Diarienummer
RS 2025-0980
K 2025-7767

Region Stockholm

Karolinska Universitetssjukhuset

Plan för intern kontroll, budget 2026

Budget 2026

Innehållsförteckning

1 Bakgrund....3

2 Intern kontroll....4
2.1 Styr- och kontrollmiljö....4
2.2 Riskbedömning....4
2.3 Kontrollaktiviteter....5
2.4 Information och kommunikation....6
2.5 Övervakning och uppföljning....6
2.5.1 Uppföljning....6
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll....7
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser....7

3 Sammanställning av risker....8

1 Bakgrund

Enligt 6 kap. 6 § kommunallagen (2017:725) ska varje nämnd inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § samma lag har lämnats över till någon annan.

Region Stockholm har, utifrån kommunallagen, beslutat om riktlinjer för intern kontroll för Region Stockholm (RS 2024-0510, RS 2022–0326). Riktlinjen utgår från COSO-modellen, vilket innebär att systematiskt arbeta med att förutse risker och möjligheter samt att hantera och kommunicera dessa.

Region Stockholms arbete med intern kontroll syftar till att proaktivt säkerställa att verksamheten i enlighet med vad fullmäktige beslutar:

- uppnår fastställda mål och utför sitt uppdrag
- når långsiktig varaktighet och hållbarhet
- bedrivs ändamålsenligt, säkert och effektivt
- följer tillämpliga lagar, beslut, föreskrifter, avtal, styrande dokument med mera
- har tillförlitlig rapportering och information

2 Intern kontroll

Nämnden/bolaget tar i samband med budget och verksamhetsplanering fram en plan för intern kontroll. Denna plan uppdateras och följs sedan upp som ett led i den löpande rapporteringen och uppföljningen. Planen för intern kontroll utgör nämndernas och bolagens redovisning av arbetet med den interna kontrollen och är en viktig grund för den försäkran som lämnas om att nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll.

2.1 Styr- och kontrollmiljö

Styr- och kontrollmiljön är omgivningen som den interna styrningen och kontrollen verkar i och påverkas av, det vill säga fundamentet för nämnden/bolagets arbete med risk och intern kontroll.

Ansvarsfördelningen mellan olika funktioner rörande riskhantering och intern styrning och kontroll baseras på de fyra så kallade ansvarslinjerna. Karolinskas första ansvarslinje är verksamheten. Det är verksamheten som äger riskerna, åtgärderna och kontrollerna. Det innebär att verksamheten ska genomföra åtgärderna och implementera kontrollerna (inklusive förändra eventuella arbetssätt) så att åtgärderna och kontrollerna minimerar riskerna. Funktionen för intern kontroll och riskhantering klassas som den andra ansvarslinjen. Funktionen arbetar på uppdrag av nämnden och återfinns organisatoriskt inom stab Juridik. Funktionen för intern kontroll och riskhantering följer upp risker och åtgärder samt testar kontroller utifrån beslutat kalendarium för att säkerställa en god intern kontroll. När behov uppstår hyr nämnden in den tredje ansvarslinjen, det vill säga internrevisorer, för att göra vissa specifika utredningar/genomgångar. Den fjärde ansvarslinjen är regionrevisorerna.

På Karolinska ska styr- och kontrollmiljön säkerställa en god intern kontroll. Det görs genom att tydliggöra strukturer och ansvar för den interna kontrollen samt att ledningens och nämndens agerande visar att etiska frågor och regelefterlevnad är väsentlig.

Informationen återfinns i olika styrdokument så som policys och riktlinjer. Karolinskas styrdokument finns samlade på intranätet och är tillgängliga för alla. Översyn av de sjukhusövergripande styrdokumenten fortgår.

Karolinska erhöll under 2025 ett uppdrag av Region Stockholm avseende att arbeta systematiskt mot oegentligheter och välfärdsbrott. Sjukhuset fortsätter arbetet med att utveckla metoder och processer för att förebygga, upptäcka och stoppa oegentligheter och välfärdsbrott under 2026.

2.2 Riskbedömning

Riskbedömning handlar om hur risker för verksamheten identifieras, värderas och hanteras. Inom Region Stockholm används följande riskkategorier:

- Strategiska risker
- Ekonomiska risker

- Operativa risker
- Regelefterlevnadsrisker

På Karolinska uppdateras riskerna fyra ggr per år. En sjukhusövergripande risksammanställning skickas ut innan sommaren till Tema-/Funktions-/Stabschefer som ska genomföra riskanalyser och uppdaterat riskerna. Inför verksamhetsplan, verksamhetsberättelse samt tertialrapport uppdateras riskerna direkt med respektive riskägare. Karolinska har erhållit uppdrag under 2025 och några risker, kopplat till uppdragen, har identifierats. Riskerna bedöms fortsatt vara aktuella under 2026. Uppdaterade risker rapporteras till sjukhusledning och om väsentliga förändringar har skett även till nämnden. Riskerna rapporteras minst en gång per år till nämnden.

Sjukhusets väsentligaste risker omfattar bland annat risk för att lokaler ej är ändamålsenliga exempelvis utflytt från Q-huset, risk för påtagligt dyrare produkter exempelvis läkemedel, risk för oegentligheter och välfärdsbrott samt risk för negativ påverkan på styrning av vårdproduktion kopplat till IT-utveckling och digital transformation.

Något minskad riskvärdering ses för riskerna avseende *Brist på kompetens, Arbetsmiljö och Sjukfrånvaro*. Riskerna som var obligatoriska för 2025, *risk för fel i finansiell rapportering och risk för felaktiga bidragsutbetalningar*, anses inte längre aktuella och har tagits bort.

Riskvärderingen avseende den obligatoriska risken för *oegentligheter och välfärdsbrott* ligger kvar med hög sannolikhet och konsekvens. För information gällande åtgärder hänvisas till avsnitt 2.3 Kontrollaktiviteter.

2.3 Kontrollaktiviteter

Utifrån riskanalysen prioriteras vilka kontroller och åtgärder som ska utföras för att acceptera, begränsa, dela eller eliminera riskerna för att uppnå en acceptabel risknivå. Kontroller och åtgärder ska också säkerställa beredskap för att hantera och reagera på oönskade situationer.

Vid uppföljning av riskerna uppdateras även åtgärderna. Alla risker har åtgärder och merparten av åtgärderna bedöms fortgå under hela 2026. Arbete pågår för alla risker. Karolinska delar upp åtgärderna i genomförda, pågående och planerade. Detta görs för att bland annat ledning och nämnd ska få bättre överblick avseende åtgärdernas framdrift.

Vid uppdateringen av risker har åtgärder förändrats till viss del avseende *Risk för oegentligheter och välfärdsbrott, Ekonomi i balans, Ekonomiska underskott, Uppföljningsstruktur, Inköpsprocessen*, hållbarhetsriskerna gällande *Klimatneutralitet* och *Social hållbarhet, Brist på kompetens* och riskerna gällande *Arbetsmiljö*, *Sjukfrånvaro* och *Arbetstidsdirektivet*. Även för risken *Utvärdering av investeringar* har åtgärderna uppdaterats något.

För risken avseende oegentligheter och välfärdsbrott har Karolinska bland annat

genomgått utbildning som RLK har haft, en riskbedömning har genomförts och plan för fortsatt arbete är framtagen. Pågående åtgärder innefattar bland annat framtagande av handlingsplan för öppenhet. De planerade åtgärderna är fokus på tillämpning av sjukhusets styrande dokument, utveckla Vägvisaren och förtydliga dess tillämpning samt fortsatt arbete enligt plan avseende välfärdsbrott och oegentligheter.

2.4 Information och kommunikation

De funktioner som arbetar med riskhantering, intern kontroll, regelefterlevnad och internrevision behöver ha full tillgång till den information som krävs för god intern kontroll till exempel mål, policys, riktlinjer, risker, åtgärder, kontroller och eventuella avvikelser.

Information inom området intern kontroll och riskhantering kommuniceras löpande till nämnden, sjukhusledning samt på chefsmöten i organisationen. På Karolinskas intranät finns information och styrande dokument som är tillgängliga för alla medarbetare.

Information och utbildning om intern kontroll och riskhantering sker löpande av intern kontroll och riskhanteringsfunktionen för att öka organisationens kunskap inom dessa områden.

2.5 Övervakning och uppföljning

Nämnden/bolagsstyrelsen har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde och ska säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Detta innebär att varje nämnd och styrelse har ett ansvar för att det finns en organisation och processer för den interna kontrollen.

Regionstyrelsen har ett övergripande ansvar för regionens verksamheter, utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen har också uppsiktsansvar och ska övervaka hur den interna kontrollen sköts i nämnder och bolag samt utforma, utveckla och följa upp Region Stockholms arbete med intern kontroll.

2.5.1 Uppföljning

Enligt riktlinjen för intern kontroll ska nämnden/bolagsstyrelsen med hänsyn till sitt ansvar, kontinuerligt följa upp sin verksamhet och utvärdera de riskbedömningar som sker samt vidta åtgärder för att säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig, effektiv och att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt. Uppföljningen innefattar också att utvärdera om samtliga komponenter i ramverket för intern kontroll är tillräckliga.

Uppföljning av de sjukhusövergripande riskerna sker löpande under året**.** Minst en gång per år presenteras riskerna för nämnden. Innan riskerna rapporteras till nämnden och regionen ska de presenteras och godkännas av sjukhusledningen.

För risker i arbetsprocesserna kartläggs utvalda processer av funktionen intern kontroll och riskhantering utifrån riskbaserat arbetssätt. Där risker finns tas kontroller fram. Verksamheten äger riskerna och kontrollerna. Verksamheten ska implementera kontrollerna och där behov finns ändra arbetssätt. Funktionen intern kontroll och

riskhantering testar utvalda processer för att säkerställa att kontrollerna utförs och att Karolinska har en god intern kontroll. Innan testresultat av kontroller i arbetsprocesserna presenteras för sjukhusledningen och nämnden är testresultatet och förslag på åtgärder förankrade med respektive kontrollägares organisation.

I enlighet med *Tillämpningsanvisning Intern kontroll och riskhantering* ska även uppföljning ske av att avvikelserna åtgärdas. De ska också rapporteras till sjukhusledning och nämnd.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

Nämnden/bolaget ska följa regionens riktlinje för intern kontroll, (RS 2024-0510, RS 2022-0326).

Karolinskas arbete med intern kontroll utgår från Riktlinje Intern kontroll (RS 2024-0510, RS 2022-0326). En tillämpningsanvisning är framtagen (*Tillämpningsanvisning Intern kontroll och riskhantering*) som bygger på ovan dokument och som på ett mer detaljerat sätt beskriver hur arbetet utförs på Karolinska.

Inga avsteg från riktlinjen har noterats.

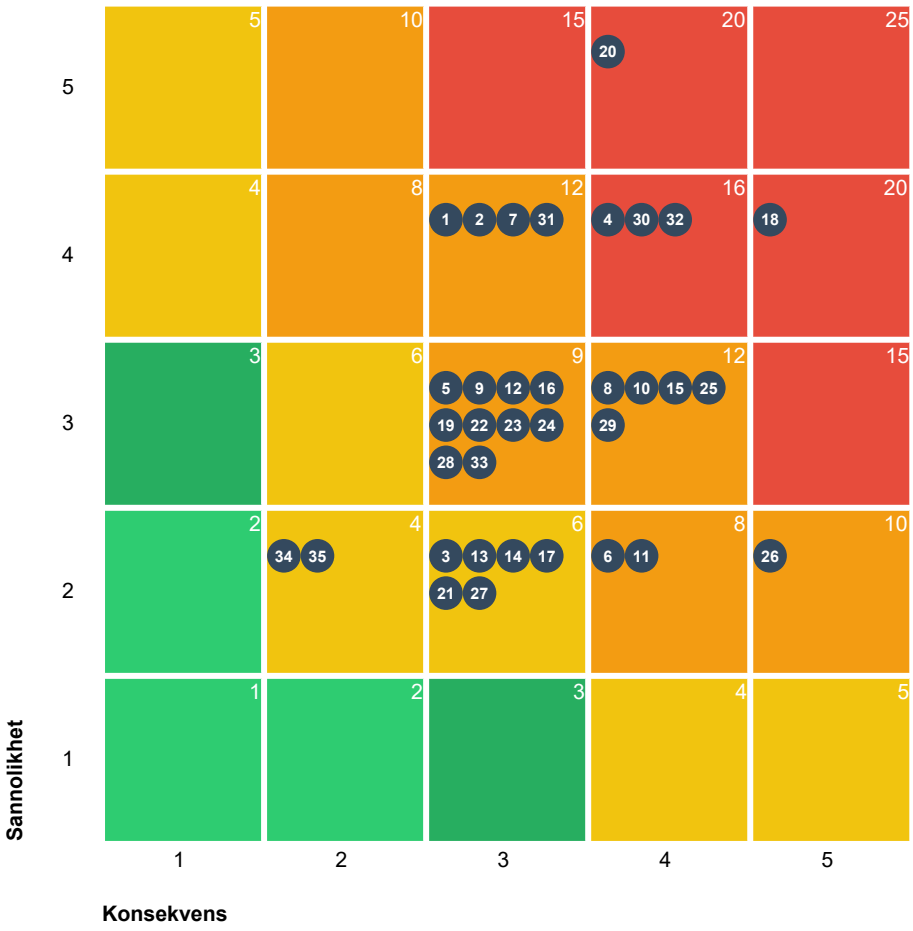
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd/styrelse samt i den löpande rapporteringen till regionledningskontoret. Förvaltningschef/VD ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår.

Arbetet pågår löpande för att hantera de rekommendationer Karolinska erhållit av regionrevisorerna.

Regionrevisorerna samlade bedömning av den interna kontrollen är att den är tillräcklig.

3 Sammanställning av risker



Mycket hög risk
Hög risk
Medelhög risk
Låg risk
Mycket låg risk

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Katastrofal - Mycket allvarlig, får inte inträffa
4	Hög, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Kritisk - Allvarlig, får helst inte inträffa
3	Medel, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
2	Låg, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten

1	Mycket låg, detaljerad beskrivning finns under hjälptexterna, klicka på frågetecknet.	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

Mål	Lokalt mål	Risk			Riskägare
Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning		1	21517	Ej kunna uppfylla Forsknings-uppdraget	**Riskägare** Olof Akre
		2	51513	Ej tillfredställande utbildningsförutsättningar	**Riskägare** Olof Akre
		3	82416	Ej tillfredställande innovationsförutsättningar	**Riskägare** Christophe Pedroletti
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet		4	137260	Risk för oegentligheter och välfärdsbrott	**Riskägare** Anne Rundquist
		5	20206	Uppföljningsstruktur och informationsförsörjning	**Riskägare** Håkan Nilsson
		6	51511	Utvärdering av investeringar	**Riskägare** Håkan Nilsson
		7	51512	Införande av dyrare läkemedel/nya behandlings- och undersökningsmetoder	**Riskägare** Håkan Nilsson
		8	70607	Risk att ej kunna upprätthålla en ekonomi i balans	**Riskägare** Håkan Nilsson
		9	84741	Inköpsprocessen	**Riskägare** Håkan Nilsson
		10	92222	Ekonomiskt underskott	**Riskägare** Håkan Nilsson
		11	105367	Förlorad NHV-tilldelning	**Riskägare** Johan Rinder
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035		12	111004	Klimatneutrala till 2035	**Riskägare** Anne Rundquist
Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling		13	111003	Social hållbarhet	**Riskägare** Anne Rundquist

Mål	Lokalt mål	Risk			Riskägare
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare		14	31209	Risk att ej kunna säkerställa en god arbetsmiljö	**Riskägare** Lena Hadad
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov		15	20604	Tillgänglighet	**Riskägare** Per Mattsson
		16	84739	Produktion	**Riskägare** Måns Jungner
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		17	137262	Risk för underbehandling	**Riskägare** Ylva Pernow, Mathias Axelsson
		18	20202	IT-utveckling	**Riskägare** Malin Fahlén
		19	20506	Medicinteknisk utrustning	**Riskägare** Peter Håkansson
		20	21520	Lokaler	**Riskägare** Tomas Eriksson
		21	30745	Fastighetsinvesteringar	**Riskägare** Tomas Eriksson
		22	63126	Roller och ansvar IT-säkerhet	**Riskägare** Malin Fahlén
		23	82418	Omvärldsläget	**Riskägare** Jonas Schöld
		24	82421	Varumärke	**Riskägare** Freja Annamatz
		25	61812	Roller och ansvar informationssäkerhet	**Riskägare** Malin Fahlén
		26	70608	Patientsäker/högkvalitativ vård	**Riskägare** Ylva Pernow
		27	82315	Ersätta utrustning	**Riskägare** Peter Håkansson

Mål	Lokalt mål	Risk			Riskägare
		28	82340	Ägare av data	**Riskägare** Malin Fahlén
		29	82426	Materialförsörjning och leverans	**Riskägare** Peter Håkansson
		30	99190	MT-Utrustning och tillbehör	**Riskägare** Peter Håkansson
		31	105369	NHV	**Riskägare** Johan Rinder
		32	164269	Risk för påtagligt dyrare produkter	**Riskägare** Håkan Nilsson
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		33	20200	Brist på kompetens	**Riskägare** Lena Hadad
		34	99188	Arbetstidsdirektiv	**Riskägare** Lena Hadad
		35	137263	Sjukfrånvaro	**Riskägare** Lena Hadad