Region Stockholm

Diarienummer
RS2025-1039

Akutsjukhusnämnden/Södersjukhuset

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....6
2.4 Information och kommunikation....8
2.5 Övervakning och uppföljning....9
2.5.1 Uppföljning....9
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll....9
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser....9

3 Sammanställning av risker....10

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.

God intern styrning och kontroll bygger på tydliga ansvar, fungerande processer och en kultur där fel och brister uppmärksammas och rapporteras. Alla medarbetare bidrar till den interna kontrollen, medan cheferna ansvarar för att risker inom det egna området identifieras, värderas och hanteras.

Södersjukhusets internkontrollplan, IKP, utgår från COSO-modellen och bygger på en samlad riskanalys. Sjukhusets ledning har varje höst ett möte där sjukhusets befintliga risker men även nya risker identifieras och värderas till sjukhusets internkontrollplan. För risker med förhöjd risknivå fastställs kontroller och vid behov riskreducerande åtgärder. Riskägaren följer löpande upp risken samt genomförda kontroller och åtgärder. Uppföljning sker tertialvis till sjukhusledningen och Akutsjukhusnämnden.

Sjukhusledningens gemensamma arbete med risker syftar bland annat till att tydliggöra ansvar och roller. Syftet är också att minska överlappning mellan IKP och andra etablerade uppföljningar, exempelvis risk- och sårbarhetsanalysen, kvalitetsuppföljningen och hållbarhetsrapporteringen. Risker som redan hanteras genom andra etablerade processer har därför inte tagits med i IKP.

I internkontrollplanen redovisas de identifierade risker och sårbarheter som inte är sekretessbelagda, tillsammans med tillhörande kontroller och åtgärder. Riskerna är indelade i följande sju riskperspektiv:

1. Fastighet, robust teknisk infrastruktur och IT
2. Säkerhet, juridik och informationssäkerhet
3. Försörjning av kritiska produkter
4. Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inklusive läkemedel och medicinteknik
5. Ekonomi
6. Miljö och social hållbarhet
7. Kompetensförsörjning

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

I delårsuppföljningen ingår totalt 21 risker med en fastställd riskvärdering. Den aktuella riskvärderingen är fördelad enligt följande:

- 7 risker med hög risk
- 14 risker med medelhög risk

Risker med låg eller mycket låg riskvärdering accepteras ingår därför inte i den fortsatta uppföljningen inom internkontrollplanen. Riskområdet oegentligheter och välfärdsbrott har delats upp i flera konkreta risker som värderas och följs upp var för sig. Den övergripande risken har därför inget eget riskvärde och redovisas inte som en separat risk.

Av de 21 risker som har ett fastställt riskvärde vid delåret ingick 19 även i sjukhusets uppföljningen vid tertial 1. Av dessa har 15 en oförändrad värdering och 4 har minskat i värde. Ingen av de tidigare riskerna har ökat. Vid delåret har två nya risker tillkommit: risk avseende skyddsförkläden samt risk för att vårdkontakter inte registreras i tid i TakeCare. Båda de nytillkomna riskerna har värderats som höga.

Riskperspektiv 1–3: Fastighet, robust teknisk infrastruktur och IT, säkerhet, juridik och informationssäkerhet samt försörjning av kritiska produkter

Risknivån inom områdena är fortsatt medelhög till hög. Risken avseende dokumenthantering av styrande dokument har minskat från riskvärde 9 till 6 genom en lägre bedömd sannolikhet.

Den nytillkomna risken att inte uppnå avtalat volymkrav för cirkulära skyddsförkläden har värderats till 12 och utgör därmed en hög risk. Risken kan medföra vite för sjukhuset. Risken för bristfällig regelefterlevnad inom FoUUi är oförändrad på riskvärde 8.

Väsentliga risker:

- Skyddsförkläden, riskvärde 12
- Bristfällig regelefterlevnad inom FoUUi, riskvärde 8
- Dokumenthantering av styrande dokument, riskvärde 6

Riskperspektiv 4: Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inklusive läkemedel och medicinteknik

Riskläget inom området är i huvudsak oförändrat. Riskerna avseende vistelsetider över fyra timmar på akutmottagningen, väntande till behandling inom 90 dagar samt flytten av barnakuten ligger kvar på riskvärde 6.

Risken för att vårdkontakter inte registreras i tid i TakeCare har tillkommit och har vid delåret värderats till 9. Risken hanteras genom månadsvisa avstämningar med enhetschefer, åtgärdsplaner för berörda enheter samt omfördelning av befintliga resurser inom vårdadministrationen. Risken avseende ändamålsenliga vårdutrymmen är oförändrad på riskvärde 9.

Väsentliga risker:

- Vårdkontakter registreras inte i tid i TakeCare, riskvärde 9
- Upprätthålla ändamålsenliga vårdutrymmen, riskvärde 9
- Patienter vistas mer än fyra timmar på akutmottagningen, riskvärde 6
- Väntande till behandling inom 90 dagar, riskvärde 6
- Flytt av barnakuten till vuxenakuten, riskvärde 6

Riskperspektiv 5: Ekonomi

Ekonomiperspektivet präglas fortsatt av utmaningar. Det blir allt svårare och tar längre tid att få effekt av beslutade åtgärder. Risken för negativ avvikelse mot resultatkravet är oförändrat hög

med riskvärde 12.

Risken finansieringen av G-CDU har minskat från riskvärde 4 till 3. Riskerna avseende ekonomiska styrsystems påverkan på nya vårdformer och bristande avtalsuppföljning är oförändrade på riskvärde 6. Det är viktigt att ersättningssystem förändras i takt med vårdens utveckling.

Region Stockholm har identifierat ett obligatoriskt riskområde avseende felaktiga bidragsutbetalningar till externa aktörer. Risken påverkar inte sjukhuset eftersom sjukhuset inte betalar ut sådana bidrag. Den ingår därför inte i sjukhusets internkontrollplan men hålls under fortsatt bevakning.

Väsentliga risker:

- Risk för negativ avvikelse mot resultatkrav, riskvärde 12
- Ekonomiska styrsystem hämmar nya vårdformer, riskvärde 6
- Bristande avtalsuppföljning, riskvärde 6

Riskperspektiv 6: Miljö och social hållbarhet

Risknivån inom området är låg till medelhög. Risken för att produkter med bättre klimatprestanda inte används eller köps in på grund av högre pris har minskat från riskvärde 6 till 4.

Risken för att hållbarhetskrav inte ställs i upphandlingar har ökat från riskvärde 2 till 3, men ligger fortfarande på låg nivå.

Riskperspektiv 7: Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning är fortsatt ett av sjukhusets största strategiska riskområden. Risken för bemanning och kompetensförsörjning ligger kvar på riskvärde 12.

Risken för otillräcklig tid för FoUUi har minskat från 12 till 9 genom en lägre bedömd sannolikhet. Riskvärderingen avseende sjukfrånvaro är oförändrad på 6. Samtidigt har sjukfrånvaron minskat under perioden och ligger under målvärdet på 6 %. Månatliga kontroller genomförs enligt plan och flera åtgärder pågår under året. Riskvärderingen avseende efterlevnad av regelverket för bisysslor har minskat från 6 till 4 genom en lägre bedömd konsekvens.

Väsentliga risker:

- Bemanning och kompetensförsörjning, riskvärde 12
- Otillräcklig tid för FoUUi, riskvärde 9
- Sjukfrånvaron minskar inte, riskvärde 6

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.

Södersjukhuset har under perioden fortsatt arbetet med kontroller och åtgärder inom samtliga riskperspektiv. Flertalet planerade kontroller har genomförts. Inom vissa riskområden planeras dock kontroller eller åtgärder till senare under året. Uppföljningen visar att flera insatser ger effekt, samtidigt som det inom några områden kvarstår avvikelser eller att genomförda åtgärder ännu inte har fått full effekt.

Utifrån riskanalysen prioriteras kontroller och åtgärder som ska minska sannolikheten för att en risk inträffar eller begränsa konsekvenserna. Kontrollerna används även för att bedöma om beslutade åtgärder genomförs enligt plan och ger avsedd effekt.

Riskperspektiv 1–3: Säkerhet, juridik och informationssäkerhet samt försörjning av kritiska produkter

Kontrollen avseende PDV har genomförts utan avvikelser. En fastställd PDV-plan finns och löpande utbildningar och föreläsningar genomförs. Det kvarstår att uppdatera PDV-planen, följa upp verksamheternas åtgärdslistor och fortsätta utbildningsinsatserna.

Inom dokumenthantering har ett nytt utskott för riktlinjer och anvisningar startats. Genomförd kartläggning visar att många verksamheter lagrar styrande dokument enligt riktlinjerna, medan andra har fortsatt arbete kvar. I samband med införandet av det nya intranätet ska rätt version från EDIT visas vid sökning.

För risken avseende bristfällig regelefterlevnad inom FoUUi pågår arbetet enligt plan och stödresurser finns på plats. Den särskilda kontrollen genom rapportering har dock inte genomförts. Regelbunden uppföljning av utfall och avvikelser ska säkerställas genom krav på handlingsplaner och indikatorer.

Riskperspektiv 4: Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inklusive läkemedel och medicinteknik

Kontroller av vistelsetider över fyra timmar på akutmottagningen genomförs kontinuerligt på klinik-, kommitté- och sjukhusnivå. Effekt ses av genomförda åtgärder och ytterligare insatser planeras under hösten. Pågående arbete med inskrivning, triage, provtagning och väntan på slutenvårdsplats bedöms bidra till fortsatt riskreducering.

Andelen patienter som väntar på behandling inom 90 dagar har successivt förbättrats och Södersjukhuset uppnår regionens mål. Kontrollerna har genomförts utan avvikelser. Produktionsplanen följs och köerna minskar.

Flytten av barnakuten följs fortlöpande under och efter flytten. Ingen ytterligare kontroll är planerad i nuläget.

Kontroller av vårdkontakter som inte registreras i tid i TakeCare kvarstår. Korttidssjukfrånvaro och minskad bemanning har bidragit till en upparbetad eftersläpning. Åtgärderna följer planen men har ännu inte fått full effekt.

Kontroller av vårdutrymmen har genomförts. Arbetet i byggnad 17 och 18 är avslutat och har resulterat i 168 nya vårdrum med moderna och godkända mått. Planeringen fortsätter för de vårdavdelningar som ännu inte har renoverats.

Riskperspektiv 5: Ekonomi

Månadsvisa uppföljningar av ekonomiskt resultat, produktion och verksamheternas åtgärdsplaner har genomförts enligt plan. Uppföljningen visar att det tar längre tid än planerat att inarbeta åtgärderna. Arbetet fortgår och åtgärderna bedöms ge allt bättre effekt.

Månatliga kontroller och stickprov av fakturaunderlag har genomförts. Kontrollerna visar att korrekta underlag fortfarande saknas i flera fall. Information och påminnelser fortsätter. Arbete pågår även med att förtydliga instruktionen, som ska kommuniceras i organisationen under hösten.

Kontrollen av oegentligheter inom inköp och upphandling har genomförts enligt plan. Den visar att deltagare inför upphandlingar har informerats om regler, sekretess och jäv. Utkast till nya jävsblanketter har också tagits fram.

Förtätade kontroller inom Heroma genomförs enligt fastställd rutin. Åtgärderna har gett effekt genom att antalet osignerade utanordningslistor har minskat.

Kontrollen av avtalsuppföljningen har inte genomförts vid delåret eftersom åtgärderna ännu inte har påbörjats. En dedikerad processledare börjar under tredje kvartalet och kontrollen planeras till årets sista kvartal.

När det gäller ekonomiska styrsystems påverkan på nya vårdformer har inga nya vårdformer införts under perioden. Ersättningsfrågor lyfts återkommande med HSF och hanteras inför 2027.

Riskperspektiv 6: Miljö och social hållbarhet

Uppföljningen av miljömålen har genomförts enligt plan och utan avvikelser. För de produkter med bättre klimatprestanda som omfattas av uppföljningen har andelen inköp ökat under året.

För riskerna avseende hållbarhetskrav i upphandlingar och systematiskt socialt hållbarhetsarbete redovisas inga genomförda kontroller eller åtgärder vid delåret. Kontroller sker årsvis.

Riskperspektiv 7: Kompetensförsörjning

Kontroller av nyckeltal för bemanning och kompetensförsörjning har genomförts enligt plan vid uppföljningsmöten. Flera åtgärder har genomförts under perioden, men det är fortsatt svårt att rekrytera och behålla vissa kompetenser.

Sjukfrånvaron följs upp månatligen och flera åtgärder har genomförts. Sjukfrånvaron har minskat under perioden och ligger under målvärdet på 6 %.

Systematiska kontroller av bisysslor har genomförts enligt plan. Information och utbildning har förbättrat hanteringen. Systemstödet i Heroma har dock försämrats. Felet har anmälts och regionen har kontakt med leverantören. Ytterligare utbildningsinsatser planeras under hösten.

När det gäller otillräcklig tid för FoUUi sker implementeringen av strategin genom verksamheternas prioriteringar under ett tydligt områdesansvar. Uppföljning av genomförandet är viktigt på alla ledningsnivåer, utöver uppföljningen genom USVE-enkäter.

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.

- **Plan för intern kontroll** tas fram årligen i samband med budget och verksamhetsplanering. Planen uppdateras och följs upp löpande under året.
- **Rapportering** sker tertialvis till sjukhusdirektören och ASN, vilket utgör en försäkran om att nödvändiga åtgärder vidtas.
- **Kommunikation** sker via ledningsgrupper och APT mm.
- **Rapporteringsvägar för oegentligheter** finns via närmaste chef, redovisningschef, säkerhetssamordnare eller anonymt via brev samt Region Stockholms visselblåsarfunktion.

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 sker tre gånger per år till sjukhusledningen och rapporteras till nämnden tre gånger per år.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

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

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.

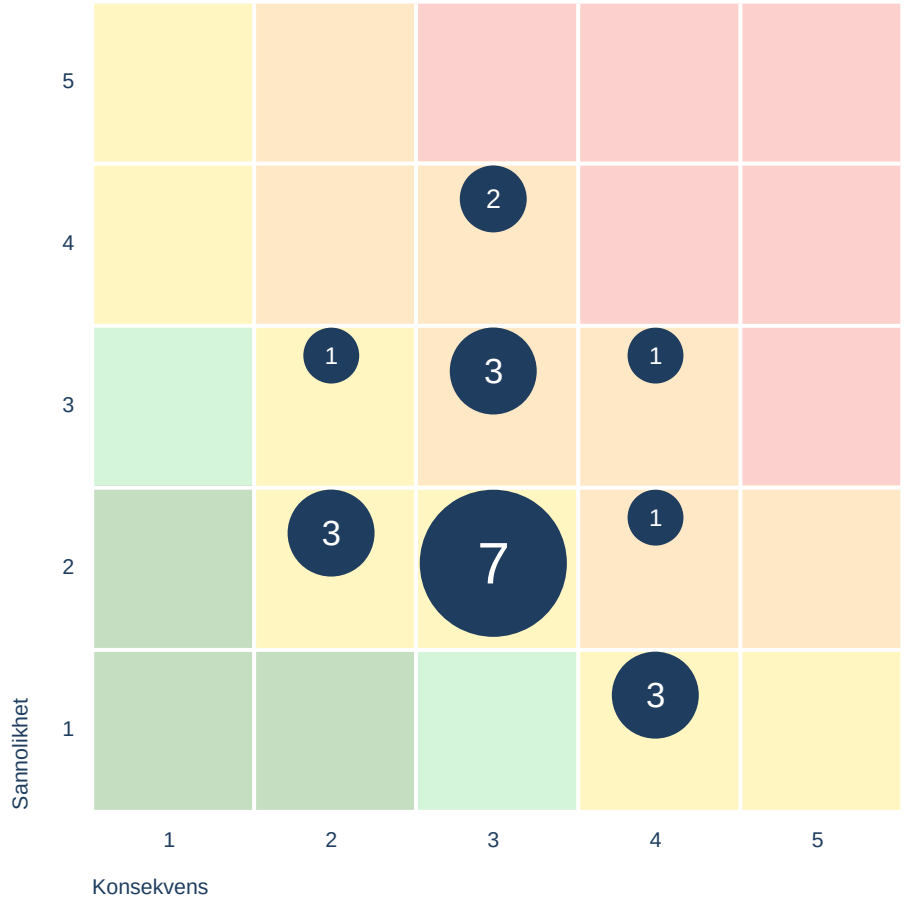
Inga väsentliga brister har uppmärksammats vid uppföljningen av sjukhusets internkontrollplan.

Regionrevisorernas senaste granskningsrapport avser räkenskapsåret 2025. Revisorernas samlade bedömning av den interna kontrollen 2025 är att Akutsjukhusnämnden inte har en helt tillräcklig styrning och kontroll. Revisorernas bedömning är att räkenskaperna 2025 är rättvisande.

Revisorerna lämnar rekommendationer till förvaltningarna i Akutsjukhusnämnden. Södersjukhuset omhändertar och följer lämnade rekommendationer.

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	7 st
Medelhög risk	14 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	# 5 Ekonomi	91203 →	Risk för negativ avvikelse mot resultatkrav	**Riskägare** Tarja Lepola
		214120	Vårdkontakter blir inte registrerade i tid i TakeCare.	**Riskägare** Åsa Rangert Derolf
		91257 →	Bristande	**Riskägare**

Mål	Lokalt mål			Risk	Riskägare
				fakturaunderlag till konferens/planeringsdagar	Tarja Lepola
		135266	→	Ekonomiska styrsystem hämmar nya vårdformer	**Riskägare** Sven Klaesson
		202006	→	Bristande avtalsuppföljning	**Riskägare** Tarja Lepola
		111919	→	Risk för oegentligheter inom inköp och upphandling	**Riskägare** Tarja Lepola
		111932	→	Risk för oegentligheter i samband med hantering i Heroma	**Riskägare** Helena Karlsson
		135265	→	Risk för oselektiva besparingar inom vårdadministration	**Riskägare** Åsa Rangert Derolf
		219776		Skyddsförkläden	**Riskägare** Birgitta Westin
		168367		Risk för oegentligheter och välfärdsbrott	**Riskägare** Tarja Lepola
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035	# 6 Miljö och Social hållbarhet	111759	↘	Risk för att produkter som är bättre ur klimatsynpunkt ej används/köps in p g a att de kostar mer	**Riskägare** Tarja Lepola
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare	# 7 Kompetensförsörjning	91207	→	Bemanning och kompetensförsörjning	**Riskägare** Helena Karlsson
		174056	→	Sjukfrånvaro ej minskar	**Riskägare** Helena Karlsson
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov	#4 Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT	93425	→	Risk att patienter vistas på akutmottagning mer än 4 timmar	**Riskägare** Annelie Liljegren
		173855	→	Väntande till behandling inom 90 dagar hos specialist, andel	**Riskägare** Sven Klaesson
		173856	→	Flytt av barnakut till vuxenakut	**Riskägare** Fredrik Stenius
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet	#4 Sjukvård, kvalitet och patientsäkerhet inkl. läkemedel och MT	124652	→	Upprätthålla ändamålsenliga vårdutrymmen	**Riskägare** Lena Lundin
	# 2 Säkerhet, juridik och informationssäkerhet	174049	→	Bristfällig regelefterlevnad FoUUi	**Riskägare** Elham Hedayati
		13525	↘	Dokumenthantering av	**Riskägare**

Mål	Lokalt mål			Risk	Riskägare
		5		styrande dokument	Emma Lindback
		111800	→	Pågående dödligt våld (PDV)	**Riskägare** Lena Lundin
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare	# 7 Kompetensförsörjning	174053	↘	Otillräcklig tid FoUUi	**Riskägare** Elham Hedayati
		111140	↘	Efterlevnad regelverk bisysslor	**Riskägare** Helena Karlsson