksamhetsplan för 2024 och följt den ekonomiska rapporteringen löpande under året. PwC har granskat månadsrapporter och tertialrapport, protokoll från nämndens sammanträden och nämndens verksamhetsberättelse. PwC har även tagit del av sammanställningar över ekonomiskt utfall per vårdgren på resultatenhetsnivå samt åtgärdsplaner och uppföljning av dessa på enhetsnivå per vårdgren.

3.2. Bedömning ekonomistyrning

Revisionskontoret konstaterar att nämnden har arbetat med åtgärder för en ekonomi i balans. Nämnden har regelbundet fått information om det ekonomiska läget och utfallet av åtgärdsplanen. Revisionskontoret bedömer att nämnden varit aktiv i sin styrning och beslutat om åtgärder. De beslutade åtgärderna för en ekonomi i balans har inte gett fullt ut förväntad effekt men årets resultat överstiger resultatkravet med 70 mnkr. Nämnden har för 2024 haft en tillräcklig styrning och kontroll över ekonomin.

3.3. Verksamhetsstyrning

Under år 2024 hade nämnden 10 ordinarie nämndmöten och ett extrainsatt möte med beslut per capsulam. Utöver tertialrapport och delrapport behandlade nämnden månadsrapporter vid sex tillfällen under 2024. I tertialrapporten och delårsrapporten följde nämnden upp indikatorer och gjorde prognoser om måluppfyllelsen vid årets slut. I verksamhetsberättelsen följde nämnden upp resultaten för målen för hela året.

3.4. Systematiskt informationssäkerhetsarbete

PwC har på uppdrag av revisionskontoret genomfört en granskning av SLSO:s systematiska informationssäkerhetsarbete. Granskningen syftade till att bedöma om SLSO uppfyller kommunallagens krav på kontroll av informationssäkerhet, samt om arbetet bedrivs på ett ändamålsenligt sätt, i enlighet med lagstiftning, interna mål och regelverk samt fullmäktiges mål.

Granskningen visar att den regiongemensamma styrningen ger en bra plattform att utgå ifrån, men att nämnden behöver utveckla styrande dokument, processer, roller och ansvar samt se över resurstilldelningen. SLSO bedöms ha etablerade och fungerande rutiner för hantering av informationssäkerhetsincidenter, men förbättringsåtgärder krävs för att hanteringen ska vara effektiv och i linje med lagkrav.

Granskningen visar också att utbildning inom informationssäkerhet inom SLSO delvis genomförs förbättringsmöjligheter finns; Lagkrav och interna krav uppfylls inte helt. Gällande genomförandet av riskanalyser för informationssäkerhet, finns utrymme för förbättring avseende främst det systematiska genomförandet och uppföljning av identifierade risker. Slutligen visar granskningen att förberedelserna inför införandet av NIS 2-direktivet och den kommande cybersäkerhetslagen är bristfälliga.

Den samlade bedömningen är att det finns risk att SLSO inte har tillräcklig förmåga att upprätthålla en robust informationssäkerhet, vilket i sin tur kan innebära risker för både SLSO som organisation, anställda och patienter. Sammanfattningsvis visar granskningen att SLSO:s arbete inom informationssäkerhet delvis är på rätt väg, men att större insatser och förbättringar är nödvändiga för att säkerställa att organisationen lever upp till gällande och kommande krav.

Nämnden för SLSO bör säkerställa att anpassad utbildning erbjuds relevanta roller inom systematisk informationssäkerhet. Nämnden för SLSO bör också säkerställa att riskanalyser inklusive åtgärder och uppföljning sker för de IT-tjänster som tillhandahålls till SLSO av andra delar av Region Stockholm.

3.5. Ledningsnära kostnader och representation

PwC har genomfört ett stickprov av ledningsnära kostnader och representation för perioden september – december 2024. Totalt har 20 leverantörsfakturor granskats med avseende på syftesbeskrivning, deltagarförteckning, kontering, momsavdrag samt attestants behörighet och oberoende, dvs. att attestanten själv inte konsumerat eller använt varan eller tjänsten. Av 20 leverantörsfakturor har 13 i sin helhet verifierats utan anmärkning. För resterande sju leverantörsfakturor har en eller flera avvikelser noterats. Bland annat noteras för tre fakturor att attestanten själv deltagit i tillställningen som kostnaden avser, vilket inte är i enlighet med gällande regler för attest.

Nämnden för SLSO bör säkerställa att erforderliga underlag biläggs redovisningstransaktioner för ledningsnära kostnader och representation. Nämnden för SLSO bör också säkerställa att attest utförs av oberoende part och i enlighet med regler för attest.

3.6. Delegerade beslut

I ett särskilt projekt[1] har revisionskontoret granskat om SLSO har säkerställt en korrekt och effektiv hantering av delegationsbeslut. Granskning visar att SLSO har stödjande dokument för hur beslut fattade på delegation ska dokumenteras och anmälas till nämnden, men att dessa dokument inte fullt ut följs. SLSO bör säkerställa att förvaltningen följer anvisningarna i dokumentet *Anmälan av delegationsbeslut till nämnd – instruktion för SLSO*.

Revisorerna i revisorsgrupp II överlämnade rapporten till nämnden för yttrande senast 2025-08-31. Revisionskontoret har vid skrivande stund inte erhållit nämndens yttrande över projektrapporten.

3.7. Styrning och uppföljning av forskningsverksamheten

I ett särskilt projekt[2] har revisionskontoret granskat om SLSO har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll av sin kliniska forskningsverksamhet. Den samlade bedömningen är att nämnden för SLSO delvis har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll.

Samverkansorganet FoUU-kommittén har fattat beslut om en strategi som rör SLSO:s forskningsverksamhet. Nämnden har inte beslutat om strategin. Revisionskontoret uppfattar att styrningen av forskningsverksamheten inom SLSO i hög utsträckning utgår från FoUU-kommittén. Vidare menar revisionskontoret att nämndens uppföljning inte ger en heltäckande bild av forskningsverksamhetens utveckling. Nämnden bör därför stärka sin styrning och uppföljning av forskningsverksamheten.

Revisionskontoret bedömer att det finns risk att beslut som fattas inom FoUU-kommittén kan vara beslut i kommunallagens mening. I vissa fall har delegationsbeslut fattats av tjänstepersoner inom SLSO men besluten är inte anmälda till nämnden. Nämnden behöver säkerställa att beslut hanteras i enlighet med kommunallagen.

Nämnden för SLSO bör därför stärka sin styrning och uppföljning av forskningsverksamheten samt säkerställa att beslut fattas i enlighet med kommunallagen.

Revisorerna i revisorsgrupp II överlämnade rapporten till nämnden för yttrande senast 2025-05-27. Revisionen har vid skrivande stund inte erhållit nämndens yttrande över projektrapporten.

3.8. Första linjens chefer

I ett särskilt projekt[3] har revisionskontoret granskat om nämnden för SLSO och styrelserna för Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus har säkerställt att första linjens chefer inom slutenvården har tillräckliga förutsättningar för att utföra sitt uppdrag. I granskningen framkommer att det är svårt att rekrytera första linjens chefer.

[1] Regionrevisorerna, Projektrapport 7/2024 *Granskning av Stockholms läns sjukvårdsområdes delegerade beslut*
[2] Regionrevisorerna, Projektrapport 10/2024 *Styrning av regionens forskningsverksamhet*
[3] Regionrevisorerna, Projektrapport 9/2024 *Första linjens chefer*

Vidare framkommer att första linjens chefer upplever brist på tid. Mer än hälften av de intervjuade cheferna uppger att de har stressrelaterade fysiska symptom. Skälen är huvudsakligen att chefer har för stort antal underställda medarbetare och för vissa chefer ett bristande stöd framför allt från HR. Enligt intervjuade chefer bidrar även anställningsformen med chefsförordnanden till att öka stressen för heltidschefer. Revisionskontoret konstaterar att förutsättningarna för första linjens chefer skiljer sig åt mellan vårdgivare, kliniker, enheter och professioner. Vissa av första linjens chefer har tillräckliga förutsättningar, andra har det inte.

Sammanfattningsvis konstaterar revisionskontoret att arbetet med förutsättningar för första linjens chefer behöver stärkas på ett par punkter. Revisorerna har därför rekommenderat nämnden för SLSO att se över möjligheterna till att minska antalet medarbetare per chef i slutenvården och utvärdera effekterna av att tillämpa förordnanden som anställningsform för första linjens chefer i slutenvården.

Revisorerna i revisorsgrupp II har överlämnat rapporten till nämnden för SLSO för yttrande senast 2025-08-31.

3.9. Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

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

3.10. Bedömning verksamhetsstyrning

Revisionskontoret konstaterar att nämnden planerar och följer upp verksamheten enligt regionens riktlinjer. Revisionskontoret bedömer utifrån genomförda granskningar att nämnden behöver stärka sin styrning och uppföljning i vissa delar. Revisionskontoret samlade bedömning är att nämnden i allt väsentligt har en tillfredsställande styrning och kontroll av verksamheten.

4. Räkenskaper

Granskningen av räkenskaperna har genomförts av PwC.

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

SLSO har under året erhållit ersättning för ökade pensionskostnader på 1 567 mnkr. I SLSO:s resultaträkning har denna intäkt redovisats som ”erhållna bidrag” men borde ha redovisats som ”sålda primärtjänster”. Hanteringen har ingen resultatpåverkan och påverkar därmed inte bedömningen av om räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultatet. Felklassificeringen elimineras på regionnivå i regionkoncernens årsredovisning.

SLSO har under året bokat upp en förutbetald intäkt (skuld) på 24,8 mnkr som avser utbildningsinsatser för 2024 som inte är genomförda. Intäkterna är regioninterna och är inte behäftade med någon extern förpliktelse och borde ha intäktsförts. Då beloppet

är litet sett till SLSO:s omsättning (0,15%) behöver ingen justering av räkenskaperna göras.

Nämnden för SLSO bör säkerställa att intäkter som är regioninterna och inte är behäftade med någon extern förpliktelse intäktsförs fortsättningsvis.

4.2. Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende räkenskaper. I bilaga 1 och 2 framgår hur rekommendationerna har hanterats.

4.3. Bedömning

Revisionskontoret bedömer att räkenskaperna och den finansiella rapporteringen i verksamhetsberättelsen i allt väsentligt är upprättad enligt god redovisningssed, enligt regionens anvisningar och ger en rättvisande bild av årets resultat och ställning.

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Vad gör regionrevisorerna?

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

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

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

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

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-737 25 00
E-post: regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se
Hemsida: www.regionstockholm.se

Region Stockholm

Region Stockholm

Bilaga 1

Regionrevisorerna

Rekommendationer till nämnd/styrelse – ÅR 2024

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 2024** SLSO deltar i de forum där frågan diskuteras. Då arbete pågår bedöms rekommendationen kvarstå.

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	–	
150709 **Från rapport** 2024 Årsrapport	Nämnden för SLSO bör säkerställa att erforderliga underlag biläggs redovisningstransaktioner för ledningsnära kostnader och representation.	–	
150710 **Från rapport** 2024 Årsrapport	Nämnden för SLSO bör säkerställa att attest utförs av oberoende part och i enlighet med regler för attest.	–	**ÅR 2024** Ersätter rekommendation 97171.

IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar

Regionrevisorerna

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.	–	
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.	–	

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	–	

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
147920 **Från rapport** 2024/10 Projektrapport	Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde bör säkerställa att beslut fattas i enlighet med kommunallagen	–	

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
119310 **Från rapport** 2023/05 Projektrappport	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 2024** Nämnden har inte fattat beslut om hur den vill delegera arbetsmiljöarbetet i organisationen. Uppföljning i årsrapporten 2025. Rekommendationen bedöms kvarstå.
119316 **Från rapport** 2023/07 Projektrappport	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.

Region Stockholm

Bilaga 2

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2024

Stockholms läns sjukvårdsområde

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29929 **Från rapport** 2015 Delrapport **Tidigare ID** 643	Ledningen bör säkerställa att samtliga utanordningslistor för utbetalning av lön kontrolleras och attesteras av respektive chef.	✖	**ÅR 2024** Rekommendationen tas bort då den är från 2015.
97165 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att underlag styrker transaktioner med betalkort i enlighet med gällande rutiner.	🟢	**ÅR 2024** Efter inkommen rutin bedöms rekommendationen som åtgärdad.
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 2024** HR deltar i det regionövergripande arbetet. SLSO avvaktar regionens arbete så de vet om och i så fall vad de behöver komplettera med. Ny uppföljning årsrapporten 2025. Rekommendationen bedöms kvarstå.
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 2024** HR deltar i det regionövergripande arbetet. SLSO avvaktar regionens arbete så de vet om och i så fall vad de behöver komplettera med. Ny uppföljning årsrapporten 2025. Rekommendationen bedöms kvarstå.
97170 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör införa kontroll för att säkerställa följsamheten till regelverkets anvisningar när det gäller bedömning av otillåtna bisysslor.	🟡	**ÅR 2024** HR deltar i det regionövergripande arbetet med region-

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			övergripande anvisning. Ny uppföljning årsrapporten 2025 . Rekommendationen bedöms kvarstå.
97171 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör se till att befintliga styrdokument avseende attest i ekonomisystemet stämmer överens-stämmer med gällande arbetssätt och regelverk.	✖	**ÅR 2024** Rekommendationen bedöms ej längre tillämplig och ersätts av rekommendation 150710.
97172 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör införa en systematisk och formali-serad kontroll av upplagda behörigheter i Raindance för att säkerställa att behörigheterna är aktuella.	●	**ÅR 2024** I samband med uppföljning med förvaltningen anges att serviceförvaltningen (som ansvarar för behörigheter) har en systematisk rutin där de löpande går igenom behörig-heter i Raindance och hanterar personer som inte längre arbetar inom SLSO. Till sin hjälp har de rapporten ”Koder i Raindance”. Vi har efterfrågat underlag som visar/styrker den kontroll som görs av behörigheter i Raindance med vid tidpunkt för rapportering har inget underlag erhållits. Re-kommendationen bedöms kvarstå.
116257 **Från rapport** 2023/06 Projektrappport	Ledningen för SLSO bör stärka uppföljningen av att fast-ställda rutiner och regelverk avseende remisshantering efterlevs avseende remissbevakning.	–	**ÅR 2024** Följs upp i årsrapport 2025.
116258 **Från rapport** 2023/06 Projektrappport	Ledningen för SLSO bör säkerställa en enhetlig avvikelse-rapportering avseende remisshantering.	–	**ÅR 2024** Följs upp i årsrapport 2025.

Räkenskaper

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29942 **Från rapport** 2017 Delrapport	Ledningen bör säkerställa att stickprovskontroll av ändring-ar i fasta data i lönesystemet utförs månadsvis i enlighet med gällande rutin.	✖	**ÅR 2024** Rekommendationen tas bort då den är från 2017.

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Tidigare ID 1062			
76395 **Från rapport** 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att årlig inventering av anläggningstillgångar sker i enlighet med gällande rutin.	●	**ÅR 2024** Utfallet i bokslutet 2024 visar att 551 verksamheter av totalt 667, motsvarande 85,6 %, har lämnat in årlig inventering. Påminnelser har gått ut till de verksamheter som ej lämnat in. Utfallet av inventeringen 2024 är något lägre än föregående år då 87,7 % av alla verksamheter inkom med inventering. Förvaltningen går årligen ut med en instruktion till verksamheterna om att inkomma med inventering. Påminnelser skickas ut till de verksamheter som inte inkommit med underlag i tid. Även om utfallet av inkomna inventeringar inte är 100 % bedömer vi att förvaltningen vidtagit åtgärder i syfte att komma till rätta med problemet. Rekommendationen bedöms åtgärdad.
76396 **Från rapport** 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa en tydlig ansvarsfördelning vid inköp av hjälpmedel som innefattar kontrollmoment av att fakturering sker i enlighet med avtalade villkor.	●	**ÅR 2024** I samband med uppföljning vid delåret 2024 tog vi del av ledningens åtgärder i form av mallar, rutiner och instruktioner för att tydliggöra ansvarsfördelningen. Inom ramen för bokslutsgranskningen har uppföljningen kompletterats med verifiering av transaktioner för att säkerställa att dessa åtgärder gett avsedd effekt. Utfallet av genomförd verifiering är i allt väsentligt genomförd utan anmärkning och bekräftar att genomförda åtgärder gett faktisk effekt. Rekommendationen bedöms åtgärdad.

Säkerhet och beredskap

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
107473	Ledningen för SLSO ledning bör säkerställa att kunskapen	●	**Delår 2024**

Regionrevisorerna

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Från rapport 2023/01 Projektrapport	ökar kring hur konsekvenserna av en störning i vattenleveransen påverkar såväl teknik som verksamhet		Arbetet har påbörjats med översyn av vattenförbrukningen och kontinuitetsplanering på husläkarmottagningarna och 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 2024** Arbetet har påbörjats men huvudsakligen informellt eftersom HSF äger forumen och har inte tagit några initiativ.

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
119313 **Från rapport** 2023/05 Projektrappport	Ledningen för Stockholms läns sjukvårdsområde bör följa upp förekomsten av hot och våld i ASIH.	–	**ÅR 2024** Följs upp i årsrapporten 2025.
119317 **Från rapport** 2023/07 Projektrappport	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.

Regionrevisorerna
Revisorsgrupp II

2025-04-09

Diarienummer
RK 2024-0026

Regionfullmäktige i Region Stockholm

Revisionsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde år 2024

Vi av fullmäktige utsedda revisorer har granskat Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) verksamhet och ekonomiska redovisning för år 2024.

SLSO ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Den ansvarar också för att det finns en tillräcklig intern kontroll och att återredovisning sker till fullmäktige.

Revisorerna ansvarar för att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de lagar och förskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och revisionsreglementet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning och har gett det resultat som redovisas revisionskontorets Årsrapport 2024 för SLSO. Vi bifogar en redogörelse för resultatet av granskningen.

Vi bedömer sammantaget att SLSO i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vi bedömer att SLSOs interna styrning och kontroll har varit tillräcklig. Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.

Vi tillstyrker att fullmäktige beviljar ansvarsfrihet för SLSO samt dess enskilda ledamöter.

Stockholm 205-04-09 (elektronisk underskrift)

Annika Sandström Ewa Törngren Anita Johansson Annie Östlund

Lena Cronwall Moren Lena Ståhl Ingemarsdotter Jan-Erik Nyberg

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-123 100 00
E-post:
regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.regionstockholm.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset.

Addo Sign ID-nummer: 390b0924-4065-480d-8231-13597a3eb87d

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat med Addo Sign säkra digitala signatur.
Undertecknarens identitet registreras fysiskt i det elektroniska PDF-dokumentet och visas nedan.
Alla tider anges i koordinerad universell tid (Coordinated Universal Time, UTC).

Undertecknare

Annie Östlund
d7kviUw3lnHNElFL+kYn7A
2025-04-11 08:50:22Z
BankID Mobile

Annika Sandström
vKoadXstn92SQj7lpKywoA
2025-04-11 09:37:21Z
BankID File

EWA TÖRNGREN
TRhOPF9tlKE/AhsCPNQssw
2025-04-11 09:52:32Z
BankID Mobile

Fride Jan-Eric Nyberg
wUz3VlBdUbUC5K4SmVrSjg
2025-04-11 14:59:01Z
BankID File

HELENA CRONVALL MORÉN
m1tk8dYlfDS9veEl99m89w
2025-04-12 16:15:15Z
BankID Mobile

ANITA JOHANSSON
dNXtpE5uqMznuW26NmXoOA
2025-04-13 13:39:23Z
BankID File

Lena Ståhl Ingemarsdotter
+/wWHLs6YWINHCfCENWajA
2025-04-14 06:46:51Z
BankID File

Addo Sign ID-nummer: 390b0924-4065-480d-8231-13597a3eb87d

Addo Sign

Dokumentet signeras digitalt med den säkra signeringstjänsten Addo Sign. Signaturbeviset i dokumentet säkras och valideras med det matematiska hashvärdet för originaldokumentet.

Dokumentet är låst för ändringar och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. Alla kryptografiska signeringsbevis är inbäddade i PDF-dokumentet ifall de ska användas för validering i framtiden.

Hur man verifierar dokumentets äkthet
Dokumentet är skyddat med ett Adobe CDS-certifikat. När dokumentet öppnas i Adobe Reader ser det ut att vara signerat genom Addo Sign signeringstjänst.

Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Dokumentet är signerat med Addo Sign säkra digitala signatur.
Undertecknarens identitet registreras fysiskt i det elektroniska PDF-dokumentet och visas nedan.
Alla tider anges i koordinerad universell tid (Coordinated Universal Time, UTC).

Dokument i försändelsen

Revisionsberättelse 2024 Karolinska US.pdf *SHA256: 14611155b1863c6246314c846b7629021700610663cce29fe9b38b460d4599bd*

Revisionsberättelse 2024 HSN.pdf *SHA256: d15e52aaa8796351e26adf2d1ea9c3e3c80d4b01b02dd8ed355c184bbefb4587*

Granskningsrapport 2024 Tobiasregistret AB.pdf *SHA256: dd2e454e5df7224e1992e2eab4c88700134c17d15d940ab9a6c018aaad84c299*

Karolinska US uttalande transparenslagstiftningen 2024.pdf *SHA256: 58bfd693616f5c04df9801316347d5c3fe232c05278d3bc4e3d45fc4bcbf7598*

Revisionsberättelse 2024 SLSO.pdf *SHA256: 520ad0ed12a8d1ab2030d02c20e6beb739440c94094b498a1e5ba253e276fb22*

Revisionsberättelse 2024 PVN.pdf *SHA256: c289901ea8afdbd39b08f75569dd2424b29a1a8dd8780ad5ac8557a8a16becbe*

Revisionsberättelse 2024 Patientnämnden.pdf *SHA256: 999895072cb0ef4dae938c9bc713ad2d94fa97001ced2ecc7e3c89d6ba0a35ac*

Granskningsrapport 2024 Södertälje AB.pdf *SHA256: b62669fa8813c33785e929c495fa560f609c82c1e9eb4619bc4c5624e778f556*

Granskningsrapport 2024 Folktandvården AB.pdf *SHA256: 631ff56d7f64fc1fdd950269429b678c3287be7ef42109ed7cd49970b9e2feda*

Granskningsrapport 2024 Danderyds Sjukhus AB.pdf *SHA256: a52068d8e7d9f5871b7db5431f76c8a9c5312452d63247a5f67fb72c40b469fa*

Granskningsrapport 2024 AISAB RK2024-0029.pdf *SHA256: ef4e54badb4559f2d3079609af48a46f683a33a7ee800b6ef93015cd8a81427b*

Granskningsrapport 2024 MedHelp.pdf *SHA256: 809dc130e0c59472390ba8802a727987784f9935e7dea1ffc2785519dfd16751*

Granskningsrapport 2024 Södersjukhuset AB.pdf *SHA256: ae6fa5f54946fa6c76f70060e2557ca80ccf933bfb4891f4be315b34e621713f*

Granskningsrapport 2024 St Eriks Ögonsjukhus.pdf *SHA256: 82bdbeb103ef7fc18897eef4a17a235ea33ffc248aefb0c0ff3f205e58110383*

Granskningsrapport 2024 Rådgivningen i Uppsala.pdf *SHA256: 1ef66abd5456348c07462f5e409de126e6fa9fa1bcacc77831560128ae00bd5f*

Addo Sign ID-nummer: 390b0924-4065-480d-8231-13597a3eb87d

Addo Sign

Dokumentet signeras digitalt med den säkra signeringstjänsten Addo Sign. Signaturbeviset i dokumentet säkras och valideras med det matematiska hashvärdet för originaldokumentet.

Dokumentet är låst för ändringar och tidsstämplat med ett certifikat från en betrodd tredje part. Alla kryptografiska signeringsbevis är inbäddade i PDF-dokumentet ifall de ska användas för validering i framtiden.

Hur man verifierar dokumentets äkthet
Dokumentet är skyddat med ett Adobe CDS-certifikat. När dokumentet öppnas i Adobe Reader ser det ut att vara signerat genom Addo Sign signeringstjänst.