REGIONREVISORERNA

Årsrapport 2025

Akutsjukhusnämnden

Region Stockholm

Sammanfattning – akutsjukhusnämnden

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

Nämndens ekonomiska resultat uppgår till -58 mnkr, vilket är 118 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar 0,7 procent av omsättningen.

Akutsjukhusnämnden har producerat något mer än avtalade vårdvolymer under 2025. Beträffande måluppfyllelsen för fullmäktiges verksamhetsmål noterar revisionskontoret att akutsjukhusnämnden inte gör en sammanvägd bedömning för nämndens måluppfyllelse. Nämndens måluppfyllelse går därmed inte att bedöma.

Utifrån genomförd granskning bedömer revisionskontoret nämndens ekonomiska och verksamhetsmässiga resultat sammantaget som i huvudsak tillfredsställande. Akutsjukhusnämnden behöver dock säkerställa att nämnden följer upp målen på nämndnivå och att tillräckliga åtgärder vidtas för att uppnå fullmäktiges resultatkrav.

Styrning och kontroll

Revisionskontorets granskning av ekonomistyrningen visar att nämnden aktivt har efterfrågat information om vidtagna åtgärder för att uppnå resultatkravet. Revisionskontoret bedömer dock att det krävs en tydligare rapportering om åtgärderna till nämnden. Vidare bedömer revisionskontoret att nämnden behöver bli mer aktiv i sin styrning och uppföljning av fullmäktiges uppdrag.

Mot bakgrund av att akutsjukhusnämnden är en ny nämnd från 2025, med fyra förvaltningar som tidigare var separata bolag, har revisionskontoret granskat nämndens delegation och kontroll över beslut, ärendeberedning och nämndens samordning av styrningen i de fyra förvaltningarna. Granskningen av kontroll över beslut visar att nämnden i huvudsak har en tillräcklig kontroll, men att det finns otydligheter i delegationsbestämmelserna och att nämnden inte fullt ut har säkerställt att gällande delegationsbestämmelser efterlevs. Granskningen av ärendeberedningen visar att nämnden under 2025 saknade fastställda riktlinjer för hur ärenden ska beredas, men noterar samtidigt att riktlinjer är under framtagande. Granskningen av styrningen av förvaltningarna visar att nämnden inte har utrett vilka konsekvenser bildandet av nämnden har för styrningen inom olika områden som nämnden ansvarar för. Nämnden behöver utreda och ta ställning till hur styrningen av dess ansvarsområden ska utformas.

Utöver detta har revisionskontoret även granskat akutsjukhusnämndens omhändertagande av rekommendationer från CERT vid Danderyds sjukhus. Nämnden behöver stärka sin styrning och kontroll för att säkerställa att identifierade IT-relaterade risker åtgärdas i tid. Revisionskontoret har även granskat införandet av nya medicintekniska produkter. Bedömningen är att akutsjukhusnämnden inte fullt ut har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll över införandet.

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

Räkenskaper

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

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund 5
1.1. Iakttagelser i 2024 års granskning 5
1.2. Syfte och revisionsfrågor 5
1.3. Revisionskriterier 5
1.4. Metod och kvalitetssäkring 6
2. Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 6
2.1. Väsentliga händelser 6
2.2. Ekonomiskt resultat 7
2.3. Verksamhetsmässigt resultat 9
3. Styrning och kontroll 14
3.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning 14
3.2. Styrning och uppföljning av fullmäktigeuppdrag 16
3.3. Styrning i den nya nämnden 18
3.4. Granskningar av it-säkerhet samt införande av ny teknik 21
3.5. Granskningar av ledningsnära kostnader, representation och attestrutiner 22
3.6. Granskningar utan väsentliga iakttagelser 23
4. Räkenskaper 23
4.1. Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen 23

Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer

1. Bakgrund

Syftet med den årliga granskningen är att ta fram ett underlag inför revisorernas prövning av om akutsjukhusnämnden 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.

Akutsjukhusnämnden bildades den 1 januari 2025. Enligt reglemente för akutsjukhusnämnden har nämnden fyra förvaltningar – Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, Södertälje sjukhus och S:t Eriks ögonsjukhus. Sjukhusen var innan akutsjukhusnämndens bildande separata aktiebolag.

Vid sjukhusen bedrivs specialiserad akut och planerad somatisk specialistvård, samt högspecialiserad vård inom vissa områden. Nämnden ska bedriva sin verksamhet i enlighet med överenskommelser som ingås med hälso- och sjukvårdsnämnden, primärvårdsnämnden eller andra uppdragsgivare. I nämndens uppgifter ingår bland annat att samverka med andra vårdgivare för att säkerställa att patientens väg genom vården är säker, enkel och sker på mest effektiva vårdnivå. Nämnden ska även bedriva klinisk utbildning och forskning samt bidra till utveckling av en evidensbaserad hälso- och sjukvård inom Region Stockholm.

1.1. Iakttagelser i 2024 års granskning

I revisionskontorets årsrapporter 2024 för Södersjukhuset AB, Danderyds sjukhus AB och Södertälje sjukhus AB avrapporterades bland annat granskningar om ekonomistyrning. Revisionskontoret bedömde att styrelserna varit aktiva i styrningen av sjukhusens ekonomi och att styrelserna därigenom skapat förutsättningar för en tillräcklig ekonomistyrning och möjligheter att vidta åtgärder. Under 2024 granskades även avvikelsehantering vid Södersjukhuset och Danderyds sjukhus som visade på en risk för underrapportering av avvikelser.

Samtliga fyra sjukhus bedömdes ha tillfredsställande ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat, tillräcklig intern kontroll och rättvisande räkenskaper.

1.1.1. Nämndens yttrande

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sitt möte den 9 april 2025 att överlämna årsrapporterna för Södersjukhuset AB, Danderyds sjukhus AB, Södertälje sjukhus AB och S:t Eriks ögonsjukhus AB till akutsjukhusnämnden för kännedom och möjlighet till yttrande. I juni 2025 yttrade sig akutsjukhusnämnden över granskningen av årsrapporterna för år 2024. Nämnden instämde i huvudsak i revisorernas iakttagelser.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

För att svara på syftet har revisionskontoret formulerat följande revisionsfrågor:

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

1.3. Revisionskriterier

I granskningen används följande revisionskriterier:

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

1.4. Metod och kvalitetssäkring

Anna Ullsten och Carolina Sandberg, sakkunniga på revisionskontoret, har genomfört granskningen. Revisionsbyrå PwC har bistått i granskningen av räkenskaperna. Under arbetet med granskningar har revisionskontoret genomfört avstämningar med ledningen och andra tjänstepersoner i akutsjukhusnämndens förvaltningar.

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

Akutsjukhusnämndens inrättades den 1 januari 2025. Nämndens fyra förvaltningar var tidigare aktiebolag. Avbolagiseringen medför bland annat förändringar avseende hantering av pensionskostnader, moms och momskompensation, vilket gör att budget och ekonomiskt utfall 2025 inte är jämförbara med föregående år.

Andra exempel på väsentliga händelser är att Södersjukhuset har tilldelats två nya uppdrag inom nationella högspecialiserade vård. Södersjukhuset har även planerat en omorganisation av sjukhuset, vilken togs i drift 1 januari 2026. Danderyds sjukhus har driftsatt en ny sjukhusbyggnad med 170 vårdplatser och mottagningsverksamhet för flera vårdområden.

2.1.1. Revisionskontorets bedömningar

Efter en översiktlig granskning bedömer revisionskontoret att akutsjukhusnämndens förvaltningar har redogjort för väsentliga händelser i sina respektive verksamhetsberättelser.

2.2. Ekonomiskt resultat

Akutsjukhusnämndens fyra förvaltningar har separata resultatkrav. Nämndens resultatkrav på 60 mnkr motsvarar förvaltningarnas sammantagna resultatkrav. Resultatet uppgår till -58 mnkr, vilket är 118 mnkr lägre än fullmäktiges resultatkrav.

S:t Eriks ögonsjukhus (+9 mnkr) och Södertälje sjukhus (+0,1 mnkr) överskrider sina respektive resultatkrav. Södersjukhuset (-51 mnkr) och Danderyds sjukhus (-76 mnkr) uppnår inte sina respektive resultatkrav.

Tabell 1: Ekonomiskt resultat

	Bokslut 2025	Budget 2025	Avvikelse
Intäkter, mnkr	**15 834**	**15 494**	**339**
- Södersjukhuset	6 889	6 693	196
- Danderyds sjukhus	6 278	6 165	113
- Södertälje sjukhus	1 902	1 850	52
- S:t Eriks ögonsjukhus	781	790	-9
Kostnader*, mnkr	**-15 891**	**-15 434**	**-457**
- Södersjukhuset	-6 917	-6 670	-247
- Danderyds sjukhus	-6 330	-6 140	-190
- Södertälje sjukhus	-1 896	-1 844	-52
- S:t Eriks ögonsjukhus	-766	-784	18
Resultat	**-57 767**	**59 997**	**-118**

* inklusive finansnetto och avskrivningar

Södersjukhuset

Av Södersjukhusets verksamhetsberättelse framgår att avvikelsen mot resultatkravet till stor del beror på höga kostnader inom bemanning, laboratorieanalyser och material.

Verksamhetens intäkter är cirka 3 procent högre än budgeterat. Övriga intäkter avviker positivt mot budget med 90 mnkr och förklaras främst av läkemedelsåterbäring, ersättning för försörjningsberedskap samt bidrag för arbetsmiljöinsatser. Dessutom avviker erhållna bidrag positivt mot budget med 70 mnkr bland annat genom riktade statsbidrag och intäkter för forskningsprojekt. Sjukhusets höga vårdproduktion bidrar också till högre intäkter.

Verksamhetens kostnader är 3,7 procent högre än budgeterat. Det är främst personalkostnaderna inklusive inhyrd personal som avviker negativt mot budget med 227 mnkr.

Akutsjukhusnämnden beslutade om ett åtgärdsprogram på totalt 135 mnkr i samband med verksamhetsplanen för 2025. Av sjukhusets verksamhetsberättelse framgår att de planerade åtgärderna under 2025 har genomförts. Södersjukhuset har realiserat åtgärder motsvarande cirka 156 mnkr. (Se vidare avsnitt 3.1).

Danderyds sjukhus

Av Danderyds sjukhus verksamhetsberättelse framgår att avvikelsen mot resultatet till stor del beror på höga bemanningskostnader och höga kostnadsökningar inom laboratorieanalyser och material. Under 2025 har högre kostnader än budgeterat (ca 19 mnkr) tillkommit för material och läkemedel för sjukhusets nya uppdrag inom hematologi.

Verksamhetens intäkter är enligt verksamhetsberättelsen 1,8 procent högre än budgeterat. Sjukhusets höga vårdproduktion bidrar till högre intäkter. Erhållna bidrag överstiger budgeten med ca 31 mnkr och övriga intäkter med 13 mnkr vilket också ger en positiv effekt på intäkterna.

Verksamhetens kostnader är cirka 3 procent högre än budgeterat. Av budgetavvikelsen är 136 mnkr hänförbart till bemanningskostnader inklusive inhyrd personal. Kostnaderna för köpta verksamhetsknutna tjänster överstiger budgeten med 38 mnkr. Budgetavvikelsen i övrigt utgörs enligt verksamhetsberättelsen av olika delposter, bland annat material.

Akutsjukhusnämnden beslutade om ett åtgärdsprogram på totalt 150 mnkr i samband med verksamhetsplanen för 2025. Av sjukhusets verksamhetsberättelse framgår att de planerade åtgärderna under 2025 har delvis genomförts. Danderyds sjukhus har realiserat 103 mnkr av den beräknade effekten vilket motsvarar en realiseringseffekt på 69 procent. (Se vidare avsnitt 3.1).

Södertälje sjukhus och S:t Eriks ögonsjukhus

Både Södertälje sjukhus och S:t Eriks ögonsjukhus klarar sina respektive resultatkrav. Av Södertälje sjukhus verksamhetsberättelse framgår att intäkterna överstiger budget, vilket till stor del beror på hög produktion och därmed högre intäkter än budgeterat. Den höga produktionen har även lett till högre kostnader än budgeterat för bl.a. personal, material och köpta tjänster. Sjukhusets resultatet påverkas även positivt av erhållna bidrag och intäkter för externa projekt.

Av S:t Eriks ögonsjukhussjukhus verksamhetsberättelse framgår att intäkterna understiger budget med ca 9 mnkr. Verksamhetens kostnader understiger i gengäld budgeten med ca 16 mnkr, vilket enligt sjukhusledningen i huvudsak beror på generell återhållsamhet med kostnader.

2.2.1. Revisionskontorets bedömning av ekonomiskt resultat

Nämnden redovisar att resultatet underskrider resultatkravet. Avvikelsen i förhållande till resultatkravet motsvarar sammantaget ca 0,74 procent av omsättningen.

Revisionskontoret konstaterar att nämnden har beslutat om åtgärdsprogram för 2025 men att åtgärderna inte har varit helt tillräckliga för att nå resultatkravet.

Revisionskontoret bedömer att förvaltningarna i huvudsak har analyserat och kommenterat avvikelser i förhållande till budget i sin verksamhetsberättelse. Revisionskontoret noterar dock att nämnden inte gör någon samlad analys på nämndnivå.

Revisionskontoret bedömer att nämndens ekonomiska resultat i allt väsentligt är tillfredsställande. Akutsjukhusnämnden behöver dock säkerställa att tillräckliga åtgärder vidtas för att uppnå fullmäktiges resultatkrav.

2.3. Verksamhetsmässigt resultat

Enligt reglemente ska nämnden redovisa hur den har uppfyllt och fullgjort de mål och uppdrag som fullmäktige har givit, i tertialrapporter och årsbokslut, enligt riktlinjer som fastställs av regionstyrelsen. Regionstyrelsen har inte fastställt några riktlinjer för rapporteringen. På tjänstemannanivå fastställer regionledningskontoret anvisningar för rapporteringen. I anvisningarna framgår inte hur nämnder som har fler än en förvaltning ska rapportera nämndens samlade resultat.

Reglementet slår fast att akutsjukhusnämndens fyra förvaltningar var och en leds av en förvaltningschef, som inför nämnden är ansvarig för verksamheten. Förvaltningarna är separata resultatenheter och nämnden ska redovisa utvecklingen av produktivitet och effektivitet för varje sjukhus.

I regionfullmäktiges policy för styrning och ledning framhålls att varje förvaltning har en förvaltningschef som ansvarar för verksamheten inför nämnden. Ytterst är dock nämnden ansvarig gentemot regionfullmäktige och ska rapportera om planerad verksamhet, uppföljning och övrigt av vikt.

2.3.1. Vårdproduktion

Enligt reglemente ska akutsjukhusnämnden bedriva hälso- och sjukvård på uppdrag av och mot ersättning från hälso- och sjukvårdsnämnden och andra uppdragsgivare inom ramen för nämndens uppdrag.

Produktionen vid Södersjukhuset och Danderyds sjukhus motsvarar 102 procent av målvolymen i DRG-poäng. Motsvarande för Södertälje sjukhus och S:t Eriks ögonsjukhus är 105 procent respektive 97 procent. För akutsjukhusnämnden totalt motsvarar produktionen 102 procent av avtalad målvolym.

Samtliga förvaltningar redovisar en ökad produktivitet jämfört med föregående år. Produktiviteten beräknad utifrån producerade DRG-poäng per helårsarbete har ökat med ca 2 procent för S:t Eriks ögonsjukhus och Danderyds sjukhus. Motsvarande uppgifter för Södersjukhuset och Södertälje sjukhus är 3,5 respektive 8 procent.

2.3.2. Fullmäktiges verksamhetsmål

Tre av fullmäktiges inriktningsmål, med tillhörande sju mål och 16 indikatorer gäller för akutsjukhusnämnden 2025.

Enligt anvisningarna från regionledningskontoret ska nämnder och bolag i sina verksamhetsberättelser, utifrån en samlad helhetsbedömning av både kvantitativa och kvalitativa faktorer, bedöma om fullmäktiges verksamhetsmål är helt, devis eller inte uppnådda. I regionledningskontorets anvisningar finns kriterier för bedömning av indikatorerna, men det saknas kriterier för hur kvantitativa och kvalitativa faktorer ska vägas ihop i bedömningen av målen.

Förvaltningarna har i respektive verksamhetsberättelse bedömt måluppfyllelsen utifrån både kvalitativa faktorer och indikatorernas utfall. Nämnden har inte gjort en sammanvägd bedömning av måluppfyllelsen för akutsjukhusnämnden. Tabellerna nedan visar respektive förvaltnings redovisning av resultatet för indikatorerna och målbedömning.

Tabell 2: Förvaltningarnas bedömning av fullmäktiges mål och indikatorer

Inriktningsmål: Hälso- och sjukvården är behovsstyrd, jämlik och förebygger ohälsa					
Mål	**Indikator**	**SÖS**	**DS**	**STS**	**STE**
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov		●	●	●	●
	Andel väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist	Uppnås	Uppnås	Uppnås	Uppnås
	Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist	Uppnås	Uppnås	Uppnås	Uppnås
	Väntetid till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning	Uppnås	Uppnås	Uppnås	Uppnås
	Total vistelsetid på akutmottagning	Uppnås	Uppnås	Uppnås	Uppnås inte
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		●	●	●	●
	Förekomsten av vårdrelaterade infektioner	Uppnås	Uppnås	Uppnås	Uppnås
	Antal utskrivnings-klara dagar till kommunen per vårdtillfälle	Uppnås	Uppnås	Uppnås	-

Mål: Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov

Förvaltningar bedömer att de uppnår målet. Förvaltningarna uppnår samtliga fullmäktiges indikatorer för målet, med undantag för S:t Eriks ögonsjukhus som inte uppnår indikatorn om total vistelsetid på akutmottagningen.

Mål: Vården är säker och effektiv och har god kvalitet

Förvaltningarna bedömer att de uppnår målet och förvaltningarna uppnår målvärdena för indikatorerna. S:t Eriks ögonsjukhus redovisar inte indikatorn om antal utskrivningsklara dagar till kommun, efter samråd med regionledningskontoret.

Tabell 3: Förvaltningarnas bedömning av fullmäktiges mål och indikatorer

Inriktningsmål: Verksamheten är långsiktigt hållbar och kostnadseffektiv					
Mål	**Indikator**	**SÖS**	**DS**	**STS**	**STE**
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet					
	Administrativa kostnader ska minska	Uppnås	Uppnås	Uppnås	Uppnås
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till 2035					
	Minskning av utsläpp av växthusgaser jämfört med 2019	Uppnås	Uppnås	Uppnås inte	Uppnås
	Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan	Delvis	Delvis	Delvis	Uppnås
	Andel genomförda upphandlingar med relevanta hållbarhetskrav	Uppnås	Uppnås	Uppnås	Uppnås
	Nämnden har genomfört åtgärder för att öka livslängden och material-återvinningen av produkt- och materialflöden	Delvis	Uppnås	Delvis	Delvis
Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling					
	Systematiskt arbete med social hållbarhet	Uppnås	Uppnås	Uppnås	Uppnås

Mål: Långsiktig ekonomisk uthållighet

Södertälje sjukhus och S:t Eriks ögonsjukhus har bedömt att de uppnår målet. Båda sjukhusen uppnår såväl indikatorn om minskade administrativa kostnader som fullmäktiges resultatkrav.

Södersjukhuset har inte uppnått fullmäktiges resultatkrav och bedömer därför målet som delvis uppnått, trots att sjukhuset uppnår målets indikator. Danderyds sjukhus uppnår varken målvärdet för målets indikator eller resultatkravet. Sjukhuset menar att indikatorn uppnås, om utfallet justeras för intäkter avseende administrativ personal som varit utlånad till regionledningskontoret under 2025, och har därför bedömt målet som delvis uppnått.

Mål: Ekologiskt hållbar och klimatneutral region

Danderyds sjukhus och Södersjukhuset bedömer att de uppnår målet, medan Södertälje sjukhus och S:t Eriks ögonsjukhus bedömer att de delvis har uppnått målet.

Samtliga förvaltningar har bedömt en eller flera av målets indikatorer som delvis uppfyllda. Enligt regionledningskontorets anvisningar kan en indikator endast vara uppfylld eller inte uppfylld. Ingen av förvaltningarna har tillgång till tillförlitliga data för basår och mätmetoder för att beräkna konsumtionsbaserad klimatpåverkan. Alla sjukhusen arbetar med åtgärder inom området. Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus har därför bedömt att de delvis uppnår indikatorn, medan S:t Eriks ögonsjukhus har bedömt att de uppnår den. Kravet för att uppnå indikatorn om genomförda åtgärder för att öka livslängden och materialåtervinningen, är att åtgärderna ska vara nya för 2025. Södersjukhuset, Södertälje sjukhus och S:t Eriks ögonsjukhus uppger att de arbetar aktivt med åtgärder inom området, men att samtliga åtgärder inte är nya för 2025. De har därför valt att bedöma indikatorn som delvis uppnådd.

Mål: Socialt hållbar utveckling

Förvaltningarna bedömer att de uppnår målet. Samtliga förvaltningar beskriver i sina verksamhetsberättelser vilka åtgärder de arbetar kopplade till målet om socialt hållbar utveckling.

Tabell 4: Förvaltningarnas bedömning av fullmäktiges indikatorer

Inriktningsmål: Kompetensförsörjningen är långsiktig					
Mål	**Indikator**	**SÖS**	**DS**	**STS**	**STE**
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare		●	●	●	–
	Andel personalkostnader i hälso- och sjukvården som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning	Uppnås	Uppnås	Uppnås	Uppnås
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		◆	◆	●	–
	Andel sjukfrånvaro	Uppnås inte	Uppnås inte	Uppnås	Uppnås inte
	Totalindex HME	Uppnås inte	Uppnås	Uppnås	Uppnås inte
	Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete	Uppnås inte	Uppnås inte	Uppnås inte	Uppnås

Mål: Attraktiv och inlyssnande arbetsgivare

Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus bedömer att de uppnår målet. S:t Eriks ögonsjukhus har inte gjort någon bedömning. Samtliga förvaltningar uppnår målvärdet för målets indikator.

Mål: Hållbar arbetsgivare

Södertälje sjukhus bedömer att sjukhuset har uppnått målet. Sjukhuset uppnår målvärdena för två av målets tre indikatorer. Södersjukhuset och Danderyds sjukhus bedömer att de delvis har uppnått målet. Danderyds sjukhus uppnår målvärdena för en av målets tre indikatorer. Södersjukhuset uppnår ingen av indikatorernas målvärden. S:t Eriks ögonsjukhus uppnår en av de tre indikatorerna men har inte gjort någon bedömning av måluppfyllelsen.

2.3.3. Uppdrag från fullmäktige

Regionfullmäktige har beslutat om elva uppdrag för akutsjukhusnämnden för år 2025. Nämnden rapporterar att samtliga elva har slutförts under året.

Flera av fullmäktiges uppdrag handlar om att akutsjukhusnämnden ska förbättra, förstärka eller intensifiera sitt arbete inom vissa områden eller stödja redan pågående arbeten. För flera av dessa uppdrag rapporterar akutsjukhusnämndens att samverkansstrukturer och arbetsformer har etablerats under 2025. Vidare framkommer av rapporteringen att arbetet kommer att fortgå under kommande år, i vissa fall under ledning av regionsledningskontoret, men att uppdragen anses avslutade.

Revisionskontoret har granskat akutsjukhusnämndens styrning och uppföljning av fullmäktiges uppdrag. I granskningen har otydligheter i nämndens styrning och uppföljning identifierats, se vidare avsnitt 3.2.

2.3.4. Revisionskontorets bedömning

Revisionskontoret konstaterar att akutsjukhusnämnden har uppnått avtalade målvolymer för sin produktion av hälso- och sjukvård under 2025.

Nämnden har inte gjort någon sammanvägd bedömning av måluppfyllelsen. För fyra av sju mål gör förvaltningarna olika bedömningar av måluppfyllelsen. Utifrån nämndens rapportering går det inte att avgöra om målen har uppnåtts för nämnden som helhet eller inte och revisionskontoret kan därför inte göra någon bedömning. För tre av sju mål bedömer alla förvaltningarna att de har uppnått målen. I granskningen har det inte framkommit något som pekar på att dessa tre mål inte har uppnåtts.

Revisionskontoret konstaterar att det saknas anvisningar för hur nämnder med fler än en förvaltning ska bedöma måluppfyllelsen. Fullmäktiges mål i budget är riktade till nämnden och det är nämnden som är ytterst ansvarig för att säkerställa att målen uppnås. Revisionskontoret menar att nämnden behöver bedöma och rapportera måluppfyllelsen för akutsjukhusnämnden samlat, inte bara per förvaltning.

Nämnden redovisar att den genomfört samtliga av fullmäktiges uppdrag. I granskningen har inget framkommit som tyder på att akutsjukhusnämndens förvaltningar inte har arbetat med tilldelade uppdrag. Dock finns oklarheter i akutsjukhusnämndens roll och styrning, se vidare avsnitt 3.2.

Revisionskontoret bedömer att nämndens verksamhetsmässiga resultat i huvudsak är tillfredsställande, men att uppfyllelsen av fullmäktiges mål i flera fall inte går att bedöma.

3. Styrning och kontroll

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

3.1. Ekonomi- och verksamhetsstyrning

Revisionskontoret har under 2025 översiktligt granskat nämndens ekonomistyrning med fokus på nämndens åtgärder för att uppnå resultatkravet.

3.1.1. Åtgärdsprogram

Under året har sjukhusen, exklusive S:t Eriks ögonsjukhus, genomfört åtgärder motsvarande cirka 273 mnkr. Södersjukhuset realiserade effekter för 156 mnkr (15 procent mer än åtgärdsprogrammet) medan Danderyds sjukhus uppnådde effekter på 103 mnkr (69 procent av åtgärdsprogrammet) och Södertälje sjukhus 14 mnkr (70 procent).

Det största delområdet som sjukhusen realiserar effekter är inom bemanning, där sjukhusen uppnådde sammanlagt cirka 118 mnkr, vilket motsvarar 61 procent av de planerade åtgärderna inom bemanning. Åtgärder för att minska sjukfrånvaro pågår, likaså att minska bemanningskostnader genom bättre schemaläggning och rutiner för hantering av övertid. Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus tillämpar dispensförfarande vid rekrytering. Dessutom fortsätter de totala kostnaderna för inhyrd personal att minska för sjukhusen.

Ett annat delområde som sjukhusen inom akutsjukhusnämnden samarbetar i är kloka kliniska val som går ut på att fasa ut vård och diagnostik som inte skapar värde för patienten. Åtgärder som ligger under delområdet kloka kliniska val har en sammanlagd realiserad effekt på cirka 62 mnkr, vilket är cirka 40 procent mer än budgeterad effekt. En översyn av laboratorieanalyser sker kontinuerligt på sjukhusen för att effektivisera och minska kostnader genom att till exempel gå igenom beställningsmönster och relevanta analyser.

Södersjukhuset och Danderyds sjukhus har även en intäktsåtgärd som går ut på att ha en högre produktion än sjukhusavtalet. Produktionen låg på 102 procent av sjukhusavtalet vilket resulterade i högre intäkter.

3.1.2. Nämndens hantering av avvikelser

Akutsjukhusnämnden beslutade om åtgärdsprogram för Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus i samband med beslut om sjukhusens verksamhetsplaner. Sjukhusen har arbetat med åtgärdsprogram sedan flera år tillbaka.

Nämnden har under året regelbundet fått information om sjukhusens ekonomiska situation. På nämndmötet i april 2025 framgick att det ekonomiska resultatet var sämre än budgeterat för Södersjukhuset och Danderyds sjukhus. Nämnden beslutade därför att återrapportering avseende åtgärder och utfallet av åtgärderna skulle vara en stående punkt på nämndmötena. Nämnden beslutade även att särskilt fokus skulle läggas vid kostnadsutvecklingen avseende personal. Sedan april 2025 har nämnden fått uppföljning av åtgärdsprogrammen per åtgärdsområde och prognosticerat utfall för helåret. Nämnden har även återkommande fått en sammanställning av personalvolym mätt som helårsarbeten, andel inhyrd personal samt sjukfrånvaro per förvaltning.

Tertialrapporten presenterades för nämnden i maj 2025 och prognosen för helåret var -61 mnkr, motsvarande 121 mnkr under budget. Nämnden betonade att sjukhusen behövde vidta åtgärder och säkra att åtgärderna skulle ge avsedd effekt. I samband med att delårsrapporten presenterades på nämndmötet i september 2025 konstaterade nämnden att Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus prognostiserade ett negativt ekonomiskt resultat. Prognosen var - 5,6 mnkr, motsvarande 65,6 mnkr sämre än resultatkravet. Nämnden betonade igen att sjukhusen behövde vidta åtgärder och säkra att åtgärderna skulle ge avsedd effekt. Det framkom att sjukhusen arbetade med åtgärder men att det krävdes ökade realiserade åtgärder för att resultatkravet skulle uppnås.

Av nämndhandlingarna framgår att åtgärderna för att nå resultatkravet redovisas på en övergripande nivå. I redovisningen finns inga förklaringar till avvikelser gällande realiserad effekt jämfört med budgeterad effekt per åtgärdsområde. Statistiken över personalvolym, inhyrd personal samt sjukfrånvaro som nämnden har fått har redovisats per förvaltning. Statistiken redovisas på en hög aggregerad nivå och det saknas delvis förklaringar till utfallen.

Resultatet för helåret 2025 uppgår till -58 mnkr, vilket är en negativ budgetavvikelse med 118 mnkr och 52 mnkr lägre än prognosen i delårsrapporten. I förvaltningarnas rapportering till nämnden framgår inte tydligt vad skillnaden beror på.

3.1.3. Fortsatt arbete under 2026

Akutsjukhusnämnden har beslutat om åtgärder för 2026 på 240 mnkr för att nå resultatkravet på 93 mnkr. Åtgärderna är fördelade på de tre akutsjukhusen. Danderyds sjukhus har åtgärder motsvarande 120 mnkr, Södersjukhuset 100 mnkr och Södertälje sjukhus 20 mnkr.

För att uppnå resultatkravet är åtgärderna framför allt fokuserade på bemanningskostnader där den sammanlagda budgeterade effekten för 2026 är på 103 mnkr. Sjukhusen ska fortsätta att arbeta med till exempel en förbättrad bemanningsplanering för att reducera övertid och inhyrning samt ha ett fortsatt dispensförfarande vid tillsättning av vakanta tjänster. Därutöver planeras en effekt på 36 mnkr inom området kloka kliniska val med fokus på att minska kostnaderna för medicinsk diagnostik, läkemedel och materialanvändning. Södersjukhuset och Danderyds sjukhus planerar även en vårdproduktion, baserad på vårdbehov, som överstiger målvolymen i uppdragen motsvarande intäkter på totalt 60 mnkr.

3.1.4. Revisionskontorets bedömning

Revisionskontoret konstaterar att nämnden i samband med sin verksamhetsplan för år 2025 beslutade om åtgärder på totalt 305 mnkr. Åtgärderna fick inte full effekt under 2025 utan utfallet blev sammantaget 273 mnkr (90 procent). Revisionskontoret konstaterar att åtgärderna inte var tillräckliga för att nå resultatkravet 2025. Revisionskontoret menar att nämnden i fortsättningen behöver säkerställa att sjukhusen har åtgärdsprogram som har möjlighet att ge full effekt under innevarande år.

Revisionskontoret konstaterar vidare att nämnden var aktiv och efterfrågade information om vidtagna åtgärder för att uppnå resultatkravet och att nämnden kontinuerligt fick återrapportering om åtgärderna och sjukhusens ekonomiska utveckling.

Nämnden konstaterade vid flera tillfällen att åtgärderna inte var tillräckliga för att resultatkravet skulle nås. Revisionskontoret noterar att åtgärderna redovisades på en aggregerad nivå och att det saknades förklaring till varför det uppstod avvikelser gällande realiserad effekt jämfört med budgeterad effekt per åtgärdsområde. Revisionskontoret bedömer att det krävs en tydligare rapportering om åtgärderna till nämnden.

Revisionskontoret konstaterar att nämnden har beslutat om ett åtgärdsprogram för 2026 på sammanlagt 240 mnkr för att nå resultatkravet på 93 mnkr. Revisionskontoret bedömer att det kommer att krävas ett fokuserat arbete med åtgärderna för att nå resultatkravet för år 2026.

3.2. Styrning och uppföljning av fullmäktigeuppdrag

Akutsjukhusnämnden fick i budget 2025 elva uppdrag från regionfullmäktige. Flera av uppdragen är omfattande och förutsätter samarbete med andra nämnder. Revisionskontoret har granskat om akutsjukhusnämnden har säkerställt en tillräcklig styrning, kontroll och uppföljning av uppdragen från fullmäktige.

Granskningen är baserad på genomgång av nämndhandlingar samt intervjuer med tjänstepersoner i akutsjukhusnämndens förvaltningar och regionledningskontoret. Granskningen är avgränsad till tre av uppdragen från fullmäktige:

- *Uppdrag 3*. Akutsjukhusnämnden uppdras att i samråd med Karolinska Universitetssjukhuset säkerställa att akutsjukhusen genomför ett aktivt arbete för att säkerställa en personalsammansättning som ger optimal bemanning med rätt sammansättning av kompetensen inom vårdteamet.
- *Uppdrag 4*. Akutsjukhusnämnden uppdras att i samråd med Karolinska Universitetssjukhuset och hälso- och sjukvårdsnämnden utreda hur personalsammansättningen på akutsjukhusen kan optimeras för att frigöra tid för vårdpersonal samt främja utvecklingen av den nära vården.
- *Uppdrag 7*. För att vårdcentralerna ska kunna ta ett större ansvar i att vara navet i vården uppdras akutsjukhusnämnden att i samråd med hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsnämnden skyndsamt förbättra samt underlätta primärvårdens möjlighet till snabb konsultationshjälp från specialistläkare med syfte att snabbare kunna diagnostisera, sätta in rätt behandling direkt samt bidra till ett tätare samarbete mellan primärvården och den områdesspecifika specialistvården.

3.2.1. Nämnden får information om uppdragen

Nämnden har i tertialrapportering, delårsrapportering och årsrapportering för år 2025 fått information om arbetet med att genomföra uppdragen. I samband med tertialrapporteringen i maj 2025 fick nämnden en statusrapport som visade om uppdragen hade påbörjats. I samband med delårsrapporteringen i september 2025 fick nämnden ytterligare en statusrapport som visade om uppdragen fortlöpte enligt plan samt korta beskrivningar av pågående arbete. I verksamhetsberättelsen finns en fylligare beskrivning av vilka aktiviteter som genomförts under året i respektive uppdrag.

Av presentationsmaterialet som användes vid informationstillfället i samband med delårsrapporteringen framgår att uppdrag tre och fyra ”har uppgått i det regionala uppdraget ’Kompetensplanering i arbetsströmmarna’”. Formuleringen återkommer i

rapporteringen i verksamhetsberättelsen. Det finns ingen förklaring i delårsrapporten eller verksamhetsberättelsen om av vad detta innebär.

Det framgår inte av nämndens protokoll vilka frågor som nämnden diskuterade vid rapporteringen av uppdragen. Nämnden har inte fattat några beslut som rör genomförandet av uppdragen.

3.2.2. Förvaltningarna följer upp uppdragen löpande

För varje uppdrag har förvaltningscheferna utsett uppdragsägare med uppgift att leda arbetet i respektive uppdrag. Förvaltningscheferna har kommit överens om en process för uppföljning av uppdragen. Uppdragsägarna har rapporterat månadsvis i en särskilt framtagen mall, om hur arbetet har fortskridit. Underlaget har sammanställts av akutsjukhusnämndens kansli och föredragits för förvaltningscheferna. Återkoppling har getts till uppdragsägarna via kansliet. Inför årsrapporteringen genomförde kansliet en utökad uppföljning, i syfte att kunna avgöra vilka uppdrag som är slutförda. Underlaget stämdes av med förvaltningscheferna och nämndordföranden.

3.2.3. Sjukvårdsledningsgruppen fungerar som styrgrupp

I regionen finns sjukvårdsledningsgruppen, vilken leds av regionens sjukvårdsdirektör. Akutsjukhusnämndens sjukhusdirektörer deltar i gruppen, vilken är en informell arbetsgrupp på tjänstemannanivå.

I granskningen framkommer att sjukvårdsledningsgruppen gick igenom vårdgivarnas budgetuppdrag när budget 2025 hade beslutats av fullmäktige. Genomgången syftade till att hitta effektiva sätt att genomföra uppdragen. Eftersom akutsjukhusnämndens uppdrag tre och fyra bedömdes ligga nära det redan pågående arbetet *systematisk kompetensförsörjning i arbetsströmmarna* kom sjukvårdsledningsgruppen överens om att uppdragen skulle ingå i arbetet med ”*arbetsströmmarna*”. Något särskilt arbete med att genomföra uppdrag tre och fyra påbörjades därmed inte av akutsjukhusnämndens förvaltningar. *Systematisk kompetensförsörjning i arbetsströmmarna* är ett initiativ från sjukvårdsledningsgruppen och leds av regionens HR-direktör. Akutsjukhusnämndens förvaltningar ingår i arbetet. Arbetet avrapporteras löpande till sjukvårdsledningsgruppen som också har gett återkoppling om inriktning och utveckling av arbetet.

Genomförandet av uppdrag sju samordnas av en regional projektgrupp under ledning av Södertälje sjukhus och Stockholms läns sjukvårdsområde. Det finns lokala projektgrupper för varje sjukhus som rapporterar till den regionala projektgruppen som i sin tur rapporterar till sjukvårdsledningsgruppen. Det är till sjukvårdsledingsgruppen som den regionala projektgruppen har lyft frågor om inriktning, aktiviteter och mål för uppdraget.

3.2.4. Revisionskontorets bedömning

Akutsjukhusnämndens sjukhusdirektörer har tillsammans med regionens sjukhusdirektör kommit överens om att ett sedan tidigare pågående tjänstemannastyrt projekt ska ersätta genomförandet av två av akutsjukhusnämndens fullmäktigeuppdrag. Hur uppdragen har hanterats framgår inte tydligt av akutsjukhusnämndens rapportering och det går inte att utläsa ur nämndhandlingarna om nämnden har tagit ställning till detta.

Revisionskontoret menar att nämnden borde ha varit mer aktiv i sin styrning. Akutsjukhusnämnden har ansvaret för att genomföra uppdragen och det är därför nämnden som bör besluta om strategiska vägval i genomförandet.

3.3. Styrning i den nya nämnden

Mot bakgrund av att akutsjukhusnämnden bildades 2025 av fyra tidigare separata bolag har revisionskontoret granskat hur nämnden arbetar för att skapa en tydlig och enhetlig styrning och kontroll i sin verksamhet. Granskningarna rör nämndens kontroll över beslut, rutiner för ärendeberedning och akutsjukhusnämnden styrning av de fyra förvaltningarna.

3.3.1. Delegation och kontroll över beslut

Revisionskontoret har i ett särskilt projekt (nr 12/2025) granskat om akutsjukhusnämnden har säkerställt att tilldelade delegationer överensstämmer med gällande bestämmelser samt om gällande regler avseende delegation följs.

Den samlade bedömningen är att akutsjukhusnämnden i huvudsak har en tillräcklig kontroll över delegerade beslut. Det finns dock vissa otydligheter i nämndens delegationsbestämmelser, särskilt avseende vidaredelegationer. För att nämnden ska kunna ha insyn i verksamheten behöver den hålla sig informerad om eventuella vidaredelegationer. Revisionskontoret bedömer att det finns otydligheter i vissa av förvaltningschefernas beslut om vidaredelegationer samt att det i några fall finns otydligheter i förvaltningarnas beslutsordningar. Därmed finns en risk för att nämnden inte har tillräcklig insyn. Vidare bedömer revisionskontoret att beslutsordningarna i några fall inte helt överensstämmer med gällande delegationsbestämmelser. Nämnden rekommenderas därför att säkerställa att beslut om att vidaredelegera beslutanderätt är tydligt dokumenterade och att vidaredelegationerna följer gällande bestämmelser.

Revisionskontoret bedömer att akutsjukhusnämnden delvis har säkerställt att gällande regler avseende delegation följs. Granskningen visar att delegationsbeslut inte alltid anmäls i tid till nämnden och att tydliga hänvisningar till vilken delegation som avses inte alltid anges i delegationsbesluten. Revisionskontoret noterar att antalet anmälda delegationsbeslut varierar relativt mycket mellan förvaltningarna trots likartad verksamhet, vilket kan tyda på att delegationsbeslut inte dokumenteras och anmäls i enlighet med gällande regler. Nämnden rekommenderas därför att säkerställa att delegationsbeslut dokumenteras och anmäls till nämnden.

3.3.2. Ärendeberedning

Revisionskontoret har granskat om akutsjukhusnämnden har fastställda riktlinjer och en dokumenterad roll- och ansvarsfördelning för nämndens ärendeberedning. Syftet är att bedöma om akutsjukhusnämnden har säkerställt förutsättningar för en transparent och tydlig process för nämndens ärendeberedning.

Akutsjukhusnämnden har ett kansli bestående av kanslichef och nämndsekreterare. Ordinarie kanslichef tillsattes i juni 2025. Kansliets uppdrag är inte skriftligen fastställt, men kansliet hanterar frågor som rör nämndens ärendeberedning. Under hösten 2025 påbörjade kansliet ett arbete med att ta fram processbeskrivningar för nämndprocessen och för nämndens ärendehantering. Vid granskningens genomförande i slutet av

2025 var förslag till processbeskrivningar framtagna men ännu inte fastställda av förvaltningscheferna.

3.3.2.1. Bedömning

I och med att fastställda riktlinjer har saknats under 2025, bedömer revisionskontoret att akutsjukhusnämnden inte har säkerställt tillräckliga förutsättningar för en transparent och tydlig ärendeberedningsprocess. Samtidigt konstaterar revisionskontoret att riktlinjer är under framtagande.

3.3.3. Förutsättningar för transparent och tydlig styrning

Nämnden ansvarar för att dess verksamhet bedrivs i enlighet med fullmäktiges mål och riktlinjer samt de lagar och författningar som gäller för verksamheten. Vidare ansvarar nämnden för att dess organisation är tydlig, resurseffektiv och ändamålsenlig utifrån fullmäktiges mål och styrning samt lagar och författningar[1]. Regionfullmäktige fastställer koncernövergripande styrande dokument som nämnderna kan bryta ner till lokala riktlinjer, strategier och planer.[2] I vissa koncernövergripande styrdokument finns krav på nämnderna att ta fram lokala styrdokument.

Akutsjukhusnämnden har fyra förvaltningar som var och en leds av en förvaltningschef. Innan akutsjukhusnämnden bildades var de fyra förvaltningarna separata aktiebolag och fyra olika vårdgivare. Respektive förvaltning har därför sedan tidigare upprättat egna lokala styrdokument utifrån gällande lagstiftning och regionens krav.

Mot bakgrund av detta finns en risk för att nämndens styrning är otydlig eller att förvaltningarnas styrdokument inte är enhetliga. Revisionskontoret har granskat om akutsjukhusnämnden har utvärderat och hanterat eventuella konsekvenser som bildandet av nämnden har fått för styrningen av verksamheten. Syfte är att bedöma om akutsjukhusnämnden har säkerställt förutsättningar för att verksamheten bedrivs i enlighet med fullmäktiges riktlinjer och lagar och författningar som gäller för verksamheten.

Revisionskontoret har gått igenom akutsjukhusnämndens handlingar från 2025 och genomfört intervjuer med företrädare för förvaltningarna. Granskningen har avgränsats till nämndens övergripande styrning med fokus på två områden – systematiskt kvalitetsarbete samt kris- och katastrofberedskap.

3.3.3.1. Nämndens övergripande styrning

Akutsjukhusnämnden har inte fattat beslut om att utreda inom vilka områden existerande styrdokument behöver uppdateras med anledning av bildandet av nämnden.

Inom förvaltningarna pågår arbete med att utveckla samverkan mellan förvaltningarna. Förvaltningscheferna har tillsatt sju förvaltningsövergripande arbetsgrupper[3] med uppdrag att utveckla samverkan inom olika områden. Grupperna är en del av akutsjukhusnämndens arbete med nämndens budgetuppdrag om att minska de administrativa kostnaderna med anledning av akutsjukhusnämndens bildande. Samordning av styrdokument har inte varit ett särskilt utpekat område för arbetsgrupperna. Arbetsgrupperna har tagit fram förslag på prioriterade samverkansområden som

[1] Kommunallagen 6 kap. 6 §, RS 2022-0762 Reglemente, allmänna bestämmelser 3 §
[2] RS 2024-0287Policy för styrning och ledning
[3] Teknik och utveckling, HR, kommunikation, ekonomi, inköp och upphandling, kvalitet och patientsäkerhet, forskning och utbildning och kliniska prövningar.

förvaltningscheferna har godkänt. En av arbetsgrupperna, arbetsgruppen för kommunikation, identifierade att den behövde se över styrdokumenten inom området. Akutsjukhusnämnden beslutade i april 2025 att upphäva samtliga lokala riktlinjer inom kommunikationsområdet och använda de koncernövergripande styrdokumenten istället.

3.3.3.2. Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Vårdgivaren är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Enligt reglemente för regionstyrelsen och övriga nämnder ansvarar akutsjukhusnämnden för att det finns ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom dess verksamhetsområde. Från och med 2026 ansvarar nämnden enligt reglemente för att inom sitt ansvarsområde fullgöra Region Stockholms skyldigheter som vårdgivare enligt patientsäkerhetslagen samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Eftersom förvaltningarna tidigare var olika vårdgivare har respektive förvaltning separata ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Nämnden har inte fattat några beslut som rör utvecklingen av det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Det går inte att utläsa av nämndhandlingarna om nämnden har diskuterat vad nämndens bildande, eller det uppdaterade reglementet från 2026, innebär för nämndens styrning och organisering av det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

En av de förvaltningsövergripande arbetsgrupperna arbetar med frågor om kvalitet och patientsäkerhet. Gruppens uppdrag handlar om att hitta samarbeten och effektiviseringar. På vilket sätt styrningen av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har påverkats av bildandet av nämnden ingår inte uttryckligen i uppdraget. Därmed har inte fokus legat på frågor om i vilken utsträckning de fyra förvaltningarnas systematiska patientsäkerhetsarbete bör integreras med varandra.

Vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete ska årligen beskrivas i en patientsäkerhetsberättelse[4]. En fråga som har diskuterats i den förvaltningsövergripande arbetsgruppen är om förvaltningarna ska samordna sina patientsäkerhetsberättelser. Eftersom det pågår ett nationellt arbete med att se över patientsäkerhetsberättelsernas utformning, inväntar arbetsgruppen resultatet av översynen. Översynen beräknas vara klar under hösten 2026. I december 2025 beslutade akutsjukhusnämnden att revidera sin delegationsordning. Beslut om att godkänna och fastställa patientsäkerhetsberättelse är numera delegerat till chefläkarna vid respektive förvaltning.

3.3.3.3. Kris och katastrofberedskap

Enligt reglementet ansvarar nämnden för att säkerställa ett ändamålsenligt verksamhetsskydd samt förmågan att bedriva samhällsviktig verksamhet under fredstida kriser och höjd beredskap med hänsyn till av fullmäktige fastställda mål och styrning samt lagar och andra författningar för verksamheten.

Ett centralt område inom verksamhetsskydd är krisberedskap. Nämndernas ansvar för krisberedskap konkretiseras i regionens krisberedskapsplan och regional katastrofmedicinsk beredskapsplan. I planen anges bl.a. att nämnderna ansvarar för att genomföra risk- och sårbarhetsanalyser, arbeta med kontinuitetshantering och för att ta fram

[4] Patientsäkerhetslagen 3 kap. 10 §

lokala krisberedskapsplaner. Under 2025 har regionens styrdokument uppdaterats och en ny plan för krisberedskap och civilt försvar beslutades av regionfullmäktige i december 2025. De ovan nämnda kraven finns även i den nya riktlinjen.

I augusti 2025 framförde nämnden i ett yttrande över regionens riktlinje för krisberedskap och civilt försvar, att det måste tydliggöras om kravställningar på lokal nivå gäller akutsjukhusnämnden eller förvaltningarna. I yttrandet framkommer att nämnden förespråkar att de lokala kraven avseende risk- och sårbarhetsanalys, kontinuitetshantering och beredskapsplaner bör gälla förvaltningarna, inte nämnden. Akutsjukhusnämnden har inte fått något formellt svar. I granskningen framkommer att regionledningskontoret menar att de lokala kraven ska utgå från respektive sjukhus och att respektive sjukhus exempelvis ska upprätta egna beredskapsplaner.

I september 2025 informerades nämnden om pågående arbete inom katastrofmedicinsk beredskap. Det går inte att utläsa av möteshandlingar om nämnden avhandlade betydelsen av att akutsjukhusnämnden har bildats för styrningen av området.

Det finns ingen förvaltningsövergripande arbetsgrupp för kris- och katastrofberedskap med uppdrag att utveckla samordningen mellan förvaltningarna i akutsjukhusnämnden. I samband med att de sju arbetsgrupperna tillsattes av förvaltningscheferna, diskuterades frågan om en grupp för krisberedskap behövdes, men någon sådan tillsattes inte. I granskningen framkommer att samverkan i hög utsträckning utgår ifrån regionledningskontorets enhet för katastrofmedicinsk beredskap (EKMB). Exempelvis fördelar EKMB uppdrag som rör kris- och katastrofberedskap till förvaltningarna. Regionledningskontoret har under 2025 skapat en ny struktur för ledning och styrning av kris- och katastrofberedskap i regionen. I den nya strukturen finns olika regionövergripande samverkansgrupper. I samverkansgrupperna deltar de fyra förvaltningarna med representanter för respektive sjukhus. I granskningen framkommer vidare att akutsjukhusnämndens förvaltningar har inväntat etableringen av den nya strukturen, men att samverkan inom akutsjukhusnämnden kan komma att öka framgent.

3.3.3.4. Bedömning

Utifrån granskade områden bedömer revisionskontoret att nämnden behöver bli mer aktiv i sin styrning. Revisionskontoret menar att nämnden behöver ta ställning till hur styrningen av de områden nämnden ansvarar för ska utformas så att förutsättningar finns för en tydlig och transparent styrning. Nämnden bör utreda i viken utsträckning styrningen ska samordnas mellan förvaltningarna och vilka styrdokument som ska antas av nämnden.

3.4. Granskningar av it-säkerhet samt införande av ny teknik

3.4.1. Hantering av rekommendationer från Cert

Revisionskontoret har i ett särskilt projekt (nr 13/2025) granskat akutsjukhusnämndens hantering av rekommendationer från Region Stockholms CERT vid Danderyds sjukhus. Granskningen visar att sjukhuset omhändertar inkommande rekommendationer men att arbetet påverkas negativt av avsaknaden av dokumenterade processer, otydliga roller och personberoende. Revisionskontoret bedömer att dessa brister till viss del kan komma att lösas genom implementering av den nya riktlinjen för informationssäkerhet och dataskydd. Vidare framkommer att flertalet it-system saknar

systemägare varför revisionskontoret bedömer att nämnden bör utveckla kontrollen över sjukhusets it-miljö och säkerställa att samtliga system har utsedda systemägare.

3.4.2. Medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården

Revisionskontoret har i ett särskilt projekt (nr 14/2025) granskat om akutsjukhusnämnden har säkerställt att införandet av medicintekniska produkter (MTP) överensstämmer med gällande bestämmelser. Granskningens syfte är att bedöma om nämnden har en tillräcklig styrning och kontroll gällande patientsäkerheten vid införande av MTP. Revisionskontorets samlade bedömning är att akutsjukhusnämnden för Danderyds sjukhus inte fullt ut har säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll över införandet av MTP.

Sjukhuset saknar ett övergripande styrdokument som tydliggör hur ansvaret enligt Socialstyrelsens föreskrifter[5] ska omsättas i praktiken inom sjukhuset. Revisionskontoret bedömer att detta innebär en risk för att regelverket tolkas olika och att detta kan leda till skillnader i styrning av de olika verksamheterna. Revisionskontoret bedömer därutöver att akutsjukhusnämnden inte har säkerställt tillräckliga kontroller av efterlevnaden av kraven för MTP. Uppföljning sker inom ramen för patientsäkerhetsarbetet, men omfattar inte specifikt MTP. Revisionskontoret konstaterar att nämnden inte har efterfrågat information om ledningssystemet eller hur kontrollen av regelefterlevnad fungerar.

3.5. Granskningar av ledningsnära kostnader, representation och attestrutiner

3.5.1. Ledningsnära kostnader och representation

PwC:s granskning visar att det finns vissa brister gällande attestants oberoende, alternativt brist att kunna påvisa oberoende, för Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Eriks ögonsjukhus. Motsvarande avvikelser har noterats tidigare år och utifrån granskningsresultatet bedöms tidigare givna rekommendationer kvarstå. För S:t Eriks ögonsjukhus har i årets granskning även granskningen visat vissa brister avseende attestants behörighet.

Rekommendation:

Akutsjukhusnämnden behöver säkerställa att:

- S:t Eriks ögonsjukhus stärker rutinen för att säkerställa att attest görs av behörig attestant.

3.5.2. Attestrutiner

PwC har inhämtat och testat förvaltningarnas attestrutiner. För Södersjukhuset noterar PwC att det är oklart om sjukhusets rutin för attestering av investeringsfakturor följer sjukhusets principer för attesträtt.

Rekommendation:

Akutsjukhusnämnden behöver säkerställa att:

[5] Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (2021:52)

- Södersjukhuset utreder om attestering av investeringsfakturor kan anses vara i enlighet med den egna attestrutinen.

3.6. Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Revisionskontoret har genomfört en översiktlig granskning av akutsjukhusnämndens internkontrollplaner utan väsentliga iakttagelser. Revisionskontoret har även granskat om akutsjukhusnämndens protokoll uppfyller de krav som finns i kommunallagen och Region Stockholms reglemente för regionstyrelsen och övriga nämnder, utan att väsentliga avvikelser har framkommit i granskningen.

PwC har granskat hanteringen av ett antal redovisningsmässiga aspekter kopplat till byte av driftsform från aktiebolag till förvaltning, i syfte att bedöma om övergången från aktiebolag till regional förvaltning har skett korrekt och att redovisningsmässiga aspekter har hanterats på ett tillfredsställande sätt. Granskningen har även syftat till att säkerställa att den nya driftsformen uppfyller krav och standarder. Bedömning är att nämnden i allt väsentligt säkerställt en tillräcklig intern kontroll i den redovisningsmässiga hanteringen vid bytet av driftsform. Hanteringen av ingående balanser, momsjämnkning och pensioner och PO-pålägg gjorts utan särskilda iakttagelser.

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

Granskningen av räkenskaperna och den finansiella rapporteringen har genomförts av PwC. Granskningen har inte föranlett några väsentliga iakttagelser men ett antal frågor bör utredas under 2026.

PwC noterar att det, i Södersjukhusets och S:t Eriks ögonsjukhus redovisning, finns projektmedel och bidrag som eventuellt inte är balansgilla. Utifrån genomförd granskning bedömer PwC att den felaktiga hanteringen sannolikt inte har någon väsentlig effekt på resultatet 2025. PwC bedömer dock att sjukhuset under 2026 behöver göra en genomgång av alla balanserade projektmedel för att säkerställa att det finns en (region) extern förpliktelse i enlighet med RKR2. En rättelse under 2026 behöver ske enligt RKR:s rekommendation R12 Byte av redovisningsprinciper, ändringar i uppskattningar och bedömningar samt rättelser av fel.

PwC har i granskningen av Södersjukhusets, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus redovisning och hantering av materiella anläggningstillgångar noterat att sjukhusen redovisar en långfristig skuld som avser erhållna bidrag för covidrelaterade investeringar. För att offentligt bidrag ska vara hänförbart till en investering ska bidragsgivaren besluta om ett bidrag till en specifik ny investering. Att bidragsgivaren angett att ett bidrag kan användas till investeringar är alltså inte tillräckligt för att bidraget ska kunna redovisas som ett offentligt bidrag hänförbart till en investering. PwC bedömer inte iakttagelsen som väsentlig, men bedömer ändå att sjukhusen under 2026 behöver utreda om balanserade investeringsbidrag uppfyller kravet om att avse en specifik ny investering enligt RKR R2.

Rekommendationer:

Akutsjukhusnämnden behöver säkerställa att:

- Södersjukhuset och S:t Eriks ögonsjukhus under 2026 säkerställer att det finns en (region)extern förpliktelse för samtliga balanserade projektmedel.
- Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus under 2026 säkerställer att den långfristiga skuld som redovisas uppfyller kraven enligt RKR R2 om att avse specifik ny investering.

4.1.1. Revisionskontorets bedömning

Räkenskaperna och den finansiella rapporteringen i akutsjukhusnämndens förvaltningars verksamhetsberättelser 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

Anna Ullsten	Joakim Söderberg
Sakkunnig	Enhetschef

Vad gör regionrevisorerna?

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

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

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

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

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-123 100 00
E-post: regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se
Hemsida: www.regionstockholm.se

Region Stockholm

Region Stockholm

Bilaga 1

Regionrevisorerna

Rekommendationer – akutsjukhusnämnden 2025

Innehåll

Intern kontroll 2

Inköp och upphandling 5

Oegentligheter 6

IT/informationssäkerhet 7

Säkerhet och beredskap 8

Personal 9

Övrigt 10

Räkenskaper 11

Intern kontroll

	Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Akutsjukhusnämnden	187777 **Från rapport** 2025/12 Projektrapport	Nämnden bör säkerställa att beslut om att vidaredelegera beslutanderätt är tydligt dokumenterade och att vidaredelegationerna följer gällande bestämmelser.		
Akutsjukhusnämnden	187778 **Från rapport** 2025/12 Projektrapport	Nämnden bör säkerställa att delegationsbeslut dokumenteras och anmäls till nämnden.		
Akutsjukhusnämnden	195765 **Från rapport** 2025/14 Projektrapport	Nämnden bör säkerställa efterlevnad av Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) genom att Danderyds sjukhus fastställer ett styrdokument som tydliggör hur det övergripande ansvaret är fördelat mellan vårdverksamheterna och stödfunktionerna samt hur föreskrifterna ska omsättas i verksamheten.		
Akutsjukhusnämnden	195785 **Från rapport** 2025/14 Projektrapport	Nämnden bör säkerställa att Danderyds sjukhus styrdokument är aktuella och att strukturen för publicering gör dem lättillgängliga.		
Akutsjukhusnämnden	195788 **Från rapport** 2025/14 Projektrapport	Nämnden bör utveckla styrningen för införande av medicintekniska produkter på Danderyds sjukhus så att samtliga former av införanden omfattas, att roller och ansvar tydliggörs för berörda aktörer samt att relevanta aspekter beaktas.		
Akutsjukhusnämnden	195790 **Från rapport**	Nämnden bör säkerställa att det för den medicintekniska verksamheten på Danderyds sjukhus finns ett		

	Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
	2025/14 Projektrapport	kvalitetsledningssystem med dokumenterade rutiner för centrala arbetsprocesser.		
Akutsjukhusnämnden	195802 **Från rapport** 2025/14 Projektrapport	Nämnden bör utveckla beskrivningen och definiera "ny teknik" i Danderyds sjukhus riktlinje för riskanalyser.		
Akutsjukhusnämnden	195801 **Från rapport** 2025/14 Projektrapport	Nämnden bör säkerställa att riskanalyserna på Danderyds sjukhus är fullständiga och diarieförda enligt riktlinje för riskanalyser.		
Akutsjukhusnämnden	195803 **Från rapport** 2025/14 Projektrapport	Nämnden bör säkerställa att Danderyds sjukhus har en samlad uppföljning av den medicintekniska verksamheten med indikatorer som ger en helhetsbild av risker och effekter med avseende på både patientsäkerhet och kostnadseffektivitet.		
Danderyds sjukhus	109404 **Från rapport** 2023 Delrapport	Den interna kontrollen bör stärkas för att säkerställa att attestanter är oberoende till kostnader de attesterar	🔴	**ÅR 2025** Den genomförda granskningen visar att det finns vissa brister gällande attestants behörighet/oberoende. Rekommendationen bedöms kvarstå.
Danderyds sjukhus	109405 **Från rapport** 2023 Delrapport	Ledningen bör se till att signeringen av utanordningslistor för löner genomförs av alla chefer	🔴	**ÅR 2025** Genomförd granskning av signering av utanordningslistor visar att det fortsatt finns brister, även om andelen signerade listor var något högre 2025 jämfört med föregående år. Rekommendationen bedöms kvarstå.

	Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Akutsjukhusnämnden	195743 **Från rapport** 2025 Årsrapport	Akutsjukhusnämnden bör säkerställa att S:t Eriks ögonsjukhus stärker rutinen för att säkerställa att attest görs av behörig attestant.		
S:t Eriks ögonsjukhus	133528 **Från rapport** 2024 Delrapport	Ledningen bör stärka sina rutiner avseende attestantens oberoende.	🔴	**ÅR 2025** Den genomförda granskningen visar att det finns vissa brister gällande attestants behörighet/oberoende. Rekommendationen bedöms kvarstå.
Akutsjukhusnämnden	195744 **Från rapport** 2025 Årsrapport	Akutsjukhusnämnden bör säkerställa att Södersjukhuset utreder om attestering av investeringsfakturor kan anses vara i enlighet med den egna attestrutinen.		
Södersjukhuset	133421 **Från rapport** 2024 Delrapport	Ledningen bör säkerställa att attestanter är oberoende till kostnader de attesterar.	🔴	**ÅR 2025** Den genomförda granskningen visar att det finns vissa brister gällande attestants behörighet/oberoende. Rekommendationen bedöms kvarstå.
Södersjukhuset	109496 **Från rapport** 2023 Delrapport	Ledningen bör se till att signering av utanordningslistor för löner genomförs av alla chefer	🔴	**ÅR 2025** Genomförd granskning av signering av utanordningslistor visar att det fortsatt finns brister, och att andelen signerade listor i stort sett låg på samma nivå 2025 jämfört med föregående år. Rekommendationen bedöms kvarstå.

Inköp och upphandling

	Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
S:t Eriks ögonsjukhus	94233 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att det finns en processbeskrivning för genomförande av upphandling och förnyad konkurrensutsättning.	🟡	**ÅR 2024** Den uppföljande granskningen visar att bolaget har tagit fram en övergripande beskrivning av upphandlingsprocessen. Dock saknas beskrivning av förnyad konkurrensutsättning. Bolaget genomför få förnyade konkurrensutsättningar och beskrivningar av hur sådana ska gå till ska finnas i andra dokument. Revisionen menar att bolaget, i den övergripande processbeskrivningen, bör hänvisa till beskrivningen av förnyad konkurrensutsättning så det tydligt framgår var denna information finns att hämta. Alternativt lägga till beskrivningen av förnyad konkurrensutsättning i processbeskrivningen. Rekommendationen bedöms som delvis genomförd.
S:t Eriks ögonsjukhus	94234 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa rutinmässiga kontroller av att upphandlingar och direktupphandlingar genomförs och dokumenteras i enlighet med fastslagna styrdokument.	🔴	**ÅR 2024** Uppföljande granskning visar att bolaget har infört fler kontrollpunkter sedan tidigare granskning, dock saknas systematik i kontrollerna av upphandlingar och direktupphandlingar. Rekommendationen bedöms inte vara genomförd.
S:t Eriks ögonsjukhus	94839 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Ledningen för S:t Erik bör säkerställa att syftet med inköp gjorda med betalkort beskrivs och att kvitto alltid bifogas transaktionerna i enlighet med gällande rutiner.	🔴	**ÅR 2024** I den uppföljande granskningen uppger sjukhuset att korrekt hantering av köp gjorda med betalkort säkerställs, dels genom kontroll av att kvitton finns, dels genom kontroll av att köpen rör verksamheten. I genomförd granskning om åtta stickprov identifierades avvikelser i två, kopplade till redovisning av syfte och bifogande av kvitto. Inga särskilda

	Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
				åtgärder har vidtagits för att skärpa kontrollerna. Rekommendationen bedöms inte vara genomförd.
S:t Eriks ögonsjukhus	147685 **Från rapport** 2024 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att direktupphandlingar genomförs och dokumenteras i enlighet med gällande lagstiftning och bolagets egna rutiner.		

Oegentligheter

	Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Danderyds sjukhus	97466 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att riskbedömningar görs i syfte att identifiera risker med avseende på bisysslor samt vidta adekvata åtgärder om sådana risker identifieras.		**ÅR 2025** Danderyd har inte genomfört någon riskbedömning. Rekommendationen kvarstår.
Danderyds sjukhus	97467 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att samtliga bisysslor anmäls i Heroma enligt gällande riktlinjer och anvisningar.		**ÅR 2025** 2026 ska en ny medarbetarplattform lanseras med ny struktur för medarbetarsamtal. Rekommendationen kvarstår.
Danderyds sjukhus	97468 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör införa kontroller för att säkerställa att samtliga bisysslor är bedömda i personalsystemet Heroma.		**ÅR 2025** 2026 ska en ny medarbetarplattform lanseras med ny struktur för medarbetarsamtal. Rekommendationen kvarstår.

IT/informationssäkerhet

	Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Akutsjukhusnämnden	192815 **Från rapport** 2025/13	Akutsjukhusnämnden bör utveckla kontrollen över de system som används samt säkerställa att samtliga system har en systemägare.		
Danderyds sjukhus	97469 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att samtliga medarbetare har genomfört de obligatoriska utbildningarna för informationssäkerhet i enlighet med regionens riktlinjer för informationssäkerhet.		
Danderyds sjukhus	97470 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör införa obligatoriska vidareutbildningar för medarbetarna om informationssäkerhet. (Rekommendationen härstammar både från granskningen av systematiskt informationssäkerhetsarbete och granskningen av säkerhet i nätverk och informationssystem.)		
Danderyds sjukhus	97472 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att roller och ansvar för informationssäkerhet, inkl. NIS, inarbetas i relevanta styrdokument för sjukhuset.		
Danderyds sjukhus	97473 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att det finns en systematik kring sårbarhetstester och avbrottsplaner.		
Södersjukhuset	97484 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör införa obligatoriska vidareutbildningar för medarbetarna om informationssäkerhet. (Rekommendationen härstammar både från granskningen av systematiskt informationssäkerhetsarbete och granskningen av säkerhet i nätverk och informationssystem.)		**ÅR 2024** Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad

Säkerhet och beredskap

	Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Danderyds sjukhus	107471 **Från rapport** 2023/01 Projektrapport	Ledningen för Danderyds sjukhus bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.	🟡	**Delår 2025** Danderyds sjukhus har på anmodan från RLK inte genomfört någon RSA sedan den förra uppföljningen. Det finns därför ingen samverkan gällande risk- och sårbarhetsanalyser för revisionen att bedöma. Rekommendationen kvarstår.
Södersjukhuset	107475 **Från rapport** 2023/01 Projektrapport	Sjukhusledningen bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.	🟡	**Delår 2025** Södersjukhuset har på anmodan från RLK inte genomfört någon RSA sedan den förra uppföljningen. Det finns därför ingen samverkan gällande risk- och sårbarhetsanalyser för revisionen att bedöma. Rekommendationen kvarstår.
Södertälje sjukhus	107470 **Från rapport** 2023/01 Projektrapport	Ledningen för Södertälje sjukhus bör medverka till att utveckla samarbetet mellan vårdgivare när det gäller risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering.	🟡	**Delår 2025** Södertälje sjukhus har till skillnad från övriga vårdgivare genomfört en årlig risk- och sårbarhetsanalys men då övriga vårdgivare inte gjort det samma finns det ingen samverkan för revisionen att bedöma. Rekommendationen kvarstår.

Personal

	Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Akutsjukhusnämnden	185493 **Från rapport** 2024/9 Projekt-rapport	Akutsjukhusnämnden bör utvärdera såväl syfte som tillämpning av förordnanden som anställningsform för första linjens chefer i slutenvården.	🟡	**ÅR 2025** En arbetsgrupp har tillsatts centralt på uppdrag av HR-direktören för att ta fram ett förslag på hur förordnanden för chefer inom hälso- och sjukvården kan se ut. Revisionen avvaktar utfallet av arbetet. Södersjukhuset har i samband med en omorganisation föregått arbetet och implementerat tillsvidareanställningar för nya chefskontrakt sedan årsskiftet. Danderyds sjukhus har genomfört samma förändring från och med februari och Södertälje sjukhus under våren -26. Rekommendationen bedöms som delvis åtgärdad.
Akutsjukhusnämnden	164245 **Från rapport** 2024/9 Projekt-rapport	Akutsjukhusnämnden bör se över möjligheterna att minska antalet medarbetare per chef i slutenvården.	🟡	**ÅR 2025** På SÖS pågår en översyn av antalet medarbetare per chef. Det finns även en ambition om max 30 medarbetare per chef, 40 i undantagsfall. Under året har också en av de större avdelningarna delats upp och därmed minskat personalgrupperna. Det pågår även aktiviteter för att öka stödet till första linjens chefer. På Danderyd är arbetet ännu inte påbörjat.
Danderyds sjukhus	97465 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att kompetensförsörjningsplaner tas fram på minst verksamhetsområdesnivå för att säkerställda följsamheten till sjukhusets egen kompetensförsörjningsstrategi.	✖	**ÅR 2025** Sedan rekommendationen gavs har arbetet med kompetensförsörjning i Region Stockholm vidareutvecklats. Rekommendationen är därför inte längre helt aktuell och avskrivs.

Övrigt

	Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Danderyds sjukhus	121908 **Från rapport** 2023/12 Projekt-rapport	Danderyds sjukhus ledning bör identifiera högriskpatienter och säkerställa att de får det stöd de behöver för att hantera sin medicintekniska utrustning i hemmet.	●	**ÅR 2025** Danderyds sjukhus har arbetat av köerna från Covid och lungsektionen har fått utökade resurser. Numera individanpassas uppföljningsintervallen vid egenvårdsbedömning. Uppföljning genomförs sedan enligt plan. Rekommendationen bedöms som åtgärdad.
Södersjukhuset	97482 **Från rapport** 2022 Årsrapport	Sjukhusledningen bör säkerställa att koordineringen av barnrättsarbetet genomsyrar hela sjukhuset.	✖	**ÅR 2025** Majoriteten av alla patienter som är barn tas emot på Sachsska barnsjukhuset, där barnrättsarbetet bedömdes fungera väl. Rekommendationen avskrivs.
S:t Eriks ögonsjukhus	119593 **Från rapport** 2023 Årsrapport	Ledningen bör förtydliga hur det systematiska innovationsarbetet ska organiseras och integreras i ordinarie verksamhetsstyrning.	✖	**ÅR 2025** Under 2025 har S:t Eriks ögonsjukhus lyft fram aktiviteter kopplade till innovation i verksamhetsplan och i verksamhetsberättelsen. Sedan granskningen genomfördes 2023 har dels kraven på redovisning och uppföljning av innovationsarbetet ändrats av regionfullmäktige, dels har S:t Erik blivit en förvaltning i akutsjukhusnämnden. Mot bakgrund av detta är rekommendationen inte längre helt aktuell och avskrivs därför.

Räkenskaper

	Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Akutsjukhusnämnden	195745 **Från rapport** 2025 Årsrapport	Akutsjukhusnämnden bör säkerställa att S:t Eriks ögonsjukhus och Södersjukhuset under 2026 säkerställer att det finns en (region)extern förpliktelse för samtliga balanserade projektmedel.		
Akutsjukhusnämnden	195746 **Från rapport** 2025 Årsrapport	Akutsjukhusnämnden behöver säkerställa att Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Södertälje sjukhus under 2026 säkerställer att den långfristiga skuld som redovisas uppfyller kraven enligt RKR R2 om att avse specifik ny investering.		