REGIONREVISORERNA

Årsrapport 2025

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Region Stockholm

Sammanfattning

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 309,8 mnkr. Detta är 309,8 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionskontoret bedömer att nämndens ekonomiska resultat är tillfredsställande. Revisionskontoret bedömer att nämnden i huvudsak har analyserat och kommenterat avvikelser i förhållande till budget i sin verksamhetsberättelse.

Styrning och kontroll

Revisionskontorets sammantagna bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämndens styrning och kontroll är inte helt tillräcklig.

En av granskningarna gäller intern kontroll i hantering och redovisning av kostnader för köpt vård som faktureras genom leverantörsfaktura. I granskningen framkommer bland annat att det delvis saknas en rutin för att sekretessmarkera fakturor med känsliga personuppgifter, vilket även framkommer i stickprov inom ramen för granskningen.

En annan granskning gäller nämndens interna kontroll i hantering och redovisning av statsbidrag. Av granskningen framkommer brister i flera olika delar av processen för hantering och redovisning av statsbidrag: vid vidareförmedlingen av statsbidrag från nämnden till mottagaren av statsbidragen, vid redovisningen av utbetalningen samt när det gäller uppföljning av användningen av statsbidraget.

Vidare har revisionskontoret under året granskat nämndens styrning och kontroll för att förebygga välfärdsbrott i verksamheten. Granskningen visar att ett stort ansvar vilar på enskilda medarbetare vilket begränsar möjligheten att upptäcka indikationer på

välfärdsbrott i arbetet med vårdavtal. Revisionskontorets bedömning är att nämnden inte har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll för att förebygga välfärdsbrott och att nämnden behöver vara mer aktiv i styrningen av det systematiska arbetet mot välfärdsbrott.

En granskning har genomförts av nämndens delegationsordning med syfte att bedöma om nämnden har tillräcklig kontroll över delegerade beslut. I granskningen framkommer ett par brister. Dessa gäller dels hänvisning till felaktig delegationsordning eller ingen hänvisning alls, dels att delegaten omnämns med endast personnamn och inte titel.

Mot bakgrund av genomförda granskningar bedömer revisionskontoret att hälso- och sjukvårdsnämnden har en inte helt tillräcklig styrning och kontroll.

Räkenskaper

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.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund 5
1.1. Iakttagelser i 2024 års granskning 5
1.2. Syfte och revisionsfrågor 6
1.3. Revisionskriterier 6
1.4. Metod och kvalitetssäkring 6
2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 7
2.1. Väsentliga händelser 7
2.2. Nämndens redovisning av det ekonomiska resultatet 8
2.3. Verksamhetsmässigt resultat 8
3. Styrning och kontroll 13
3.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning 13
3.2. Intern kontroll 15
4. Räkenskaper 18
4.1. Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen 18

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 hälso- och sjukvårdsnämnden 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.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar enligt reglementet för att hälso- och sjukvården i Region Stockholm planeras, styrs och följs upp så att den är jämlik, tillgänglig och anpassad efter befolkningens behov. Den ska bland annat samordna vårdens produktion, säkerställa katastrofmedicinsk beredskap och samarbeta med kommuner, myndigheter, vårdgivare och patientföreträdare.

Nämnden ska också beakta kompetensförsörjning och utbildning i sina beslut och ansvarar för verksamhetsförlagd utbildning samt läkares tjänstgöring. Den hanterar frågor om regional nivåstrukturering, psykiatri, habilitering, kunskapsstyrning och ansökningar om nationell högspecialiserad vård.

Vidare verkställer nämnden regionfullmäktiges vårduppdrag, styr vården genom avtal med både privata och regionala utförare och beslutar om investeringar under 100 miljoner kronor.

Nämnden ansvarar också för läkemedelskommittéer, cancerstrategi, antibiotikaminimering, kvalitetsregister, vaccinationstäckning och införande av nya vaccinationer. Tillsammans med regionstyrelsen säkerställer den också att vårdens IT-stöd har gemensamma standarder och hög informationssäkerhet.

1.1. Iakttagelser i 2024 års granskning

I revisionskontorets granskning av nämndens verksamhetsberättelse 2024 bedömde revisionskontoret sammantaget att det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet som tillfredsställande. Revisionskontorets samlade bedömning av nämndens styrning och kontroll var däremot inte helt tillräcklig. Detta baserades bland annat på granskningar genomförda på utbetalningar och direktupphandlingar men också på granskningar av patientsäkerhetsarbetet och omställningen till nära vård.[1]

I granskningen av räkenskaperna framkom inte några omständigheter som gav anledning att inte anse att årsrapporten i allt väsentligt som upprättad i enlighet med god redovisningssed och de regioninterna anvisningarna.

1.1.1. Nämndens yttrande

I augusti 2025 yttrade sig nämnden över granskningen av nämndens verksamhetsberättelse för år 2024. Nämnden delar till övervägande del revisorernas bedömningar men gör flera förtydliganden. Nämnden instämmer sammantaget att den interna styrningen och kontrollen över utbetalningar kan förbättras men anger att tillägg i Vårdfaktura till största del läggs in av förvaltningen och att förändringar i konteringen är medvetna och korrekta.

[1] Projektrapport 8/2024 - Omställningen till nära vård; Projektrapport 4/2024 – Implementering av regional handlingsplan för säker vård

Nämnden framhåller att kraven på apotekens läkemedelsfakturor är tydliga och brister hanteras genom kompletteringskrav, även om regionen har begränsad möjlighet att påverka enskilda apotekares rutinfel. Nämnden anger vidare att huruvida en patient har rätt till en speciell subvention, åligger den förskrivande läkaren att bedöma.

Nämnden instämmer att fördröjningen av nytt avtal för sjukresor ses som bekymmersam samt att det finns brister i underlagen för fakturering men konstaterar att verksamheten har fortsatt enligt tidigare avtal.

När det gäller granskningen av utbildningstjänster inom primärvården instämmer nämnden i rekommendationerna och uppger att det påbörjats ett förbättringsarbete för tydligare uppföljning. De invänder mot delar av granskningen av direktupphandlingar eftersom vissa stickprov inte avsåg sådana upphandlingar och borde därför helt ha undantagits från granskningen men lyfter att nya rutiner införts, inklusive en samlad inköpsfunktion och skärpta krav vid direktupphandlingar. Sammanfattningsvis beskriver förvaltningen pågående förbättringar och tydliggöranden inom styrning, kontroll och inköpsprocesser.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

För att svara på syftet har revisionskontoret formulerat följande revisionsfrågor:

- Är nämndens ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat tillfredsställande?
- Har nämndenen 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

Granskningen har genomförts av granskningsansvarig Åsa Elffors och andra sakkunniga på revisionskontoret. Revisionsbyrå PwC AB har bistått i granskningen av räkenskaperna. Under arbetet med granskningar har revisionskontoret genomfört avstämningar med ledningen och andra tjänstepersoner i hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning.

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

I verksamhetsberättelsen redogör nämnden för bland annat följande väsentliga händelser:

- Läget i vården under 2025 sammantaget varit stabilt med hög produktion och över lag god kapacitet.

- Vårdgarantin uppnåddes inte för första besök för planerad specialiserad vård inom 30 dagar med ett utfall på 56 procent men däremot för behandling inom 90 dagar ett utfall på 78 procent.

- En ny styrmodell infördes för egenägd vård. Från 2026 ersätts vårdavtal och överenskommelser med uppdrag i budget med undantag för vård som avtalas enligt lag om valfrihetssystem (LOV) eller regionägd tandvård.

- En ny strategisk plan för hälso- och sjukvården och målbild 2040 har tagits fram. Denna fastställdes av regionfullmäktige december 2025.

- Det ekonomiska resultatet för 2025 uppgick till 310 miljoner kronor.

2.1.1. Revisionskontorets bedömningar

Revisionskontoret bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden på ett översiktligt sätt redogjort för väsentliga händelser i verksamhetsberättelsen.

2.2. Nämndens redovisning av det ekonomiska resultatet

Ekonomiskt resultat för hälso- och sjukvårdsnämnden			
Resultatredovisning (mnkr)	**Budget 2025**	**Bokslut 2025**	**Bokslut 2024**
Verksamhetens intäkter	90 069	90 463	92 746
Verksamhetens kostnader, inkl. finansnetto och avkastningar	-90 069	-92 154	-92 218
Årets resultat	0	309,8	528

Det ekonomiska resultatet uppgår till 309,8 mnkr. Detta är 309,8 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav.

Verksamhetens intäkter uppgår till 90 463 mnkr, vilket är 394 mnkr (0,4 procent) högre än budgeterat. Nämnden redovisar att verksamhetens kostnader, exkl. avskrivningar och finansiella poster, uppgår till 90 273 mnkr, vilket är 109 mnkr (ca 0,1 procent) högre än budget.

2.2.1. Revisionskontorets bedömning av ekonomiskt resultat

Nämnden redovisar att resultatet överstiger resultatkravet. Revisionskontoret bedömer att nämndens ekonomiska resultat är tillfredsställande. Revisionskontoret bedömer att nämnden i huvudsak har analyserat och kommenterat avvikelser i förhållande till budget i sin verksamhetsberättelse.

2.3. Verksamhetsmässigt resultat

2.3.1. Fullmäktiges verksamhetsmål

Nämnden berörs av fem 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 vägts samman.

2.3.1.1. Nämndens redovisade uppföljning av indikatorer till målen

Till målen har nämnden tilldelats 14 indikatorer av fullmäktige. 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 kriterier[2] för bedömning av måluppfyllelse som gällde under 2024 och i delåret 2025.

Uppföljning av fullmäktiges indikatorer hälso- och sjukvårdsnämnden			
Mål:	**Indikator:**	**Nämndens redovisning. Indikatorn uppnådd/ ej uppnådd:**	**Revisionskontorets sammanställning baserad på endast indikatorer utifrån tidigare kriterier för måluppfyllelse:**
Inriktningsmål: Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa			
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov			**Gult**
	Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist	Indikatorn uppnådd	
	Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist	Ej uppnådd	
	Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning	Indikatorn uppnådd	
	Total vistelsetid på akutmottagning	Ej uppnådd	
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet			**Rött**
	Förekomsten av vårdrelaterade infektioner	Ej uppnådd	
	Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle	Saknar rapportering av utfall	
	Suicidriskbedömning av nya patienter inom psykiatrisk öppenvård	Indikatorn uppnådd	
Inriktningsmål: Verksamheten är långsiktigt hållbar och konstadseffektiv			

[2] 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

Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet			**Grönt**
	Administrativa kostnader ska minska	Indikatorn uppnådd	
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035			**Rött**
	Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019	Ej uppnådd	
	Region Stockholms konsumtionspåverkade klimatpåverkan	Ej uppnådd	
	Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav	Ej uppnådd	
Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling			**Grönt**
	Systematiskt arbete med social hållbarhet	Indikatorn uppnådd	
Inriktningsmål: Kompetensförsörjningen är långsiktig			
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare			**Gult**
	Andel sjukfrånvaro	Indikatorn uppnådd	
	Totalindex HME	Ej uppnådd	

Tabell 2 Uppföljning av fullmäktiges indikatorer hälso- och sjukvårdsnämnden

Nämnden redovisar att de inte uppnår målnivåerna för åtta indikatorer av de totalt 14 indikatorer. *Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist* har försämrats med en procentenhet jämfört med förra året och ligger 14 procentenheter under målvärdet på 70 procent. Dock uppnådde sjukhusen målet med ett genomsnittligt utfall på 74 procent men försämringen ligger främst inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) som har minskat från 39 procent till 28 procent jämfört med 2024.

Indikatorn *Total vistelsetid på akutmottagning* ökade med en minut från 254 till 255 minuter jämfört med 2024 och uppnår därmed inte fullmäktiges målvärde att minska från år 2024. För indikatorn *Förekomsten av vårdrelaterade infektioner* uppnås inte målvärdet på högst 4 procent av vårdtillfällena i den somatiska vården men har förbättrats med 0.2 procentenheter i jämförelse mot 2024 och har ett utfall på 4,2 procent.

Nämnden har angett att den inte uppfyller någon av indikatorerna för målet Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035: *Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019, Region Stockholms konsumtionspåverkade klimatpåverkan* och *Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav*

(se tabell 2). Nämnden rapporterar att den främsta orsaken till att nämnden inte uppnår indikatorn *att minska utsläpp av växthusgaser med 29 procentenheter i jämförelse med 2019* är att utsläpp av drivmedel som kommer från avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och från ambulanshelikoptern (som står för över hälften av utsläppen). Andra utsläpp som beskrivs är medicinska gaser och drivmedel från privata vårdgivare och till viss del även förvaltningens tjänsteresor. En översyn av transportkraven inom ASIH och revidering av förfrågningsunderlag är påbörjad och för ambulanshelikoptern utreds möjligheter att blanda ut förnybart flygbränsle i förhållande till kostnaden.

Nämnden har även rapporterat att den liksom tidigare år inte har kunnat mäta utsläpp för valda aktiviteter för indikatorn *konsumtionsbaserade klimatpåverkan*. Nämnden beskriver att den har redovisat den kvalitativa delen för denna indikator till regionledningskontoret och beskriver fyra olika aktiviteter som ingår i den kvalitativa delen.

Nämnden har redovisat att sex av sju upphandlingar (revidering av LOV inräknat) har innehållit relevanta hållbarhetskrav. Nämnden har beskrivit att den påbörjat arbete med att se över avtalskraven för miljömässig hållbarhet.

Nämndens utfall för *Totalindex HME* är lägre än föregående år, 77,7 jämfört med 79 mot fullmäktiges målvärde 80 (se tabell 3 för nämndens egen bedömning av måluppfyllelse).

Indikatorn *Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle* har inte redovisats av nämnden som anger att det beror på tekniska problem som gör att resultatet inte kan redovisas. Under hösten har en utredning genomförts för den länsövergripande statistiken som visar att statistiken som visas inte är tillförlitlig. Felets omfattning och dess konsekvenser är inte fastställda.

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

Hälso- och sjukvårdsnämndens samlade bedömning av måluppfyllelse		
Mål:	**Nämndens samlade bedömning av måluppfyllelse:**	**Nämndens samlade bedömning av måluppfyllelse och angivna orsaker till bedömningen:**
Inriktningsmål: Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa		
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov	**Gult**	Nämnden har inkluderat nämndspecifika uppdrag (3 st) i bedömningen. Nämnden redovisar att de uppnår två av fullmäktiges fyra indikatorer. Övriga två indikatorer, *andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist* och *total vistelsetid på akutmottagning* uppfylls inte. Nämnden redovisar att den har genomfört 8 av 21 uppdrag kopplade till målet, varav 8 av 18 är genomförda fullmäktigeuppdrag.
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet	**Grönt**	Nämnden har inkluderat nämndspecifika indikatorer (4 st) och uppdrag (36 st) i bedömningen. Nämnden redovisar att de uppfyller en av tre av fullmäktiges indikatorer. *Förekomsten av vårdrelaterade infektioner* ligger strax under målvärdet på 4.2 procent och *Antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle* anges ha tekniska problem. För de fyra nämndspecifika indikatorerna ligger utfallet strax under målvärdet för 2025 för två indikatorer *Akuta återinskrivningar inom 7 dagar inom slutenvården (för personer 80+) och Andel av länets invånare som har ett stort förtroende för vården*. Nämnden redovisar

		att de har genomfört 34 av 68 uppdrag kopplade till målet, varav 14 av 26 är genomförda fullmäktigeuppdrag.
Inriktningsmål: Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv		
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet	**Grönt**	Nämnden redovisar att den uppnår sitt målvärde på fullmäktiges indikator samt att det ekonomiska utfallet är högre än budget. Nämnden inkluderar arbetet med att motverka välfärdsbrottslighet, återkrav av felaktiga utbetalningar samt systematisk kartläggning av risker för välfärdsbrott och oegentligheter i måluppfyllelsen.
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035	**Rött**	Nämnden redovisar att den inte uppnår målnivåerna för fullmäktiges indikatorer *Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan* och *Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav*.
Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling	**Grönt**	Nämnden har inkluderat en (1 st) nämndspecifik indikator i bedömningen. Nämnden redovisar att de uppfyller fullmäktiges indikator samt att de genomfört det nämndspecifika uppdrag som är kopplat till målet: *att under 2025 införa funktionsrättskonsekvens i alla relevanta beslut*. Nämnden inkluderar arbete inom vården med att stärka den sociala hållbarheten genom ett digitalt bemötandestöd i måluppfyllelsen.
Inriktningsmål: Kompetensförsörjningen är långsiktig		
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare	**Grönt**	Nämnden redovisar ett antal åtgärder som har vidtagits, exempelvis kompetensutveckling av medarbetare och chefer. Inga indikatorer är kopplade till målet.
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare	**Grönt**	Nämnden redovisar att de uppfyller en av fullmäktiges två indikatorer. Värdet för den andra indikatorn ligger strax under målvärdet på 80 (totalindex HME) med ett utfall på 77.7 procent. Vid en samlad bedömning av det sammantagna arbetet som utförts som satsar på en hållbar och hälsofrämjande arbetsmiljö och andra insatser för att vara en hållbar arbetsgivare bedömer nämnden att målet är uppfyllt.

Tabell 3. Hälso- och sjukvårdsnämndens samlade bedömning av måluppfyllelse

Nämnden har redovisat måluppfyllelse för fem av sju av fullmäktiges mål och inkluderar målet *Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare* i sin redovisning trots att fullmäktige inte riktat det mål till nämnden.

Nämnden bedömer vidare att den delvis uppfyller målet *Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov* och uppnår inte målet *Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035*. Nämnden redovisar både fullmäktigeuppdrag och nämndspecifika uppdrag kopplade till varje mål samt nämndspecifika indikatorer i sin samlade bedömning.

2.3.2. Uppdrag från fullmäktige

Regionfullmäktige har beslutat om 50 uppdrag för nämnden för år 2025. I verksamhetsberättelsen redovisar nämnden att 28 av uppdragen är genomförda och att 19 pågår enligt plan. Tre uppdrag avviker från plan:

- *Utreda närakutsstrukturen samt fortsätta arbetet med att samlokalisera närakuter och akutmottagningar* pågår med fortsatt avvikelse på grund av att

nämnden avvaktar upphandling av två närakuter samt att utredningen har inväntat data för helåret 2024 i syfte att få ett bättre underlag för analys.

- *Säkerställa att relevanta avtal som dataskyddsförordningen kräver finns med alla avtalsparter* pågår med fortsatt avvikelse på grund av att överenskommelsen mellan regionen och kommunerna inte är färdig samt att det pågår samtal med Regionarkivet för att nå en lösning om en avslagen begäran om ändrad gallringsfrist.

- *Utveckla styrningen av RCC (Regionalt Cancercentrum) och tydligare integrering av RCC med berörda parter* pågår med fortsatt avvikelse på grund av att arbetet pausats i avvaktan på kommande aviserade proposition från regeringen i samband med den statliga utredarens förslag om en ny nationell cancerstrategi vilken presenterades i november 2024 och hälso- och sjukvårdsnämnden yttrade sig över dem i mars 2025.

Ett antal pågående uppdrag har fått ett senare slutdatum än prognosen i delårsrapporten aviserade.

2.3.3. Revisionskontorets bedömning

Nämnden anger att den uppnått målvärden för sex av 14 indikatorer som den tilldelats av fullmäktige och fem av sju mål. Av dessa sju mål inkluderar nämnden i sin redovisning målet *Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare* trots att fullmäktige inte riktat det målet till nämnden. Nämnden redovisar att 28 av totalt 50 uppdrag från fullmäktige är genomförda. Nämndens samlade bedömning bygger på kvantitativa såväl som kvalitativa faktorer.

Revisionskontorets undersökning av måluppfyllelse utifrån enbart indikatorerna beslutade av fullmäktige, visar att enbart två av sex mål är uppnådda, tre är delvis uppnådda och ett mål uppnås inte. Revisionskontoret konstaterar att detta skiljer sig från nämndens redovisade resultat där även kvalitativa faktorer har vägts in. Mot bakgrund av att målbedömningen görs utifrån både kvantitativa och kvalitativa faktorer, där det för de sistnämnda saknas bedömningskriterier, kan revisionskontoret inte bedöma nämndens redovisade måluppfyllelse. Därför gör revisionskontoret ingen annan bedömning av det verksamhetsmässiga resultatet än nämnden.

3. Styrning och kontroll

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

3.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning

I delårsrapporten för 2025 prognosticerade nämnden resultatet till ett underskott på 300 mnkr. Resultatet för helåret blev 610 mnkr högre än prognosen i delårsrapporten. Detta beror enligt nämnden huvudsakligen på lägre nivåer av producerad vård än förväntat.

Nämndens kostnadsutveckling med anledning av omställningsplanen för vårdval

En av nämndens risker i internkontrollplanen för 2025 är risken för en ej hållbar kostnadsutveckling för nämnden. Denna risk har varit aktuell för nämnden sedan flera år. I samband med tertialrapporten i april 2023 beslutade nämnden, på fullmäktiges uppdrag, om en lista över åtgärder för att reducera kostnader. En av åtgärderna, och den som med god marginal förväntades ge störst effekt, var att begränsa överkonsumtion av vård och säkerställa rätt vårdnivå inom den specialiserade öppenvården i vårdval. Detta skulle ske utifrån en omställningsplan för vårdval[3] som nämnden beslutade om i juni 2023.

I omställningsplanen prognostiserade nämnden att kostnaderna för vårdvalet år 2025 skulle reduceras med 175 mnkr. I verksamhetsberättelsen för år 2025 framgår att den realiserade effekten blev 20 mnkr. Nämnden anger att anledningen till den lägre effekten för 2025 var att åtgärder hade införts successivt under året och inte fått helårseffekt.

Revisionskontoret har granskat beslutsunderlagen för omställningsplan vårdval i syfte att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden hade ett tillräckligt underlag vid beslut om omställningsplanen. Granskningen avgränsas till prognos i beslutet om omställningsplan för vårdval samt realiserad effekt för år 2025.

I beslut om omvandling från vårdval till egen regi för respektive vårdvalsområde framgår att ledtiden för övergång till egen regi uppgår till minst 12 månader, vilket är uppsägningstiden för vårdvalsavtal. För de vårdval som övergår till upphandlad vård enligt LOU anges att ledtiden är 18-24 månader[4]. Ledtiderna gäller från att beslut om övergång från vårdval till egen regi eller upphandlad vård har fattats i nämnden. Dessa ledtider bör ha varit kända då avtalshantering är en av nämndens huvudsakliga uppgifter. Enligt åtgärdsplanerna för en ekonomi i balans i verksamhetsplan 2023 och 2024 bedöms besparingarna dock realiseras betydligt snabbare än vad som anges i beslutet. Baserat på den information som fanns tillgänglig vid framtagande av åtgärdsplanerna är revisionskontorets uppskattning att besparingarna i åtgärdsplanen överskattades med minst 50 mnkr för 2024 och minst 150 mnkr för 2025.

Sedan beslutet om omställningsplanen för vårdval fattades har nämnden vid ett flertal tillfällen justeringar ner förväntad kostnadsminskning, bland annat i verksamhetsplanerna och verksamhetsberättelserna.

Revisionskontoret har tidigare påpekat att det funnits en otydlighet vad gäller uppskattning av förväntade kostnadsminskningar till följd av omvandling av vårdval. I årsrapport för hälso- och sjukvårdsnämnden 2024 beskrev revisionskontoret att nämndens uppskattade konstadsminskning till följd av omställningsplanen vårdval inte gick att härleda i nämndens verksamhetsberättelse för 2024. Revisionskontoret framhöll då att en beskrivning av hur den förväntade effekten hade beräknats saknades.

3.1.1. Revisionskontorets bedömning

Enligt revisionskontorets bedömning var hälso- och sjukvårdsnämndens underlag vid beslut om omställningsplanen inte helt tillräckligt, då nämndens prognos av

[3] HSN 2023-0097
[4] Ex. HSN 2023-0937

kostnadsminskningen var för hög givet den information som fanns om ledtider vid omvandling från vårdval till vård i egen regi och till vård upphandlad enligt LOU.

3.2. Intern kontroll

3.2.1. Riskanalys och plan för intern kontroll 2025

I granskningen av hantering av risken för välfärdsbrott framkommer att hälso- och sjukvårdsnämnden i november 2025 beslutade om ärendet *En kartläggning och riskanalys avseende välfärdsbrott och oegentligheter inom hälso- och sjukvården*[5]. Till ärendet bilades rapporten *Risker för oegentligheter och välfärdsbrott – Region Stockholms kartläggning inom hälso- och sjukvård och tandvård*. I rapporten beskriver nämnden ett antal riskområden och därefter förslag på åtgärder.

Hälso- och sjukvårdsnämnden ansåg att det fanns risker för välfärdsbrott och föreslog ett antal åtgärder. Däremot uppmärksammade nämnden inte välfärdsbrott som en risk i internkontrollplanen för 2025. Revisionskontoret anser att det är motsägelsefullt då risker för välfärdsbrott lyftes i ärendet som nämns ovan.

3.2.2. Granskning av hantering och redovisning av köpt vård som faktureras genom leverantörsfaktura

På uppdrag av revisionskontoret har PwC genomfört en granskning av om hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillräcklig intern kontroll i hantering och redovisning av kostnader för köpt vård som faktureras genom leverantörsfaktura, dvs. utanför de IT-stöd som hanterar stora delar av faktureringen av köpt vård.

År 2025 uppgick hälso- och sjukvårdsnämndens köp av vårdtjänster till 74,3 miljarder. I beloppet ingår både köp av externa och regioninterna vårdtjänster samt de vårdtjänster som vidarefaktureras till primärvårdsnämnden.

Utifrån granskningen från PwC bedömer revisionskontoret att hälso- och sjukvårdsnämnden inte helt säkerställt en tillräcklig intern kontroll i hantering av kostnader för köpt vård som faktureras genom leverantörsfaktura.

Bedömningen grundar sig på följande iakttagelser:

- Det finns inga särskilda dokumenterade rutiner som beskriver fakturakontroller som ska göras av en manuell faktura. I intervjuer beskrivs arbetssätt som innefattar flertalet kontroller. I förvaltningens Vårdutbudshandbok, ett stöd avtalsansvariga och andra handläggare på förvaltningen, finns ett översiktligt stöd avseende fakturakontroller. Särskilda dokumenterade rutiner som beskriver fakturakontroller som ska göras av en manuell faktura skulle säkerställa kontinuitet och minskar risken för felaktigheter när personal byts ut eller när avvikelser uppstår.
- Det finns en rutin för att sekretessmarkering fakturor som avser asylsökande och papperslösa. Däremot saknas en rutin för att sekretessmarkera fakturor med andra känsliga uppgifter, som till exempel personnummer och namn. I genomfört stickprov, av ej sekretessmarkerade fakturor, noterades känsliga uppgifter på 3 av 9 fakturor.

[5] HSN 2025-0649

Redovisningen av köpt vård som faktureras genom leverantörsfaktura bedöms vara i enlighet med regionens riktlinjer.

Rekommendationer:

Hälso- och sjukvårdsnämnden bör:

- dokumentera rutiner för hantering och redovisning av kostnader för köpt vård som faktureras genom leverantörsfaktura.
- ta fram och implementera en rutin för hur känsliga uppgifter ska hanteras på leverantörsfakturor.

3.2.3. Granskning av hantering och redovisning av statsbidrag

På uppdrag av revisionskontoret har PwC genomfört en granskning av om hälso- och sjukvårdsnämnden har en tillräcklig intern kontroll i hanteringen och redovisningen av statsbidrag. Utifrån granskning från PwC gör revisionskontoret bedömningen att nämnden inte säkerställt en tillräcklig intern kontroll i hantering och redovisning av statsbidrag.

Det finns dokumenterade riktlinjer för hur statsbidrag ska redovisas. Dock visar granskningen att dessa inte fullt ut efterlevs. En överenskommelse innehöll instruktioner som inte överensstämmer med de ursprungliga villkoren. Detta kan resultera i att mottagarna av statsbidraget hanterar bidraget felaktigt. Det framgår inte att det ställs tydliga krav på att de som erhållit bidrag ska återrapportera till hälso- och sjukvårdsförvaltningen om och hur bidraget använts. I dessa fall försvåras återrapportering till statlig nivå, som ibland krävs från den externa utbetalaren. Granskningen visar att redovisningen av de vidareförmedlade bidrag är inkonsekvent på det sättet att ett statsbidrag som har ett visst syfte och betalas till flera olika mottagare konteras på konton vars ändamål är olika, exempelvis redovisades utbetalningar vid vidareförmedling av ett och samma statsbidrag på tre olika konton vars ändamål skiljer sig åt: Köpt habilitering, Övrig styrd anslagsverksamhet och Diverse övriga tjänster. Detta kan försvåra nämndens egen uppföljning av statsbidragets användning.

Av granskningen framkommer därmed brister i i flera olika delar av processen för hantering och redovisning av statsbidrag: vid vidareförmedlingen av statsbidrag från hälso- och sjukvårdsnämnden till mottagaren av statsbidragen, vid redovisningen av utbetalningen samt när det gäller uppföljning av användningen av statsbidraget.

Rekommendationer:

Hälso- och sjukvårdsnämnden bör:

- säkerställa att det endast är bidragsgivarens villkor som styr vid vidareförmedling av statsbidrag samt att det ställs krav på de som erhåller vidareförmedlade bidrag att de ska återrapportera om och hur bidragen använts.
- ta fram och implementera en rutin för hur vidareförmedlade statsbidrag ska konteras.

3.2.4. Risken för välfärdsbrott i vården

Revisionskontoret har genomfört en granskning med syfte att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll för att förebygga

välfärdsbrott i verksamheten (projektrapport nr. 10/2025). Revisionskontorets sammantagna bedömning är att nämnden inte har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll för att förebygga välfärdsbrott.

På hälso- och sjukvårdsförvaltningen finns en särskild funktion som utgör ett stöd för förvaltningen i frågor som rör oegentligheter och välfärdsbrott. Funktionen har genomfört en rad insatser i arbetet mot välfärdsbrott inom hälso- och sjukvården. Det systematiska arbetet med att stävja välfärdsbrott sker dock i stor utsträckning inom ramen för kontroller och uppföljning av vårdavtal. Det arbetet utförs i huvudsak av förvaltningens avtalsansvariga. Avtalsansvariga ansvarar ofta för ett stort antal avtal. Revisionskontoret kan konstatera att ett stort ansvar vilar på enskilda medarbetare i det löpande arbetet med vårdavtal. I en enkät, som genomfördes i granskningen, uppger avtalsansvariga att de inte upplever sig ha tillräckligt med tid eller kompetens för att upptäcka indikationer på välfärdsbrott i arbetet med vårdavtal. Revisionskontoret bedömer bland annat därför att det finns risk att systematiskt arbete mot välfärdsbrott inte ryms i det löpande arbetet med vårdavtal. Revisionskontoret anser att nämnden behöver vara mer aktiv i styrningen av det systematiska arbetet mot välfärdsbrott.

Den 19 februari 2026 godkände RGII rapporteringen. Revisorerna beslutade om missiv med rekommendationer. Senast den 2 juni 2026 ska hälso- och sjukvårdsnämnden yttra sig över granskningen.

3.2.5. Granskning av hälso- och sjukvårdsnämndens delegationsordning och kontroll av beslut

På uppdrag av revisorerna har PwC genomfört en granskning av nämndens delegationsordning har genomförts med syfte att bedöma om nämnden har tillräcklig kontroll över delegerade beslut (projektrapport nr. 22/2025). En slutsats från granskningen är att hälso- och sjukvårdsnämnden har en inte helt tillräcklig kontroll över delegerade beslut.

Granskningen visade att nämnden har beslutat om en ändamålsenlig delegationsordning. Däremot framkom ett par brister i det stickprov om 30 delegationsbeslut som kontrollerades för att bedöma om delegationsbeslut hanteras i enlighet med gällande delegationsordning och lagstiftning. I kontrollerna framkom brister i totalt 7 av besluten. Bristerna gällde dels hänvisning till felaktig delegationsordning eller ingen hänvisning alls, dels att delegaten omnämns med endast personnamn och inte titel, vilket innebär att det inte fullt ut går att bedöma om besluten i dessa sju fall har fattats av personer med korrekt befogenhet. För övriga 23 stickprov framgår att besluten har fattats av personer som har delegation att fatta beslut i ärendet.

Den 19 mars 2026 godkände RGII rapporteringen. Revisorerna beslutade om missiv med rekommendationer. Senast den 31 maj2026 ska hälso- och sjukvårdsnämnden yttra sig över granskningen.

3.2.6. Revisionskontorets bedömning

Mot bakgrund av genomförda granskningar bedömer revisionskontoret att hälso- och sjukvårdsnämnden har en inte helt tillräcklig styrning och kontroll.

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

Under året har nämnden, enligt definitionen i RKR[6] R12, gjort en rättelse av fel gällande redovisning av intäkter avseende utomlänsvård. Tidigare år har intäkterna redovisats som en kostnadsreducering men från och med 2025 som intäkt. Rättelsen påverkar inte årets resultat eller eget kapital. Inga ändringar i redovisningsprinciper har gjorts.

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

Åsa Elffors	Joakim Söderberg
Sakkunnig	Enhetschef

[6] Rådet för kommunal redovisning

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

Region Stockholm

Region Stockholm

Regionrevisorerna

Rekommendationer till nämnd/styrelse – ÅR 2025

Bilaga 1

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Avtalsstyrning och uppföljning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
57079 **Från rapport** 2020/11 projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att överenskommelsen kring samverkan utvärderas och att effektmålen följs upp.	✗	**ÅR 2025** Enligt hälso- och sjukvårdsförvaltningen är utskrivningsprocessen fortsatt prioriterad genom den länsövergripande handlingsplanen för god och när vård och omsorg. Det sker också en regelbunden rapportering gällande samverkansfrågor till den politiska styrgrupp där representanter för kommuner och regioner ingår. Revisionskontoret gör bedömningen att det inte skett någon utvärdering av överenskommelsen kring samverkan, men

Bilaga 1

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			att rekommendationen tas bort eftersom frågan numera hanteras inom ramen för god och nära vård. Revisionskontoret tar med frågan om utskrivning till kommande riskanalyser.
58282 **Från rapport** 2020/12 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör genomföra en fördjupad analys av uppdrag, ersättnings- och uppföljningssystem i syfte att säkerställa att avtalen styr mot god tillgänglighet för relevanta målgrupper.		**ÅR 2025** Hälso- och sjukvårdsförvaltningen genomförde under 2024 en utredning om sammanhållen vård i hemmet. Denna har under 2025 följts upp med en utredning om avtalsform och inriktning för avancerad sjukvård i hemmet. I utredningen analyseras bland annat ersättningsmodellens påverkan på tillgängligheten till sjukvård i hemmet. Förslag på förändringar av ersättningen finns i utredningen. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i augusti 2025 om att inleda en revidering av förfrågningsunderlag för vårdval avancerad sjukvård i hemmet i enhetlighet med inriktningen som beskrivs i utredningen. Rekommendationen är i huvudsak genomförd.
58283 **Från rapport**	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör stärka förutsättningarna för samverkan och sammanhållna vårdkedjor, i synnerhet		**ÅR 2025**

Bilaga 1

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2020/12 Projektrapport	mellan den basala och den avancerade hemsjukvården.		Hälso- och sjukvårdsförvaltningen genomförde under 2024 en utredning om sammanhållen vård i hemmet. Denna har under 2025 följts upp med en utredning om avtalsform och inriktning för avancerad sjukvård i hemmet. I utredningen analyseras bland annat ansvarsfördelning mellan den avancerade och den basala hemsjukvården och akutsjukhusen. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i augusti 2025 om att inleda en revidering av förfrågningsunderlag för vårdval avancerad sjukvård i hemmet i enhetlighet med inriktningen som beskrivs i utredningen. Rekommendationen bedöms i huvudsak vara åtgärdad.
121909 **Från rapport** 2023/12 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att avtalsvillkorens incitament kopplat till medicinteknik ligger i linje med regionens övergripande inriktning.		**ÅR 2025** HSF uppger att vårdgivaren måste initiera diskussion kring ersättningar. Revisionskontoret granskar frågan vidare under 2026 i samband med projektgranskning vård i hemmet. Rekommendationen avskrivs.

Region Stockholm

Regionrevisorerna

Bilaga 1

Ekonomistyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
38590 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att analyser av kostnadsutvecklingen delges nämnden för utomlänsvård, i synnerhet gällande primärvård och psykiatri.		**ÅR 2025** Arbete pågår med att överföra data direkt till regionens vårdanalysdatabas för vidare hantering. Arbete pågår att överföra data mellan regionerna via fil. I dagsläget överför 14 av 20 regioner data via fil. Regelbundna analyser av kostnader och vårdproduktion görs i förvaltningens månadsrapportering. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
38591 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa systematiska kontroller av fakturerade kostnader för utomlänsvård.		**ÅR 2025** Arbetet med att överföra den utökade vårdinformationen till förvaltningens egna databaser pågår fortfarande.

Bilaga 1

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			Genomförandet av fakturering via fil är nu genomfört i 14 av 20 regioner. Filöverföringen medför en utökad vårdinformation och fler regioner är på väg att införa filhanteringen. Månadsvis följs kostnader och vårdproduktion. Utöver detta har flera arbeten med fördjupad uppföljning startats bland annat ett arbete tillsammans med region Sörmland som är Stockholms största motpart avseende digital utomlänsvård. Revisionskontoret bedömer att rekommendationen är delvis åtgärdad.
85547 **Från rapport** 2020 Årsrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen behöver upprätta rutiner för kontroll av de betalningsunderlag som skapas i e-tjänsten Vårdfaktura för att säkerställa att de fakturor som skapas är korrekta.		**ÅR 2025** I hälso- och sjukvårdsnämndens plan för intern kontroll kommer nämnden under 2026 följa ”risk för brister i hanteringen och redovisningen av utbetalningar”. Revisionskontoret bedömer att rekommendationen är fortsatt delvis åtgärdad.
192569 **Från rapport** 2025/10 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör utveckla det systematiska arbetet mot välfärdsbrott i hälso- och		

Bilaga 1

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
	sjukvården.		

IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97078 **Från rapport** 2022/09 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa en återkommande systematisk uppföljning av externa vårdgivares informationssäkerhet.		**ÅR 2025** Förvaltningen har skickat enkäter till tolv utvalda privata vårdgivare. Resultaten från enkätsvaren kommer att analyseras och åtgärder kommer att föreslås samt följas upp. Uppföljningen av de privata vårdgivarna kommer, enligt förvaltningen, att ingå i det systematiska informationssäkerhetsarbetet på hälso- och sjukvårdsförvaltningen och kommer att genomföras årsvis. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.

Patientsäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
116251	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att		**ÅR 2025**

Bilaga 1

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Från rapport 2023/06 Projektrappport	förutsättningar finns för löpande och systematisk uppföljning av remissflöden.		För att hälso- och sjukvårdsförvaltningen systematiskt ska kunna följa remissflödet inom Region Stockholm krävs att regionens vårdgivare rapporterar in data till förvaltningen. Förvaltningen har tagit fram en tjänst (GVR) för detta. Vårdgivarnas journalsystem integreras mot GVR och informationen överförs automatiskt. Dock är det nuvarande huvudjournalsystemet Take Cares integrationsförmåga begränsad och utvecklingsinsatser av Take Care behöver ställas i relation till att regionen står inför ett byte av huvudjournalsystem. Rekommendationen är delvis åtgärdad.

Strategisk styrning och organisation

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
121910 **Från rapport** 2023/12 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att ansvarsfördelningen mellan vårdgivare och patient vid egenvård i hemmet tydliggörs och att regiongemensamma rutiner för egenvård utformas i samverkan med regionens		**ÅR 2025** Arbete pågår och beräknas vara klart under 2027 för implementering 2028.

Bilaga 1

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
	kommuner.		

Säkerhet och beredskap

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
108380 **Från rapport** 2023 Delrapport	Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att även verksamhet som bedrivs av privata utförare är en del av risk- och sårbarhetsanalysen för respektive verksamhetsområde.		**ÅR 2025** Följs upp vidare vid delåret 2026.

Region Stockholm

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2025

Bilaga 2

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
80802 **Från rapport** 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att kraven på apoteksaktörernas utformning av fakturorna är relevanta och ger information som behövs för att genomföra tillräckliga kontroller.	✖	**ÅR 2025** Utifrån de krav som ställs på fakturans innehåll går det inte att fastställa om personerna som erhållit subventionerna är rätt ålder eller om egenavgift har tagits ut. Revisionskontoret bedömer inte att rekommendationen är helt åtgärdad men granskar fakturahantering löpande och tar bort denna rekommendation då den varit aktiv under en längre tid.

Bilaga 2

IT/informationssäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
97080 **Från rapport** 2022/09 Projektrapport	Ledningen bör säkerställa att kravställning, val av kriterier i kvalificering och utvärdering samt avtalsvillkor i större utsträckning präglas av en riskbedömningavseende vilka specifika informationssäkerhetsrisker och vilka informationssäkerhetskrav som behöver hanteras inom olika typer av upphandlingar.		**ÅR 2025** Nämnden har stärkt skrivningar om informationssäkerhet i avtal och Vid genomförande av upphandlingar enligt LOU och revideringar av vårdval enligt LOV så följs förvaltningens vårdutbudsprocess. En ny riktlinje för informationssäkerhet samt dataskydd beslutades av regionfullmäktige den 9 december 2025. Med anledning av det kommer revisionskontoret att återkomma till detta område och rekommendationen avlutas.

Patientsäkerhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
136956 **Från rapport** 2024/04 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör upprätta en implementeringsplan för Riktlinje och regional handlingsplan för säker vård enligt beslut vid sammanträde VKN 2020-0028 för Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet VKN 2020-0010 med anpassning till		**ÅR 2025** En implementeringsplan för *Regional riktlinje och handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2024-2026* är upprättad och fastställdes av hälso- och sjukvårdsdirektören

Bilaga 2

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
	Regional riktlinje och handlingsplan för ökad patientsäkerhet (RS 2023-0520)		2024-03-03, HSN-2023-0291-8. Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.
136984 **Från rapport** 2024/04 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör implementera Regional riktlinje och handlingsplan för ökad patientsäkerhet (RS 2023-0520) enligt beslut hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN 2023-0291)		**ÅR 2025** Arbete med rekommendationen pågår på förvaltningen. Dels pågår arbete för att medvetandegöra hur hälso- och sjukvårdsförvaltningens olika vårdbeställningar kan påverka patientsäkerheten på systemnivå, dels diskuteras förvaltningsövergripande hur en tydligare struktur för det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska tas fram. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.
136985 **Från rapport** 2024/04 Projektrapport	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör säkerställa att det finns krav avseende patientsäkerhet och relevanta indikatorer i samtliga vårdavtal.		**ÅR 2025** I samband med upprättande av nya och revidering av befintliga vårdavtal förs de nyaste vårdavtalsmallarnas skrivningarna om krav på vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete in i avtalen. Utöver detta innehåller vårdavtalen krav avseende patientsäkerhet som är

Bilaga 2

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			anpassade utifrån den vårdverksamhet som ska bedrivas. Ett stickprov på nyligen reviderade avtal visar att i LOV Vårdcentral och Cancer rehabilitering finns krav på patientsäkerhet. I LOU-avtal geriatrik finns indikatorer. Rekommendationen bedöms vara åtgärdad.