Regionrevisorerna

2026-01-22

Diarienummer
RK 2025-0050

Stockholms läns sjukvårdsområde

Kontroll och hantering av skyddade personuppgifter, 11/2025

Revisorernas samlade bedömning är att nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) inte har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll för att skyddade personuppgifter inte ska riskera att röjas till obehöriga. Vår granskning visar att SLSO har rutiner för att hantera personer med skyddade personuppgifter. Granskningen visar också att samtliga granskade verksamheter inom SLSO inte upprättar riskanalyser vid förändringar inom området samt att det saknas systematik för hur medarbetarna ska informeras och utbildas om skyddade personuppgifter. Det saknas också systematiska kontroller av att rutinerna inom området efterlevs och vissa verksamheter kontroller inte detta alls. Slutligen har nämnden inte försäkrat sig om att hanteringen av skyddade personuppgifter fungerar tillräckligt bra.

Revisorerna i revisionsgrupp II beslutade vid sitt möte den 22 januari 2026 att överlämna rapporten till nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde för yttrande senast 2026-02-26.

Revisorerna vill särskilt ha svar på hur nämnden säkerställer att:

- lokala riskanalyser upprättas när det kommer nya riktlinjer eller om det sker någon förändring inom skyddade personuppgifter
- information och utbildning om skyddade personuppgifter ges till samtliga medarbetare med årlig uppföljning
- det sker systematiska kontroller av att rutinerna för skyddade personuppgifter efterlevs
- hanteringen av skyddade personuppgifter fungerar tillräckligt bra.

I övrigt hänvisar revisorerna till revisionskontorets rapport.

Annika Sandström
ordförande revisorsgrupp II

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: 9710818b-f3bd-4bfd-b2b9-ed3cbdaa9f13

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

Annika Sandström
vKoadXstn92SQj7lpKywoA

2026-01-28 08:25:00Z
BankID Mobile

Dokument i försändelsen

Missiv PR 11 2025 Kontroll och hantering av skyddade personuppgifter.pdf *SHA256: 12c3409172718af4349ddf6df16c82e61a698237c58a9f49a1b98e4289638f86*

Projektrapport 11 2025 Kontroll och hantering av skyddade personuppgifter.pdf *SHA256: efa86a3f9739d5a822d1bcc4a3f5c576bdc0ff48df84083708d4fcd3c4005ff3*

Missiv PR 12 2025 ASN Kontroll över beslut.pdf *SHA256: 16d931d1a2e61ee806e6a728e9b58fab8864e3e060a52711da2e4ba10a82e624*

Projektrapport 12 2025 ASN Kontroll över beslut.pdf *SHA256: 496ac29f150c26520398d8c2277719c5b89f89be54e50229274a200945a0a0fd*

Missiv PR 13 2025 Omhändertagande av CERT rekommendationer akutsjukhusnämnden.pdf *SHA256: 21d1de56358a261d489d6629874202c0e1e4332fab0a16dd6679cfeccbc4b774*

Projektrapport 13 2025 CERT.pdf *SHA256: 3d951faa291d1622f1893026b66a525f6a26399f94a0c5c556e97478e93dc53b*

Addo Sign ID-nummer: 9710818b-f3bd-4bfd-b2b9-ed3cbdaa9f13

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.

Rapport nr 11/2025

Kontroll och hantering av skyddade personuppgifter

Innehållsförteckning

1. Sammanfattande analys och rekommendationer 3
2. Utgångspunkter för granskningen 3
2.1. Bakgrund 3
2.2. Syfte och revisionsfrågor 4
2.3. Avgränsningar och ansvarig nämnd 5
2.4. Revisionskriterier 5
2.5. Metod och kvalitetssäkring 6
3. Resultat av granskningen 6
3.1. Rutiner för hantering av skyddade personuppgifter 6
3.2. Upprättade riskanalyser 7
3.3. Information eller utbildning till anställda i hantering av skyddade personuppgifter 8
3.4. Kontroller av att rutiner för hantering av skyddade personuppgifter efterlevs 9
3.5. Nämndens uppföljning av förvaltningens hantering av skyddade personuppgifter 10
4. Svar på syfte och revisionsfrågor 11

1. Sammanfattande analys och rekommendationer

Revisionskontorets bedömning är att nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) inte har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll för att skyddade personuppgifter inte ska riskera att röjas till obehöriga.

Vår granskning visar att det finns övergripande rutiner inom Region Stockholm och även rutiner upprättade inom SLSO.

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

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

Det saknas inom SLSO systematiska kontroller av att rutinerna för hantering av skyddade personuppgifter efterlevs och vissa verksamheter kontrollerar inte detta alls.

Av granskningen framgår att nämnden för SLSO överlämnat hanteringen av skyddade personuppgifter till förvaltningen. Nämnden har inte efterfrågat eller fått information från förvaltningen om hanteringen av skyddade personuppgifter. Vi kan konstatera att nämnden inte har försäkrat sig om att hanteringen fungerar tillräckligt bra.

Rekommendationer

Nämnden för SLSO behöver säkerställa att förvaltningen efterlever regionens rutiner för hantering av skyddade personuppgifter.

2. Utgångspunkter för granskningen

2.1. Bakgrund

Idag lever cirka 33 000 personer i Sverige med skyddade personuppgifter. Det finns olika anledningar till att personer har skyddade personuppgifter, det kan till exempel vara hot och våld i nära relation, hedersförtryck eller kopplat till personens arbete.

Det finns tre typer av skyddade personuppgifter och vilket skydd en person får beror på personens skyddsbehov. Skatteverket beslutar om de två översta punkterna och polisen om den sista punkten:

- Skyddad folkbokföring, personen kan bli folkbokförd på en annan folkbokföringsort än där den bor.

- Sekretessmarkering, fungerar som en varningssignal innan uppgifterna lämnas ut.
- Fingerade personuppgifter, personen får nytt namn och personnummer.

För att skyddsåtgärderna för dessa personer ska vara effektiva ställs det stora krav på hur myndigheter hanterar skyddade personuppgifter i sina verksamheter. Varje myndighet ska ha särskilda rutiner för att hantera skyddade personuppgifter i enlighet med sekretessbestämmelserna i Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Gemensamt för många med skyddade personuppgifter är rädslan och risken för att bli röjd av myndigheter som de behöver ha kontakt med. Skatteverket genomförde 2022 en enkätundersökning som 1 139 personer med skyddade personuppgifter besvarade. 37 procent av de som besvarade enkäten uppgav att de någon gång blivit röjda.

SLSO upptäckte två personuppgiftsincidenter under 2024. Dels hade patienters personuppgifter lagrats på en extern lagringsyta, dels fanns chefers och medarbetares personuppgifter på en extern lagringsyta. Ingen patient med skyddade personuppgifter drabbades vid dessa tillfällen.

Det finns risk att SLSO saknar tillräckliga riskanalyser och rutiner för hantering av skyddade personuppgifter, vilket kan leda till allvarliga risker och problem för utsatta personer. Det är också väsentligt att sådana rutiner är välkända bland samtliga medarbetare då i princip alla anställda kan komma i kontakt med en person som har skyddade personuppgifter.

Utifrån identifierade risker beslutade revisorerna i sin revisionsplan för år 2025 att granska kontroll och hantering av skyddade personuppgifter.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om nämnden för SLSO har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll så att skyddade personuppgifter inte riskerar att röjas till obehöriga.

För att uppfylla syftet ska följande revisionsfrågor besvaras:

- Har nämnden för SLSO säkerställt att det finns rutiner för hantering av skyddade personuppgifter?
- Har nämnden för SLSO säkerställt att riskanalyser upprättas av respektive verksamhetschef?
- Har nämnden för SLSO säkerställt att anställda får information eller utbildning i hantering av skyddade personuppgifter?
- Har nämnden för SLSO säkerställt att det i förvaltningen genomförs kontroller av att rutiner för hantering av skyddade personuppgifter efterlevs?
- Har nämnden för SLSO med hjälp av uppföljning hållit sig informerad om förvaltningens hantering av skyddade personuppgifter?

2.3. Avgränsningar och ansvarig nämnd

Granskningen är översiktlig och inriktad på om nämnden säkerställt tillräcklig styrning och kontroll. Granskningen är inte inriktad på enskilda ärenden och hur dessa hanterats. Granskningen avser nämnden för SLSO. Granskningen är inriktad på fyra verksamheter inom verksamhetsområde psykiatri.

Granskningen är avgränsad till patienter med skyddade personuppgifter. Anställda med skyddade personuppgifter ingår inte i granskningen.

2.4. Revisionskriterier

Revisionskriterierna utgör de bedömningsgrunder som bildar underlag för granskningens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier för denna granskning är:

- Kommunallagen (2017:725) 6 kap. 6 § Om nämndernas ansvar för att bedriva verksamheten på ett ändamålsenligt sätt med tillräcklig intern kontroll.

- Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) 21 kap. 3 § första stycket Om sekretess för uppgifter om det av särskild anledning kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne kan komma att utsättas för hot eller våld eller lida annat allvarligt men om uppgiften röjs.

- Patientsäkerhetslag (2010:659) 3 kap. 1§ Om att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera att verksamheten leder till god vård.

- Skatteverket ”Vägledning för offentliga aktörers hantering av skyddade personuppgifter”.

- Skyddade personuppgifter – Regional vägledning vid handläggning och patientöverenskommelse i Region Stockholm, HSN 2022-0757.

- Handbok i hantering av individer med skyddade personuppgifter i Region Stockholm, HSN 2022-0757.

- Skyddade personuppgifter för patient inom SLSO – handbok för SLSO, SLSO 2021-0393.

- Skyddade personuppgifter för patient inom SLSO – övergripande anvisning för SLSO, SLSO 2021-0393.

- Hantering av patientavgifter för personer med skyddade personuppgifter – instruktion för SLSO, diarienummer saknas.

- Avvikelsehantering – övergripande anvisning för SLSO, SLSO 2021-1707.

- Systematiskt patientsäkerhetsarbete – övergripande anvisning för SLSO, SLSO 2021-1467.

2.5. Metod och kvalitetssäkring

Vi har gjort granskningen utifrån dokumentstudier av styrande dokument samt ett urval av riskanalyser, rutiner och nämndprotokoll. Vi har också granskat avvikelserapportering i systemet Händelsevis och klagomål till patientnämnden.

Vi har genomfört två inledande intervjuer med chefsläkare inom SLSO i syfte att ta reda på hur hanteringen av patienter med skyddade personuppgifter är uppbyggd och fungerar. Efter intervjuerna med chefsläkare och genomgång av avvikelserapportering i Händelsevis valde vi ut verksamhetsområdet psykiatri och intervjuade verksamhetsområdeschef, verksamhetschefer och vårdpersonal inom verksamheterna Beroendecentrum Stockholm, Psykiatri Södra Stockholm, Psykiatri Nordväst och Rättspsykiatri Vård Stockholm. Vi valde verksamheterna för att få en blandning av små och stora verksamheter, samt olika former av psykiatrisk verksamhet.

Ett utkast av rapporten har stämts av med intervjupersonerna och ledningen för SLSO:s förvaltning. Intern kvalitetssäkring har gjorts av enhetschef Joakim Söderberg och revisionsdirektör Richard Norberg. Granskningen har genomförts av Anna Öhlund (projektledare) och Tina Ekelund på revisionskontoret.

3. Resultat av granskningen

3.1. Rutiner för hantering av skyddade personuppgifter

Har nämnden för SLSO säkerställt att det finns rutiner för hantering av skyddade personuppgifter?

3.1.1. Genomgång av rutiner

För att tillämpa 21 kap. 3 § *Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)* behöver alla offentliga verksamheter ha särskilda rutiner för att hantera skyddade personuppgifter. Skatteverkets *Vägledning för hantering av skyddade personuppgifter* förtydligar att myndigheter och andra aktörer bör ha rutiner för att snabbt kunna hantera skyddade personuppgifter och minimera risken att dessa lämnas ut av misstag. Region Stockholm har två centrala dokument gällande hur skyddade personuppgifter ska hanteras, *Handbok i hantering av individer med skyddade personuppgifter i Region Stockholm* och *Skyddade personuppgifter – Regional vägledning vid handläggning och patientöverenskommelse i Region Stockholm*. Den regionala vägledningen ska följas av alla verksamheter medan handboken är vägledande.

Av handboken framgår att alla verksamhetschefer ska upprätta lokala rutiner. Inom SLSO har chefsläkare i uppdrag att ge stöd till verksamheterna genom att ta fram rutiner inom skyddade personuppgifter. Inom SLSO finns de stödjande dokumenten *Skyddade personuppgifter för patient inom SLSO – handbok för SLSO*, *Skyddade personuppgifter för patient inom SLSO – övergripande anvisning för SLSO* och *Hantering av patientavgifter för personer med skyddade personuppgifter – instruktion för SLSO*. Det framgår att den övergripande anvisningen ska följas medan handboken ger ett stöd i det direkta patientarbetet.

Av *Skyddade personuppgifter för patient inom SLSO – handbok för SLSO* framgår bland annat att lokala rutiner ska upprättas av respektive verksamhetschef. Av intervju med verksamhetsområdeschefen för psykiatri framkommer att SLSO vill undvika

lokala dokument. Eftersom rutinen är såpass detaljerad anser verksamhetschefen att lokala rutiner inte behövs. Av intervjuer och underlag framgår att en av de granskade verksamheterna ändå har tagit fram lokala rutiner och en verksamhet har inkluderat information om skyddade personuppgifter i andra rutiner. Övriga intervjuade i granskade verksamheter anser att SLSO:s rutiner på området är tillräckliga.

3.1.2. **Bedömning**

SLSO har rutiner för att hantera patienter med skyddade personuppgifter och vi bedömer att rutinerna är tillräckliga för att skyddade personuppgifter inte ska röjas. Dokumenten överensstämmer till stor del med befintliga centralt framtagna rutiner inom Region Stockholm. Vissa verksamheter inom SLSO har lokala rutiner vilket kan vara nödvändigt utifrån olika lokala förutsättningar. Det finns en risk att lokala rutiner inte uppdateras när förändringar görs på en högre nivå i organisationen och det finns även en risk att det uppstår motsägelser i de olika rutinerna. SLSO bör vara uppmärksam på dessa risker.

3.2. Upprättade riskanalyser

Har nämnden för SLSO säkerställt att riskanalyser upprättas av respektive verksamhetschef?

3.2.1. **Genomgång av riskanalyser**

Av *Skyddade personuppgifter – Regional vägledning vid handläggning och patientöverenskommelse i Region Stockholm och Skyddade personuppgifter för patient inom SLSO – övergripande anvisning för SLSO framgår att en riskanalys alltid ska genomföras vid nya rutiner. Av Handbok i hantering av individer med skyddade personuppgifter i Region Stockholm* och av *Skyddade personuppgifter för patient inom SLSO – handbok för SLSO* framgår att alla verksamhetschefer ska upprätta lokala riskanalyser.

Enligt både chefsläkare och verksamhetsområdeschefen för psykiatrin ska riskanalyser upprättas av verksamheterna när det kommer nya riktlinjer eller om det sker någon förändring inom området. De lokala riskanalyserna inom psykiatrin samlas inte in av verksamhetsområdeschefen eller centralt på SLSO. Vid stora förändringar följs det upp i samverkansgrupper inom SLSO att lokala riskanalyser har tagits fram.

Av intervjuerna har det framkommit att det är olika hur mycket verksamheterna arbetar med riskanalyser och hur arbetet går till. En verksamhet uppger att de vid nya arbetsuppgifter, nya patientgrupper eller vid förändrade förutsättningar arbetar med riskanalyser och involverar medarbetarna i arbetet. Vi har också tagit del av riskanalys som är upprättad av verksamheten. Tre verksamheter uppger att de inte har arbetat med riskanalyser inom skyddade personuppgifter då de inte anser att det har skett några förändringar inom området som kräver att riskanalyser upprättas.

Intervju med chefsläkare visar att förändringar inom hanteringen av skyddade personuppgifter har skett, till exempel har SLSO övergått till att grundregeln numera är att digitalt journalsystem ska användas i stället för pappersjournal. SLSO har också börjat att gå över till att använda personnummer även för patienter med skyddade personuppgifter.

3.2.2. **Bedömning**

Lokala riskanalyser ska upprättas av verksamheterna när det kommer nya riktlinjer eller om det sker någon förändring inom området. Det är enbart en av fyra granskade verksamheter som har upprättat riskanalys för hantering av skyddade personuppgifter. Övriga verksamheter har inte upprättat några sådana riskanalyser då de bedömt att det inte har skett några förändringar inom skyddade personuppgifter. De intervjuer som vi har genomfört med chefsläkare visar dock att förändringar som borde ha medfört att riskanalyser upprättas har ägt rum. Vi bedömer därför att nämnden för SLSO inte har säkerställt att riskanalyser upprättas av respektive verksamhetschef.

3.3. Information eller utbildning till anställda i hantering av skyddade personuppgifter

Har nämnden för SLSO säkerställt att anställda får information eller utbildning i hantering av skyddade personuppgifter?

3.3.1. **Genomgång av information och utbildning**

Av Skatteverkets *Vägledning för hantering av skyddade personuppgifter* framgår att myndigheter bör höja kunskapen hos medarbetare om skyddade personuppgifter. Enligt Region Stockholms dokument *Skyddade personuppgifter – Regional vägledning vid handläggning och patientöverenskommelse i Region Stockholm* och *Skyddade personuppgifter för patient inom SLSO – övergripande anvisning för SLSO* ska varje verksamhet säkerställa att information/utbildning kring hantering av personer med skyddade personuppgifter sker med årlig uppföljning.

Inom SLSO är det chefsläkare och de olika verksamhetsstöden som informerar via intranätet och nyhetsbrev om det sker uppdateringar av övergripande anvisningar.

Det är olika inom verksamheterna hur styrande dokument implementeras. Medarbetarna får information från sina chefer, till exempel via ledningsbrev och på arbetsplatsträffar (APT). Två av de granskade verksamheterna arbetar med årshjul för APT, där det ingår information om skyddade personuppgifter. En av verksamheterna har också systematiska möten fyra gånger per år med samtliga handläggare för rutiner och anvisningar i Platina, systemet för stödjande och styrande dokument. De går på dessa möten igenom en förteckning med alla nya, borttagna och förändrade rutiner. Där deltar sektionschefer som sprider informationen vidare till alla enhetschefer så att de kan sprida informationen vidare till medarbetarna. SLSO arbetar också med dialogseminarium, vilka chefsläkarna hjälper till med att ta fram.

Tre av fyra granskade verksamheter informerar om skyddade personuppgifter vid introduktionen av nyanställda. En av dessa verksamheter har det dock som en del av informationen om patientsäkerhet. Det är därmed avgörande att den som ansvarar för introduktionen informerar om skyddade personuppgifter. De andra två verksamheterna har skyddade personuppgifter som en egen punkt i sin checklista för introduktionen av nya medarbetare. Den verksamhet som inte har med information om skyddade personuppgifter vid introduktionen av nyanställda har det som en punkt i sitt årshjul för APT. Det kan innebära att det går många månader innan en ny medarbetare får information om skyddade personuppgifter.

SLSO har ingen information om hur stor del av personalen som fått information om hur skyddade personuppgifter ska hanteras. Det finns inget system som visar hur många som deltagit i dialogseminarium eller vid andra informationstillfällen.

3.3.2. **Bedömning**

Vi kan konstatera att information och utbildning inom skyddade personuppgifter sker men att det inom SLSO saknas en utvecklad systematik för hur personalen ska informeras och utbildas. SLSO har inte kunnat lämna information om hur stor del av personalen som har fått information eller utbildning eller om det sker någon årlig uppföljning. SLSO behöver säkerställa att samtliga anställda får information eller utbildning inom området och att det sker en årlig uppföljning. Under granskningen fann vi få rapporterade avvikelser gällande hantering av skyddade personuppgifter inom psykiatrin. Därför gör vi bedömningen att rutinerna är kända och efterlevs i de flesta delar av verksamhetsområdet trots att det saknas en utvecklad systematik för hur personalen ska informeras och utbildas.

3.4. Kontroller av att rutiner för hantering av skyddade personuppgifter efterlevs

Har nämnden för SLSO säkerställt att det i förvaltningen genomförs kontroller av att rutiner för hantering av skyddade personuppgifter efterlevs?

3.4.1. **Genomgång av kontroller**

Av dokumentet *Avvikelsehantering – övergripande anvisning för SLSO* framgår att avvikelser ska rapporteras i Händelsevis och det framgår också hur ansvarsfördelningen ser ut vid en inträffad avvikelse. Av samtliga intervjuer framgår att verksamheterna arbetar med uppföljning av avvikelser på till exempel APT.

Vid vår genomgång av klagomål till patientnämnden under perioden 2023-01-01 – 2025-06-13 framkom ett registrerat ärende rörande skyddade personuppgifter inom SLSO, ärendet rörde inte psykiatrin. Patientnämnden kan dock inte filtrera ärenden rörande skyddade personuppgifter specifikt så uppgifterna är inte helt tillförlitliga. Vi har också tagit del av avvikelser avseende skyddade personuppgifter rapporterade i Händelsevis under perioden 2024-06-24 tom 2025-06-24 vilket visar att 10 rapporterade avvikelser avser psykiatrin.

Enligt Patientsäkerhetslag (2010:659) 3 kap. 1§ skall vårdgivaren planera, leda och kontrollera att verksamheten leder till god vård. Av intervjuer framgår att SLSO kontrollerar efterlevnad av rutinerna för patienters skyddade personuppgifter genom ledningssystemet för kvalitet, interna och externa revisioner samt genom granskning av Regionrevisorerna. Enligt SLSO:s förvaltning har dock någon granskning gällande skyddade personuppgifter inte gjorts under 2024 eller 2025 och vi har heller inte kunnat ta del av något underlag som visar att kontroller har genomförts.

Av SLSO:s stödjande dokument *Systematiskt patientsäkerhetsarbete – övergripande anvisning för SLSO* framgår att egenkontroller ska göras med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. En verksamhet har uppgett att enhetschefer genomför egenkontroller men enligt dokumentet *Systematiskt patientsäkerhetsarbete – övergripande anvisning för SLSO* framgår det inte att skyddade personuppgifter är en del av egenkontrollen. En av de granskade

verksamheterna har få patienter med skyddade personuppgifter, inom den verksamheten följs samtliga ärenden upp av verksamheten. I övrigt uppger de intervjuade verksamheterna att kontroll av att rutinerna efterlevs sker genom granskning av rapporterade avvikelser i Händelsevis.

Enligt Skatteverkets vägledning bör myndigheter regelbundet följa upp att regler och rutiner för skyddade personuppgifter är uppdaterade, efterlevs och respekteras. För detta arbete kan det vara bra att utse en eller ett fåtal personer som är ansvariga.

3.4.2. **Bedömning**

Vi kan konstatera att det finns dokumenterade rutiner för hur identifierade avvikelser ska hanteras för att inträffade incidenter inte ska upprepas. Det finns dock ingen systematik i hur kontroll av att rutinerna för hantering av skyddade personuppgifter efterlevs och vissa verksamheter kontrollerar detta enbart genom att granska rapporterade avvikelser i Händelsevis. Vi bedömer därför att nämnden för SLSO inte har säkerställt att förvaltningen genomför kontroller av att rutiner för hantering av skyddade personuppgifter efterlevs.

3.5. Nämndens uppföljning av förvaltningens hantering av skyddade personuppgifter

Har nämnden för SLSO med hjälp av uppföljning hållit sig informerad om förvaltningens hantering av skyddade personuppgifter?

3.5.1. **Genomgång av uppföljning**

Av *6 kap. 6 § Kommunallag (2017:725)* framgår att nämnden ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Nämnden för SLSO har överlämnat hanteringen av skyddade personuppgifter till förvaltningen. Nämnden har inte fattat beslut om de stödjande dokumenten *Skyddade personuppgifter för patient inom SLSO – handbok för SLSO*, *Skyddade personuppgifter för patient inom SLSO – övergripande anvisning för SLSO eller Hantering av patientavgifter för personer med skyddade personuppgifter – instruktion för SLSO*.

Vi har utöver intervjuer med tjänstepersoner inom SLSO granskat samtliga nämndprotokoll från SLSO:s nämndmöten för 2024 och 2025 (fram till och med 2025-08-28) och kan konstatera att hanteringen av skyddade personuppgifter inte efterfrågats av nämnden och nämnden har inte heller fått någon information från förvaltningen. Vi har efterfrågat underlag som visar att nämnden håller sig informerad om förvaltningens hantering av skyddade personuppgifter men några sådana underlag finns inte enligt förvaltningen. Förvaltningschefen uppger i faktagranskningen av denna granskning att hon årligen informerar nämnden muntligt om hanteringen av skyddade personuppgifter.

3.5.2. **Bedömning**

Nämnden för SLSO har överlämnat hanteringen av skyddade personuppgifter till förvaltningen. Det finns inte underlag som visar att nämnden har efterfrågat eller fått information från förvaltningen om hanteringen av skyddade personuppgifter. Vi konstaterar att nämnden därmed inte försäkrat sig om att hanteringen av skyddade personuppgifter fungerar tillräckligt bra.

4. Svar på syfte och revisionsfrågor

Vi bedömer att SLSO har tillräckliga rutiner för hantering av skyddade personuppgifter. Vi konstaterar dock att regionens och SLSO:s rutiner för skyddade personuppgifter inte efterlevs fullt ut i samtliga verksamheter. Revisionskontorets samlade bedömning är att nämnden inte har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll så att skyddade personuppgifter inte riskerar att röjas till obehöriga.

Revisionsfråga	Svar på revisionsfråga	Motiv för bedömning
Har nämnden för SLSO säkerställt att det finns rutiner för hantering av skyddade personuppgifter?	Ja	SLSO har rutiner för att hantera personer med skyddade personuppgifter och vi bedömer att dessa dokument är tillräckliga.
Har nämnden för SLSO säkerställt att riskanalyser upprättas av respektive verksamhetschef?	Nej	Endast en av fyra granskade verksamheter har upprättat riskanalys avseende skyddade personuppgifter. Vi bedömer att förändringar har skett som borde ha föranlett att riskanalyser upprättas även inom övriga granskade verksamheter.
Har nämnden för SLSO säkerställt att anställda får information eller utbildning i hantering av skyddade personuppgifter?	Nej	Det finns ingen information om hur stor del av personalen som har fått information eller utbildning. Det finns inte heller någon information gällande om det sker någon årlig uppföljning.
Har nämnden för SLSO säkerställt att det i förvaltningen genomförs kontroller av att rutiner för hantering av skyddade personuppgifter efterlevs?	Nej	Det finns ingen systematik i hur kontroll av att rutinerna för hantering av skyddade personuppgifter efterlevs och vissa verksamheter kontrollerar inte detta alls.
Har nämnden för SLSO med hjälp av uppföljning hållit sig informerad om förvaltningens hantering av skyddade personuppgifter?	Nej	Det finns inga underlag som visar att nämnden håller sig informerad om förvaltningens hantering av skyddade personuppgifter.

Stockholm den 15 januari 2026

Anna Öhlund
Sakkunnig

Joakim Söderberg
Enhetschef

Revisionskontoret
Region Stockholm

Vad gör regionrevisorerna?

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

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

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

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhetsrevisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på www.regionstockholm.se. 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