

# Årsrapport 2025 Sjukhusstyrelsen Ystad

Revisionskontoret

Årsrapporten är ett utkast och inte en offentlig handling fram till dess att revisorskollegiet beslutar om revisionsberättelsen 2025.

Årsrapporten har faktakontrollerats av förvaltningen.

# Innehållsförteckning

Revisionskontorets årsrapport .....	3
Revisionskriterier .....	4
Bedömningsskala .....	5
Sammanfattning .....	6
Intern kontroll.....	6
Verksamhet.....	6
Ekonomi .....	6
Räkenskaper.....	6
Sjukhusstyrelsens ansvarsområde .....	7
Granskning av sjukhusstyrelsens interna kontroll .....	8
Bedömning.....	9
Granskning av sjukhusstyrelsens verksamhet .....	10
Bedömning.....	13
Granskning av sjukhusstyrelsens ekonomi .....	15
Bedömning.....	16
Granskning av räkenskaper .....	17
Årsbokslut.....	17

# Revisionskontorets årsrapport

Den kommunala revisionen är fullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivs i nämnder och bolagsstyrelser. I 12 kap 1 § kommunallagen (2017:725) anges att revisorernas uppgift är att pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig.

I Revisionskontorets årsrapport sammanfattar yrkesrevisorn det gångna årets granskning av respektive nämnd. Syftet med rapporten är att ge de förtroendevalda revisorerna underlag för sin lagstadgade prövning. Följande granskningsinsatser ligger till grund för upprättad årsrapport:

- Löpande genomgång av nämndens beslut och beslutsunderlag
- Dialog med Region Skånes revisorer, nämndens presidium och berörd förvaltning
- Fördjupade granskningar och förstudier som genomförts under året
- Analys och bedömning av granskningsresultatet i förhållande till revisionskriterier

Fördjupade granskningar rapporteras i sin helhet i enskilda rapporter. Alla publikationer finns på Region Skånes revisorers hemsida <https://www.skane.se/politik-och-demokrati/revision/>.

Granskningen har utförts av Simon Homander, certifierad kommunal revisor. Yrkesrevisorn har prövat sitt oberoende i enlighet med SKYREV:s rekommendation R2 och inte funnit något hinder mot att utföra granskningen. George Smidlund, revisionsdirektör och certifierad kommunal revisor, har kvalitetssäkrat rapporten.

# Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som utgör underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar av granskningsresultatet. Revisionskriterier utgörs exempelvis av lagstiftning samt mål och andra beslut i fullmäktige. Nedan anges aktuella revisionskriterier per granskningsområde som tillämpas i denna rapport.

## Intern kontroll:

- 6 kap. 6 § Kommunallagen (2017:725)
- Anvisningar för intern kontroll i Region Skåne 2024 – 2026

## Verksamhet och ekonomi:

- 6 kap Kommunallagen (2017:725)
- Regionfullmäktiges mål, uppdrag och regionbidrag (Verksamhetsplan och budget 2025 med plan för 2026 – 2027, 2024-11-04—05)
- Regionfullmäktiges uppföljnings- och rapporteringsanvisningar (Verksamhetsplan och budget 2025 med plan för 2026 – 2027, 2024-11-04—05)
- Nämndens verksamhetsplan och internbudget 2025

## Räkenskaper:

- Kommunallagen (2017:725) och Lag (2018:597) om kommunal bokföring och redovisning
- God redovisningssed, definierad av Rådet för Kommunal Redovisning (RKR) och Sveriges kommuner och regioner (SKR)

# Bedömningsskala

Nedan anges den bedömningsskala som används för att tydliggöra granskningsresultatet i förhållande till angivna revisionskriterier. Begreppen (tillräcklig, ändamålsenlig och tillfredsställande) är hämtade från kommunallagens 12:e kapitel där det anges vad revisorerna ska ta ställning till. Identifierade avvikelser anges i rapporten som *förbättringsområden* (att åtgärda). Vid väsentliga avvikelser kan revisorerna besluta om att skicka årsrapporten till nämnden för svar om hur och när åtgärder ska vidtas.

Tillräcklig intern kontroll  
Ändamålsenlig verksamhet  
Tillfredsställande ekonomi

} Kriterierna är i allt väsentligt uppfyllda. Ingen/mindre avvikelser

Inte helt tillräcklig intern kontroll  
Inte helt ändamålsenlig verksamhet  
Inte helt tillfredställande ekonomi

} Kriterierna är inte helt uppfyllda. Avvikelser förekommer

Inte tillräcklig intern kontroll  
Inte ändamålsenlig verksamhet  
Inte tillfredställande ekonomi

} Kriterierna är inte uppfyllda. Väsentliga avvikelser

Räkenskaperna bedöms som i allt väsentligt rättvisande eller ej rättvisande.

# Sammanfattning

## Intern kontroll

**Sammanfattningsvis bedöms sjukhusstyrelsens interna kontroll som inte helt tillräcklig.**

Den övergripande granskningen av sjukhusstyrelsens arbete med riskanalys- och riskhanteringsplan påvisar en systematik som endast delvis lever upp till riktlinjer och anvisningar för arbetet med intern kontroll.

## Verksamhet

**Sammanfattningsvis bedöms sjukhusstyrelsen inte ha bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt sätt.**

Sjukhusstyrelsen har antagit mål, aktiviteter och indikatorer för att följa verksamheterna. Även om en positiv förflyttning kan ses inom vissa målområden finns det fortsatt behov av tydligare framdrift avseende måluppfyllelse, främst inom tillgänglighet. Vidare grundar sig bedömningen i genomförda fördjupade granskningar där utvecklingsområden identifierats.

## Ekonomi

**Sammanfattningsvis bedöms sjukhusstyrelsen ha bedrivit verksamheten på ett utifrån ekonomisk synpunkt inte helt tillfredställande sätt.**

Sjukhusstyrelsen har vidtagit åtgärder, men åtgärderna har inte varit tillräckliga för att nå en ekonomi i balans. Sjukhusstyrelsen bör också beakta de rekommendationer som lämnats i fördjupningsgranskning av ekonomiska förutsättningar för att säkerställa tillräcklig styrning och uppföljning.

Årets resultat blev -58 miljoner kronor.

## Räkenskaper

Sammanfattningsvis bedöms räkenskaperna i allt väsentligt som rättvisande.

# Sjukhusstyrelsens ansvarsområde

Sjukhusstyrelsen ansvarar för följande områden (urval):

- Styrelsen är driftledningsstyrelse för den somatiska sjukhusbaserade verksamheten som ingår i respektive sjukhusorganisation.
- Styrelsen ska utifrån lämnat regionbidrag fastställa en verksamhetsplan och internbudget.
- Styrelsen har ett övergripande ansvar för att verksamheternas resurser används på ett rationellt och effektivt sätt utifrån politiska beslut om utbud, tillgänglighet och kvalitet och ansvarar direkt inför fullmäktige. Styrelsen får besluta om verksamhetsförändringar inom respektive ansvarsområde under förutsättning att uppdraget uppfylls.
- Styrelsen ska årligen fastställa och följa upp den interna kontrollen enligt regionövergripande anvisningar samt rapportera resultatet från uppföljningen till regionstyrelsen.
- Styrelsen fastställer delårs- och verksamhetsberättelse för den egna verksamheten.

Driftledningsstyrelse för Lasarettet i Ystad, bedriver akut- och planerad hälso- och sjukvård, förlossningsvård och neonatala samvårdsplatser samt specialistsjukvård med verksamhet dygnet runt. På lasarettet finns akutmottagning för barn och vuxna, vårdavdelningar samt mottagningar inom flertalet medicinska specialiteter såsom ortopedi, kirurgi, urologi, gynekologi, öron-näsa-hals, barn- och ungdomsmedicin, neurologi, njurmedicin, lungmedicin, gastroenterologi, geriatrik, internmedicin och kardiologi.

# Granskning av sjukhusstyrelsens interna kontroll

Nedan anges granskade delområden, bedömningar och iakttagelser för granskningsområdet intern kontroll. Granskade delområden bedöms i förhållande till angivna revisionskriterier som uppfyllt (ingen eller mindre avvikelser), inte helt uppfyllt (avvikelser förekommer) eller inte uppfyllt (väsentliga avvikelser). Förbättringsområden anges vid avvikelser och avsnittet avslutas med en sammanfattande bedömning för granskningsområdet som helhet.

Beslutat om riskanalys- och riskhanteringsplan	Uppfyllt	Sjukhusstyrelsen har beslutat om riskanalys- och riskhanteringsplan i samband med sammanträdet 2024-12-20.
Riskanalys och riskhanteringsplan innehåller: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beskrivning av risker utifrån nämndens uppdrag</li> <li>- Bedömning av riskvärden</li> <li>- Beskrivning och motivering till riskernas hanteringsmetod/-er</li> <li>- Beslut om uppföljning av riskerna</li> <li>- Obligatoriska riskområden – Välfärdsbrott och oegentligheter</li> </ul>	Inte helt uppfyllt	<p>Riskanalys- och riskhanteringsplan innehåller en beskrivning av riskerna och beslut om uppföljning av riskerna.</p> <p>Riskanalys- och riskhanteringsplanen följer dock en gammal mall på grund av att en regiongemensam mall framtogs i samband med att sjukhusstyrelsen beslutade om sin riskanalys- och riskhanteringsplan. Följaktligen inkluderar analysen inte bedömning av riskvärden eller beskrivning och motivering till riskernas hanteringsmetoder.</p> <p>Det obligatoriska riskområdet välfärdsbrott och oegentligheter saknas.</p>
Genomförd uppföljning <ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultat genomförd hantering</li> <li>- Förbättringsområden, vidare hanterings- och åtgärdsbehov</li> <li>- Motivering till slutligt riskvärde</li> <li>- Slutligt riskvärde</li> </ul>	Uppfyllt	Resultatet av genomförd hantering, förbättringsområden, vidare hanterings- och åtgärdsbehov och motivering till slutligt riskvärde framgår av uppföljningen.
Genomförd riskanalys- och riskhanteringsplan	Inte uppfyllt	Åtgärdsmetoder har inte beskrivits på ett tydligt sätt i den reviderade riskanalys- och riskhanteringsplanen eftersom den gamla

		mallen har använts. I avsaknad av en plan för hanterings- och åtgärdsmetoder går det inte att följa upp om planen genomförts.
Vidtagna åtgärder för att stärka den interna kontrollen	Uppfyllt	Efter genomförd riskhantering har förbättringsområden, vidare hanterings- och åtgärdsbehov identifierats för samtliga risker som följts upp.

## Bedömning

Sammanfattningsvis bedöms sjukhusstyrelsens interna kontroll som inte helt tillräcklig.

Den övergripande granskningen av sjukhusstyrelsens arbete med riskanalys- och riskhanteringsplan påvisar en systematik som endast delvis lever upp till riktlinjer och anvisningar för arbetet med intern kontroll.

Identifierade förbättringsområden:

- ✓ Arbeta i enlighet med regiongemensamma mallar.
- ✓ Inkludera det obligatoriska riskområdet välfärdsbrott och oegentligheter.

# Granskning av sjukhusstyrelsens verksamhet

Nedan anges granskade delområden, bedömningar och iakttagelser för granskningsområdet *verksamhet*. Granskade delområden bedöms i förhållande till angivna revisionskriterier som uppfyllt (ingen eller mindre avvikelser), inte helt uppfyllt (avvikelser förekommer) eller inte uppfyllt (väsentliga avvikelser). Förbättringsområden anges vid avvikelser och avsnittet avslutas med en sammanfattande bedömning för granskningsområdet som helhet.

Upprättat verksamhetsplan	Uppfyllt	Sjukhusstyrelsen har upprättat och beslutat om en verksamhetsplan, som är i enlighet med angiven inriktning i regionfullmäktiges verksamhetsplan och budget. Planen beslutades den 20 december 2024.
Genomfört uppföljning  Nämnd/styrelse har följt upp verksamheten genom:	Uppfyllt	Sjukhusstyrelsen har löpande följt upp verksamheten i samband med fördjupade månadsrapporter: <ul style="list-style-type: none"><li>• per mars</li><li>• per maj</li><li>• per oktober</li></ul> Samt delårsrapportering och årsuppföljning.
Har vidtagit åtgärder	Uppfyllt	Styrelsen har följt verksamheten och aktivt tagit nya beslut, bland annat om åtgärder för att nå vårdgarantin.
Uppfyllt uppdrag i verksamhetsplan och budget	Uppfyllt	Sjukhusstyrelsen förväntas arbeta med nedbrutna mål och aktiviteter med utgångspunkt i de uppdrag som tilldelats inom ramen för Region Skånes fem övergripande mål: Bättre liv och hälsa för fler, tillgänglighet och kvalitet, hållbar utveckling i hela Skåne, attraktiv arbetsgivare & professionell och långsiktigt stark ekonomi.  Bland de nya uppdragen som berör sjukhusstyrelsen Ystad finns verkställandet av den nya vårdformen Nära Vård och genomförandeplan för framtidens universitetssjukvård.  Avseende Nära Vård har lasarettet fortsatt arbeta för att verkställa ny vårdform inom Nära vård. Akutmottagningen har fördjupat och strukturerat sitt samarbete med kväll- och

	<p>helgmottagningen, mobilt team närsjukvård (MTN) samt primärvården. Den upplevda effekten är att detta har bidragit till ett mer personcentrerat och invånarfokuserat akut omhändertagande samt minskat behovet av onödiga inläggningar.</p> <p>Som en del i arbetat med framtidens universitetssjukvård fick Lasarettet i Ystad från och med 2025 ett utökat uppdrag in om urologi. Under året har lasarettet startat upp LUTS-uppdraget vilket för urologiverksamheten inneburit en omställning mot att klara ett högre remissflöde och därmed fler bedömningar, behandlingar och operationer. Uppdraget omfattar 700–1000 fler remisser och 150 fler operationer rörande urologi. Vidare tar Öron/Näsa/Hals mottagningen emot patienter från Sus för sömnapnéutredning samt genomför barnmottagningen vid behov undersökningar såsom glukagonbelastning och argininbelastning. Vid högt patientinflöde avlastar barnavdelningen på lasarettet verksamheten på Skånes universitetssjukhus genom att bereda plats för inneliggande patienter med passande vårdbehov.</p>
<p>Bedrivit verksamhet i enlighet med reglemente</p>	<p><b>Uppfyllt</b> Granskning av sjukhusstyrelsens handlingar visar att verksamheten har bedrivits i enlighet med det ansvar och uppdrag som sjukhusstyrelsen har fått från regionfullmäktige i reglemente.</p>
<p>Inriktning i enlighet med regionfullmäktiges mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bättre liv och hälsa för fler</li> <li>- Tillgänglighet och kvalitet</li> <li>- Hållbar utveckling i hela Skåne</li> <li>- Attraktiv arbetsgivare,</li> </ul>	<p><b>Inte uppfyllt</b> Sjukhusstyrelsen Ystad har identifierat mål och aktiviteter för samtliga fullmäktigemål. Kopplat till det följer även sjukhusstyrelsen olika kvalitetsindikatorer inom områdena. Nedan redogörs ett urval av indikatorerna.</p> <p>Uppföljningen av kvalitets-indikatorerna visar på fortsatta utmaningar kring tillgängligheten. Väntande inom 90 dagar till operation/åtgärd är 45,7 % (40,4% år 2024) med ett målvärde på över 95%. Andel patienter som väntar kortare tid än två timmar på inskrivning till vårdavdelning från akutmottagning är 29,8 % (33% 2024), med ett målvärde på 80%. Andel patienter som väntar mindre än en timme på en första</p>

<p>professionell verksamhet</p>	<p>läkarbedömning (akutmottagning) är 42,2 % (43,2% 2024), med ett målvärde på 80%.</p> <p>Inom området hållbar utveckling kan en markant positiv förändring ses för antalet ärenden via 1177 e-tjänster, både invånarinitierade och vårdinitierade.</p> <p>Andelen sjukfrånvaro för 2025 har i genomsnitt legat på 5,2 procent. Motsvarande andel för Region Skåne som helhet är 5,5 procent för 2025. Dock är det en ökning mot de 4,3 % som Ystad hade 2024.</p>
---------------------------------	---

Styrelsens verksamhet har granskats fördjupat inom tre områden 2025. Nedan anges titel, bedömning samt iakttagelser och förbättringsområden.

<p>Granskning av följsamhet till vårdgarantin och samordning av patienter – Rapport 4</p>	<p>Sjukhusstyrelsen Ystad bedöms inte ha en ändamålsenlig verksamhet avseende styrning och kontroll för att erbjuda patienter vård i enlighet med vårdgarantin. Styrelsen behöver aktivt följa upp och utvärdera vad vidtagna åtgärder har för effekt över tid.</p> <p>Sjukhusstyrelsen Ystad rekommenderas att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsätta arbeta aktivt med kvalitetssäkring av väntelistor för att tillse en korrekt bedömning av tillgängligheten.</li> <li>• Säkerställa en systematisk uppföljning och utvärdering av vidtagna och planerade åtgärder för att förbättra tillgängligheten.</li> <li>• Säkerställa att ledig kapacitet för besök, undersökning och behandling fortlöpande anmäls enligt riktlinjer till förvaltningens tillgänglighetskoordinator.</li> </ul>
<p>Granskning tillgång till vårdplatser utifrån behov – Rapport 5</p>	<p>Sjukhusstyrelsen Ystad bedöms inte ha helt ändamålsenliga arbetsätt och rutiner för att uppnå behovet av vårdplatser utifrån analys och uppföljning. Sjukhusstyrelsen Ystad bedöms inte ha helt ändamålsenliga arbetsätt och rutiner för att säkra en tillräcklig analys</p>

	<p>och uppföljning för att ha en tydlig och aktuell bild av vårdplatsbehovet.</p> <p>Sjukhusstyrelsen Ystad bedöms vidare inte ha helt ändamålsenliga arbetssätt och rutiner för att säkra vårdkvalitet och patientsäkerhet.</p> <p>Sjukhusstyrelsen Ystad bedöms dock i allt väsentligt ha en ändamålsenlig styrning och koordinering av vårdplatser och patientflöden.</p> <p>Sjukhusstyrelse Ystad rekommenderas att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Säkerställa att antalet fastställda vårdplatser baseras på genomförda behovsanalyser.</li> <li>• Säkerställa att patienter med beslut om inläggning på vårdavdelning får tillgång till plats i slutenvården.</li> </ul>
<p>Granskning av kommunsamverkan – uppföljning av granskade effekter av avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne – Rapport 6</p>	<p>Den samlade bedömningen är att det endast delvis har vidtagits tillräckliga åtgärder med anledning av revisorernas tidigare rekommendationer. Sammantaget bedöms därför Region Skånes involverade nämnders verksamheter inte vara helt ändamålsenliga i förhållande till HS-avtalets intentioner och Region Skånes ansvar.</p> <p>Inga rekommendationer lämnades till sjukhusstyrelsen Ystad.</p>

## Bedömning

Sammanfattningsvis bedöms sjukhusstyrelsen inte ha bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt sätt.

Sjukhusstyrelsen har antagit mål, aktiviteter och indikatorer för att följa verksamheterna. Även om en positiv förflyttning kan ses inom vissa målområden finns det fortsatt behov av tydligare framdrift avseende måluppfyllelse, främst inom

tillgänglighet. Vidare grundar sig bedömningen i genomförda fördjupade granskningar där utvecklingsområden identifierats.

Identifierade förbättringsområden:

- ✓ Vidta åtgärder för en stärkt måluppfyllelse inom tillgänglighet.
- ✓ Beakta rekommendationer i granskningsrapport 4 och 5.

# Granskning av sjukhusstyrelsens ekonomi

Nedan anges granskade delområden, bedömningar och iakttagelser för granskningsområdet ekonomi. Granskade delområden bedöms i förhållande till angivna revisionskriterier som uppfyllt (ingen eller mindre avvikelser), inte helt uppfyllt (avvikelser förekommer) eller inte uppfyllt (väsentliga avvikelser). Förbättringsområden anges vid avvikelser och avsnittet avslutas med en sammanfattande bedömning för granskningsområden som helhet.

Upprättat internbudget	Uppfyllt Sjukhusstyrelsen har upprättat och beslutat om en internbudget som är i enlighet med angiven inriktning i Region Skånes verksamhetsplan och budget. Internbudgeten är beslutad 20 december 2024.
Genomfört uppföljning  Nämnd/styrelse har följt upp ekonomin i samband med:	Uppfyllt Sjukhusstyrelsen har löpande följt upp ekonomin i samband med: Fördjupade månadsrapporter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• per mars</li> <li>• per maj</li> <li>• per oktober</li> </ul> Samt delårsrapportering och årsuppföljning.
Har vidtagit åtgärder	Uppfyllt Sjukhusstyrelsen har löpande under året vidtagit åtgärder för en ekonomi i balans.  Utmaningen inför 2025 uppskattades vid årets ingång till 75 miljoner kronor. Utifrån detta har styrelsen arbetat med en handlingsplan som skulle leda till besparingar omfattande 75 miljoner kronor. Den uppnådda effekten av handlingsplanen blev 48,2 % (36,2 miljoner kronor).  Ett skäl till att åtgärderna i handlingsplanen inte varit tillräckliga för att nå en budget i balans är oförutsedda kostnadsökningar utöver budget, till exempel provtagning för influensa/covid, röntgenkostnader och samordningskostnader.
Inriktning i enlighet med regionfullmäktiges mål:  - En långsiktigt stark ekonomi	Inte uppfyllt Det ekonomiska resultatet 2025 visar -58 miljoner kronor vilket inte är i enlighet med regionfullmäktiges mål om en långsiktigt stark ekonomi.

Styrelsens ekonomi har granskats fördjupat inom ett område 2025. Nedan anges titel, bedömning samt iakttagelser och förbättringsområden.

<p>Fördjupningsgranskning av ekonomiska förutsättningar – styrning och uppföljning</p> <p>Rapport nr 9.</p>	<p>Den samlade bedömningen är att Region Skånes styrning, uppföljning och kontroll för en ekonomi i balans inte är helt tillräcklig. Sammantaget görs bedömningen att verksamheten över lag inte bedrivs på ett helt ändamålsenligt sätt, att den interna kontrollen inte är tillräcklig, framför allt med avseende på sjukhusstyrelserna, och att den ekonomiska hushållningen inom Region Skåne samlat inte är helt tillfredsställande för att säkerställa en varaktigt hållbar ekonomi.</p> <p>Följande rekommendationer lämnades till sjukhusstyrelsen Ystad:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Konkretisera handlingsplaner så att åtgärder för ekonomi i balans är belopps- och tidsatta på både kort och lång sikt (längre än ett verksamhetsår), med realistiska planer för effekthemtagning och stöd till linjechefer för verkställande av åtgärder och förändringar.</li><li>• Säkerställa en konkret och operationaliserbar förankring av internbudgetar på enhets- och verksamhetsnivå, så att linjechefer ges ett tydligare och mer reellt ägandeskap för genomförandet.</li><li>• Säkerställ att intern kontroll och dess tillhörande riskanalys och riskhanteringsplaner är aktuella och uppdaterade under arbetet med handlingsplaner för en ekonomi i balans.</li></ul>
---	--

## Bedömning

Sammanfattningsvis bedöms sjukhusstyrelsen ha bedrivit verksamheten på ett utifrån ekonomisk synpunkt inte helt tillfredsställande sätt.

Sjukhusstyrelsen har vidtagit åtgärder, men åtgärderna har inte varit tillräckliga för att nå en ekonomi i balans. Sjukhusstyrelsen bör också beakta de rekommendationer som lämnats i fördjupningsgranskning av ekonomiska förutsättningar för att säkerställa tillräcklig styrning och uppföljning.

Årets resultat blev -58 miljoner kronor.

Identifierade förbättringsområden:

- ✓ Vidta åtgärder för en ekonomi i balans.
- ✓ Beakta rekommendationer i granskningen ekonomiska förutsättningar – styrning och uppföljning, rapport nr 9.

## Granskning av räkenskaper

Räkenskapsrevisionen har utförts av Azets på uppdrag av revisorerna.

### Årsbokslut

Baserat på den utförda granskningen gör Azets bedömningen att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.