Region Stockholm

Diarienummer
RS2025-1039
ASN 2026-5349



Akutsjukhusnämnden/Södertälje sjukhus

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 6
2.5.1 Uppföljning 6
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll 6
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.

I nämndens arbetsordning och instruktioner för sjukhusdirektören säkerställs en tydlig roll- och ansvarsfördelning som bidrar till en effektiv hantering av verksamhetens risker. Nämnden ska säkerställa att riktlinjer efterlevs och att rapportering sker i enlighet med anvisningarna från regionledningskontoret. Sjukhusledningen rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner.

Sjukhusledningen ansvarar för det system för internkontroll som krävs för att hantera väsentliga risker i den löpande verksamheten. Här ingår bland annat riktlinjer för olika befattningshavare för att förstå och inse betydelsen av sina respektive roller för upprätthållandet av god internkontroll. Här framgår även vilka mål med tillhörande indikatorer och uppdrag som sjukhuset har att förhålla sig till. Sjukhusets IT-system stödjer verksamheterna i internkontrollarbetet, då systemen hjälper till att skapa rapporter och statistik för granskning och uppföljning. I vissa system finns även inbyggda kontroller, exempelvis fakturahanteringssystemet där varje faktura måste hanteras av två personer innan betalning sker.

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

Södertälje sjukhus har genomfört riskanalys enligt COSO-modellen av samtliga identifierade risker. Denna har resulterat i två risker med hög risk, sju med medelhög risk, två med låg risk och elva med mycket låg risk. De riskerna med ett samlat riskvärde över 3 medtages i internkontrollplanen och i bilaga 2 "Fördjupade sammanställningen av mål, risker, kontroller och åtgärder".

Den risken med högst riskvärde är:

- Risk för att inte uppnå resultatkravet

Den risken som har näst högst riskvärde är:

- Risk för negativ inverkan på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi på grund av IT störningar och förseningar kopplat till kundanslutningsprocessen till

Serviceförvaltningen IT (SF IT)

Resultatet av den uppdaterade riskvärderingen är att en risk minskat i riskvärde och två risker ökat i riskvärde sedan Tertial 1 rapporteringen.

Den risk som minskat är:

- Risk för att andelen av personalkostnader i hälso- och sjukvården som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning är under 99% som minskat från 4 till 2 och därmed har gått från medelhög risk till låg risk. Detta med anledning av att sjukhuset uppnår målvärdet.

De risker som ökat i riskvärde är:

- Risk för att inte uppnå resultatkravet som ökat från 6 till 12 och gått från medelhög risk till hög risk då prognosen har försämrats jämfört med inlämnad prognos i Tertial 1.
- Risk för att antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle inte bibehålls eller minskar jämfört 2025 som ökat från 2 till 6 och gått från mycket låg risk till medelhög risk då kommunen har minskat på antal korttidsplatser, vilket kan leda till längre ledtider.

Den obligatoriska risken "risk för oegentligheter och välfärdsbrott" värderas lågt av sjukhuset och hamnar i kategorin mycket låg risk och hanteras därefter.

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.

Sjukhuset har tagit fram kontrollaktiviteter och åtgärder för att hantera och minimera risker. Vissa kontroller och åtgärder är befintliga sedan tidigare då risken var med i internkontrollplanen under 2025 medan andra är nya för internkontrollplan 2026.

En ny kontroll och en åtgärd har tillkommit för risken "Risk för att antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle inte bibehålls eller minskar jämfört 2025". Kontrollen är "Uppföljning av statistik". Där data från LifeCare har tagits fram och analyserats. Åtgärden är "Uppföljning och dialog" där siffrorna följs upp och dialog förs i samverkansgrupp God och Nära vård där kommun, primärvård och sjukhus deltar.

En ny kontroll och två åtgärder har tillkommit för risken "Risk för att inte uppnå resultatkravet". Kontrollen är "Månadsbokslut, uppföljning och analys" där det ekonomiska utfallet följs upp regelbundet med verksamhetsansvariga. Åtgärderna är "Månadsuppföljningsmöten" där Sjukhusdirektör träffar respektive verksamhetschef / administrativ chef minst 10 gånger per år för genomgång av det aktuella läget, avseende ekonomi, prognos, åtgärder, produktion, tillgänglighet samt HR-frågor, och "Åtgärdsprogram för 2026" där ett åtgärdsprogram med resultatförbättrande åtgärder har arbetats fram.

Den obligatoriska risken det vill säga "risk för oegentligheter och välfärdsbrott" har ett så pass lågt riskvärde att det inte finns några specifika kontroller och åtgärder inlagda i

systemet Stratsys men ett arbete sker kontinuerligt under året där sjukhuset gör det som krävs för att säkerställa en god hantering och att rutiner och riktlinjer följs.

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.

Sjukhusets årliga internkontrollplan fastställs av nämnden och skickas in till regionstyrelsen i samband med verksamhetsplanen för nästkommande år. När nämnden fastställt internkontrollplanen skickas den ut till samtliga chefer i sjukhusets ledningsgrupp.

Vissa kontrollmoment ingår i det löpande uppföljningsarbetet och följs upp på månadsuppföljningsmöten (MUM-möten) mellan sjukhusdirektör och respektive verksamhetsledning där även ekonomidirektör, HR-direktör och chefläkare deltar. Vid behov anpassas agendan och deltagandet på MUM-mötena till olika fokusområden som kräver extra uppmärksamhet för tillfället. Som exempel under året har en fördjupning av området miljö varit. Då har även negativa avvikelser från målen analyserats och en handlingsplan för att målet ska uppnås alternativt att avvikelsen ska minskas tagits fram.

Fastställd internkontrollplan samt de uppföljningar som görs löpande under året delges revisorerna.

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.

Internkontrollplanen följs upp regelbundet internt inom sjukhuset med utgångspunkt i de risker som har identifierats av sjukhusets ledningsgrupp.

Ledningsgruppen utvärderar även regelbundet om befintliga risker behöver värderas om, avslutas eller om andra risker ska läggas till med hänsyn till de omständigheter som sjukhuset befinner sig i för tillfället. Ansvarig controller på sjukhuset

administrerar riskerna som ska följas upp och rapporterar dem i systemet Stratsys vid specifika rapporteringstillfällen enligt direktiv från Regionledningskontoret.

Sjukhusdirektören rapporterar till nämnden vid specifika rapporteringstillfällen.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

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

Södertälje sjukhus ska följa och efterleva de lagar och förordningar som är tillämpliga samt följa de av Region Stockholm beslutade policys, riktlinjer och eventuella tillämpningsanvisningar. Sjukhuset arbetar för att säkerställa att alla styrdokument är kända i verksamheten och att sjukhusets beslutsbestämmelser i alla delar utgår från senast beslutade policys och riktlinjer inom Region Stockholm.

Arbetet innefattar bland annat att säkerställa att de styrande dokumenten efterlevs samt att åtgärder vidtas rörande de brister och förslag till åtgärder som framkommit vid den interna kontrollen och den externa revisionen. Inga avsteg från riktlinjen har noterats.

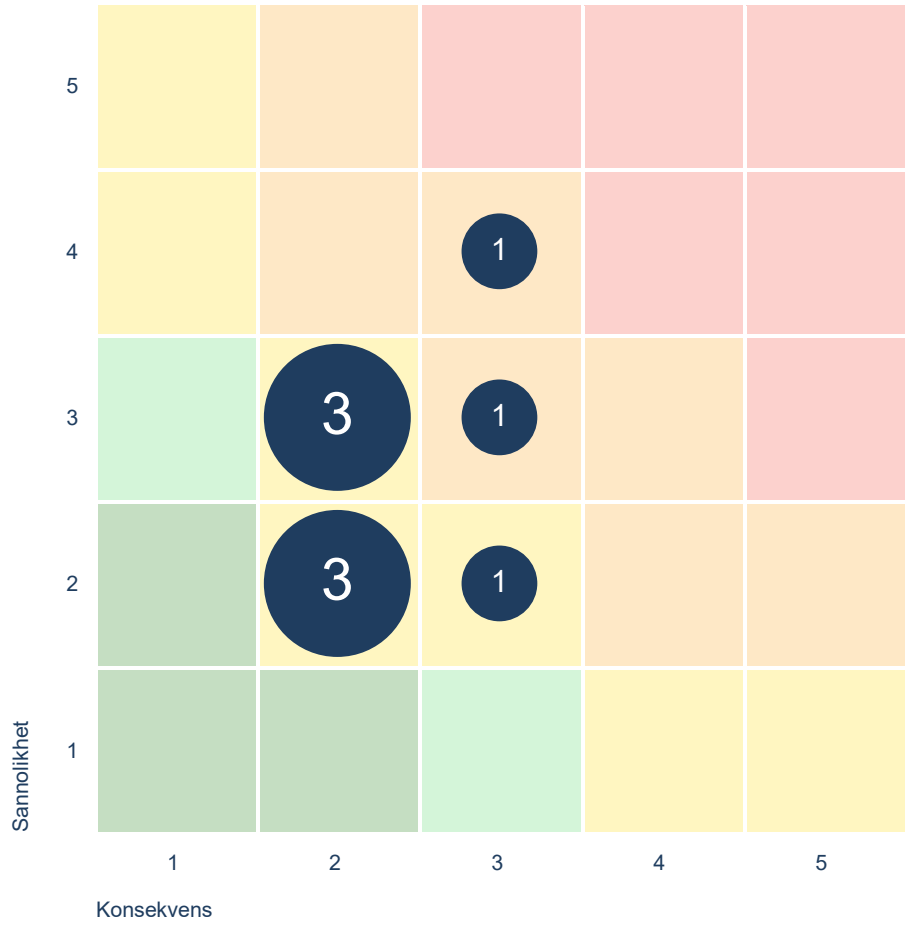
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

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.

Efter genomförd granskning år 2025 bedömer regionrevisorerna att verksamheten i allt väsentligt har skötts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Revisorerna bedömer att styrningen och kontrollen inte är helt tillräcklig. Bedömningen av intern styrning och kontroll görs mot bakgrund av att nämnden inte fullt ut säkerställt en tillräcklig styrning och kontroll i flera av de områden som granskats under året.

Ett systematiskt arbete sker inom akutsjukhusnämnden för att beakta de bedömningar som regionrevisorerna lämnat i rapporten och för att åtgärda de rekommendationer som lyfts i årsrapporten. Akutsjukhusnämnden delar regionrevisorernas bedömning av de frågor som lyfts och kommer särskilt att arbeta för att stärka förvaltningarnas interna styrning och kontroll.

3 Sammanställning av risker



Mycket hög risk	
Hög risk	2 st
Medelhög risk	7 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
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet		17363 6	Risk för att inte uppnå resultatkravet	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
		17363 5	Risk för negativ inverkan på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi på grund av IT-störningar	**Riskägare** Anna

Mål	Lokalt mål		Risk	Riskägare
			och förseningar kopplat till kundanslutningsprocessen till Serviceförvaltningen IT (SF IT)	Gerber Ekblom
		137096 →	Risk för brister i försörjning på grund av omvärldsfaktorer	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035		88852 →	Risk för att Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan är för hög	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
		137107 →	Risk för att utsläpp av växthusgaser inte minskar jämfört med 2019 -37%	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare		98480 →	Risk för att följsamheten till riktlinjer och rutiner för Bisysslor inte ökat jämfört med 2025	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		69404 ↗	Risk för att antal utskrivningsklara dagar till kommunen per vårdtillfälle inte bibehålls eller minskar jämfört 2025	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
		69403 →	Förekomst av vårdrelaterade infektioner överstiger målet <= 4 %	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		69494 →	Risk för att Hot och våld på arbetet är över målet 8%	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom