Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-0984

Karolinska Universitetssjukhuset

Plan för intern kontroll, år 2025

År 2025

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. Under året har en riskbaserad genomlysning gjorts och en handlingsplan har tagits fram och förankrats i sjukhusledningen. 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 uppdatera 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*. Riskvärderingen avseende de obligatoriska riskerna *risk för fel i finansiell rapportering* och *risk för felaktig bidragsutbetalning* har inte förändrats sedan delårsrapporteringen. *Risk för fel i finansiell rapportering* har en låg sannolikhet och hög konsekvens och *risk för felaktig bidragsutbetalning* har en mycket låg sannolikhet och konsekvens.

Under våren 2024 kartlades produktions- och dimensioneringsprocessen och kontroller togs fram. Under hösten 2025 har kontrollerna testats av funktionen intern kontroll och riskhantering. Det sammanlagda resultatet visar att merparten av kontrollerna har mindre brister eller är godkända. Lite drygt 20 % av kontrollerna har större brister. De kontroller som har större brister gäller styrdokument för dimensionerinsprocessen, framtag och godkännande av dimensioneringsplanen samt hantering av felaktiga transaktioner.

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 bland annat för att 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.

Den obligatoriska risken fel i finansiell rapportering har åtgärder såsom att förkorta bokslutsprocessen, minska antalet manuella fel och öka tid för analys vilket sker genom olika automatiseringsinitiativ tillsammans med översyn av kompetens och stödjande material. Den obligatoriska risken felaktig bidragsutbetalning har mycket låg sannolikhet och konsekvens och har inte bedömts behöva ha några åtgärder.

Under våren 2024 togs kontroller fram avseende produktions- och dimensioneringsprocessen. Kontrollerna har under hösten 2025 testats och resultatet visar att merparten av kontrollerna har mindre brister eller är godkända. Konsekvenserna av kontrollerna som har större brister är bristande intern kontroll, ökad administration, manuellt arbete och avsaknad av 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 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

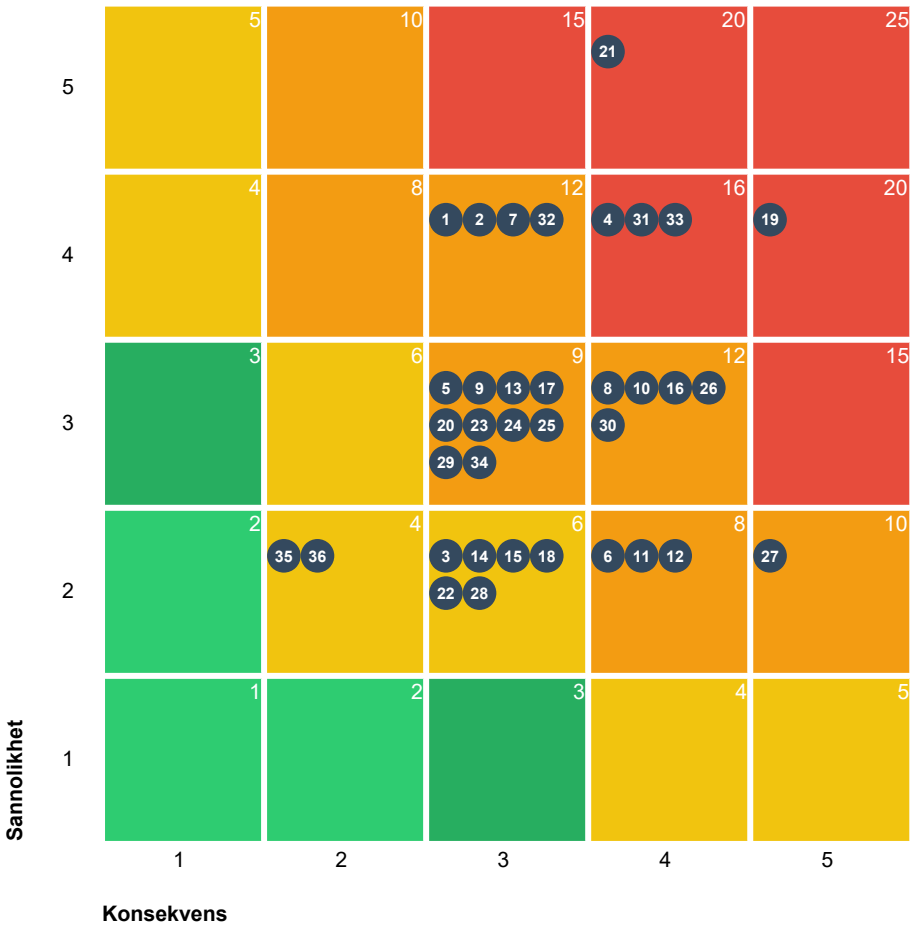
Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd/styrelse samt i den löpande rapporteringen till regionledningskontoret. Förvaltningschef/VD ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår.

Vid testning av produktions- och dimensioneringsprocessen har några kontroller med större brister noterats. När kontrollerna implementeras kommer det manuell arbetet samt administrationen att minska samtidigt som den intern kontrollen ökar.

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



5 Mycket hög risk 23 Hög risk 8 Medelhög risk Totalt: 36

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	→	Oegentligheter	**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
		12	134468	→	Risk för fel i finansiell rapportering	**Riskägare** Håkan Nilsson
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035		13	111004	→	Klimatneutrala till 2035	**Riskägare** Anne Rundquist

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling		14	111003	→	Social hållbarhet	**Riskägare** Anne Rundquist
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare		15	31209	↘	Risk att ej kunna säkerställa en god arbetsmiljö	**Riskägare** Lena Hadad
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov		16	20604	→	Tillgänglighet	**Riskägare** Per Mattsson
		17	84739	→	Produktion	**Riskägare** Måns Jungner
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		18	137262	→	Risk för underbehandling	**Riskägare** Ylva Pernow, Mathias Axelsson
		19	20202	→	IT-utveckling	**Riskägare** Malin Fahlén
		20	20506	→	Medicinteknisk utrustning	**Riskägare** Peter Håkansson
		21	21520	→	Lokaler	**Riskägare** Tomas Eriksson
		22	30745	→	Fastighetsinvesteringar	**Riskägare** Tomas Eriksson
		23	63126	→	Roller och ansvar IT-säkerhet	**Riskägare** Malin Fahlén
		24	82418	→	Omvärldsläget	**Riskägare** Jonas Schöld
		25	82421	→	Varumärke	**Riskägare** Freja Annamatz
		26	61812	→	Roller och ansvar informationssäkerhet	**Riskägare** Malin Fahlén
		27	70608	→	Patientsäker/högkvalitativ vård	**Riskägare** Ylva Pernow
		28	82315	→	Ersätta utrustning	**Riskägare** Peter

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
						Håkansson
		29	82340	→	Ägare av data	**Riskägare** Malin Fahlén
		30	82426	→	Materialförsörjning och leverans	**Riskägare** Peter Håkansson
		31	99190	→	MT-Utrustning och tillbehör	**Riskägare** Peter Håkansson
		32	105369	→	NHV	**Riskägare** Johan Rinder
		33	164269	↘	Risk för påtagligt dyrare produkter	**Riskägare** Håkan Nilsson
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		34	20200	↘	Brist på kompetens	**Riskägare** Lena Hadad
		35	99188	→	Arbetstidsdirektiv	**Riskägare** Lena Hadad
		36	137263	↘	Sjukfrånvaro	**Riskägare** Lena Hadad