Region Stockholm

Diarienummer
RS2025-1039

Karolinska Universitetssjukhuset

Plan för intern kontroll, delår 2026

Delår 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....5
2.5 Övervakning och uppföljning....5
2.5.1 Uppföljning....6
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll....6
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser....6

3 Sammanställning av risker....7

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.

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.

Ny chef för intern kontroll och riskhantering är Åsa Evjen från och med mars 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. Sjukhusets övergripande riskbedömning, inklusive analys och uppdatering, genomförs inom respektive Tema/Funktion/Stab inför verksamhetsplaneringen. Uppdatering av risker följs upp direkt med respektive riskägare inför

delårsrapport, verksamhetsberättelse samt tertialrapport.

De risker med koppling till Karolinskas uppdrag från 2025 som tidigare identifierats bedöms vara aktuella under hela 2026. Uppdaterade risker rapporteras till sjukhusets ledning, om riskerna väsentligen ändrats så rapporteras även nämnden. Samtliga sjukhusövergripande risker rapporteras minst en gång per år till nämnden.

Sjukhusets väsentligaste risker omfattar risk för att lokaler ej är ändamålsenliga, risk för potentiell påverkan på materialförsörjning och leverans, IT-utveckling, risk för ekonomiskt underskott samt ej tillfredsställande förutsättningar avseende utbildning.

Minskad riskvärdering ses för riskerna tillgänglighet och produktion, där risken för att Karolinska universitetssjukhuset inte ska uppnå produktionsmålen ligger på en låg risknivå.

Riskvärderingen avseende den obligatoriska risken för *oegentligheter och välfärdsbrott* sänktes i samband med rapportering av tertial 1 2026, men ligger fortsatt kvar på en hög risknivå. 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 aktiviteternas progress.

Vid uppdatering av risker har åtgärder förändrats till viss del avseende *Risk för oegentligheter och välfärdsbrott, FoUU, Innovation och Produktion.*

För risken oegentligheter och välfärdsbrott har Karolinska utvecklat och förtydligat Kompassen (tidigare Vägvisaren) samt fortsatt arbetet enligt plan med fokus på tillämpning av sjukhusets styrande dokument.

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 i syfte 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.

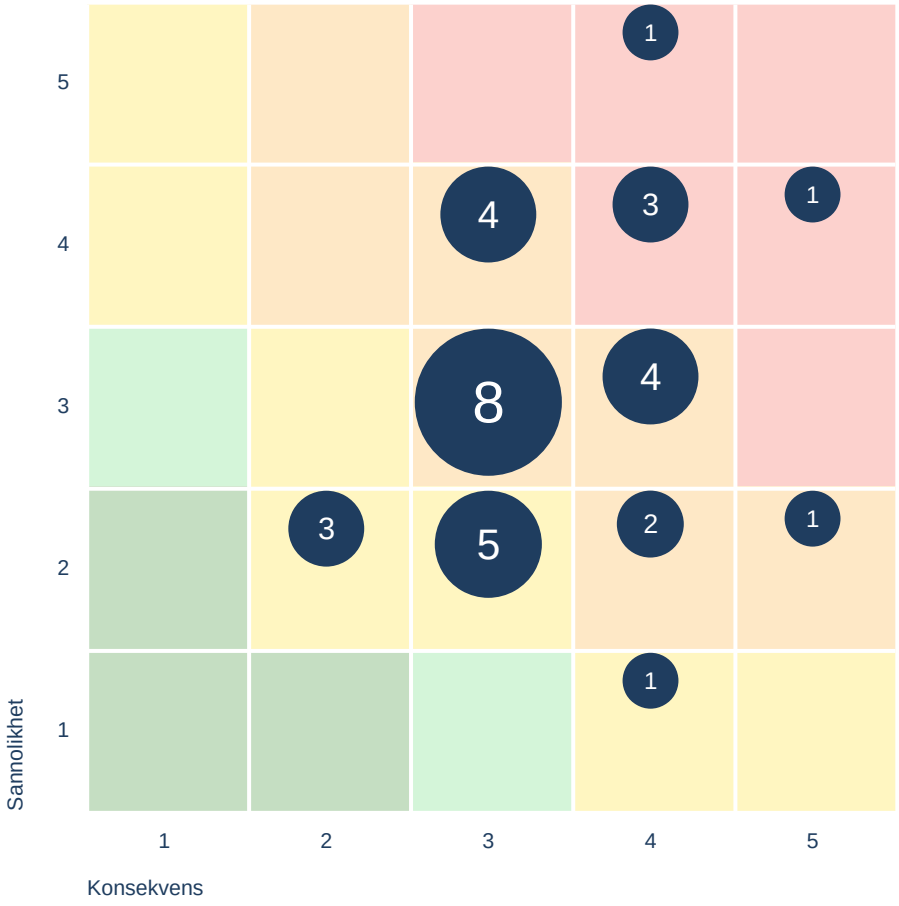
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

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	5 st
Hög risk	19 st
Medelhög risk	9 st
Låg risk	
Mycket låg risk	

	Sannolikhet	Konsekvens
5	Mycket hög	Katastrofal - Mycket allvarlig, får inte inträffa
4	Hög	Kritisk - Allvarlig, får helst inte inträffa
3	Medel	Signifikant - Kännbar, uppfattas som besvärande
2	Låg	Mindre - Lindrig, uppfattas som liten
1	Mycket låg, se frågetecknet	Begränsad - Marginell, uppfattas som mycket liten

Mål	Lokalt mål		Risk	Riskägare
Stockholm är en attraktiv tillväxtregion för utveckling och forskning		21517 →	Ej kunna uppfylla Forsknings-uppdraget	**Riskägare** Olof Akre
		82416 →	Ej tillfredställande innovationsförutsättningar	**Riskägare** Christophe Pedroletti
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet		92222 →	Ekonomiskt underskott	**Riskägare** Håkan Nilsson

Mål	Lokalt mål			Risk	Riskägare
		137260	→	Risk för oegentligheter och välfärdsbrott	**Riskägare** Christin Serlow
		51512	→	Införande av dyrare läkemedel/nya behandlings- och undersökningsmetoder	**Riskägare** Håkan Nilsson
		70607	→	Risk att ej kunna upprätthålla en ekonomi i balans	**Riskägare** Håkan Nilsson
		84741	→	Inköpsprocessen	**Riskägare** Håkan Nilsson
		20206	→	Uppföljningsstruktur och informationsförsörjning	**Riskägare** Håkan Nilsson
		51511	→	Utvärdering av investeringar	**Riskägare** Håkan Nilsson
		105367	→	Förlorad NHV-tilldelning	**Riskägare** Johan Rinder
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035		111004	→	Klimatneutrala till 2035	**Riskägare** Christin Serlow
Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling		111003	→	Social hållbarhet	**Riskägare** Christin Serlow
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare		31209	→	Risk att ej kunna säkerställa en god arbetsmiljö	**Riskägare** Lena Hadad
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov		20604	↘	Tillgänglighet	**Riskägare** Måns Jungner
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		20202	→	IT-utveckling	**Riskägare** Anders Hult
		21520	→	Lokaler	**Riskägare** Tomas Eriksson
		99190	→	MT-Utrustning och tillbehör	**Riskägare** Peter Håkansson
		164269	→	Risk för påtagligt dyrare produkter	**Riskägare** Håkan Nilsson
		61812	→	Roller och ansvar informationssäkerhet	**Riskägare** Anders Hult
		82426	→	Materialförsörjning och leverans	**Riskägare** Peter Håkansson

Mål	Lokalt mål		Risk	Riskägare
		105369 →	NHV	**Riskägare** Johan Rinder
		70608 →	Patientsäker/ högkvalitativ vård	**Riskägare** Ylva Pernow
		20506 →	Medicinteknisk utrustning	**Riskägare** Peter Håkansson
		63126 →	Roller och ansvar IT-säkerhet	**Riskägare** Anders Hult
		82418 →	Omvärldsläget	**Riskägare** Maria Fast
		82421 →	Varumärke	**Riskägare** Freja Annamatz
		82340 →	Ägare av data	**Riskägare** Anders Hult
		30745 →	Fastighetsinvesteringar	**Riskägare** Tomas Eriksson
		82315 →	Ersätta utrustning	**Riskägare** Peter Håkansson
		137262 ↘	Risk för underbehandling	**Riskägare** Ylva Pernow, Mathias Axelsson
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		20200 →	Brist på kompetens	**Riskägare** Lena Hadad
		99188 →	Arbetstidsdirektiv	**Riskägare** Lena Hadad
		137263 →	Sjukfrånvaro	**Riskägare** Lena Hadad