Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-0984
ASN 2026-0714



Akutsjukhusnämnden/Södertälje sjukhus

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.

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, fem med medelhög risk, fyra 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".

De två risker med högst riskvärde är:

- Risk för att Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan är för hög
- Risk för att utsläpp av växthusgaser inte minskar jämfört med 2019 -29%

De tre risker som har näst högst riskvärde är:

- Risk för att inte kunna säkerställa följsamheten till riktlinjer och rutiner för bisysslor
- Risk för att Hot och våld på arbetet är över målet 8%
- Risk för brister i försörjning på grund av omvärldsfaktorer

Resultatet av den uppdaterade riskvärderingen är att två risker minskat i riskvärde. "Risk för att total väntetid på akutmottagningen inte minskar jämfört med 2024" som minskat från 6 till 3 och därmed har gått från medelhög risk till låg risk. "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 låg risk till mycket låg risk. Detta med anledning av att målet är uppnått för 2025 för båda risker.

Risken som har ökat i riskvärde är "Risk för att Hot och våld på arbetet är över målet 8%", vilken har ökat från 3 till 6 och därmed har gått från låg risk till medelhög risk. Detta med anledning av att målet inte är uppnått enligt den senaste medarbetarundersökningen som gjordes på sjukhuset.

De båda obligatoriska riskerna "Risk för felaktiga bidragsutbetalningar" och "Risk för fel i finansiell rapportering" värderas lågt av sjukhuset och hamnar i kategorin mycket låg risk och hanteras därefter.

Inga nya risker har tillkommit under perioden och inga risker har avslutats sedan delår 2025.

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 arbetat aktivt med de kontroller och åtgärder som tagits fram för att hantera och minimera risker. Alla kontroller och åtgärder har utförts enligt plan förutom kontrollen " Minskning av konsumtionsbaserade utsläpp" där det saknas tillförlitlig data för basår och mätmetoder för att beräkna konsumtionsbaserad klimatpåverkan därför är det inte möjligt för sjukhuset att redovisa resultat för indikatorn, även om arbete utförs. Kontrollen "Uppföljning medarbetarenkät" har ändrats till "Uppföljning" och innehåller nu även uppföljning av avvikelsehanteringssystemet ”Händelsevis”.

De båda obligatoriska riskerna det vill säga "Risk för felaktiga bidragsutbetalningar" och "Risk för fel i finansiell rapportering" 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 chefsjuksköterska deltagit för en fördjupning av områdena kvalitet, patientsäkerhet och miljö. 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.

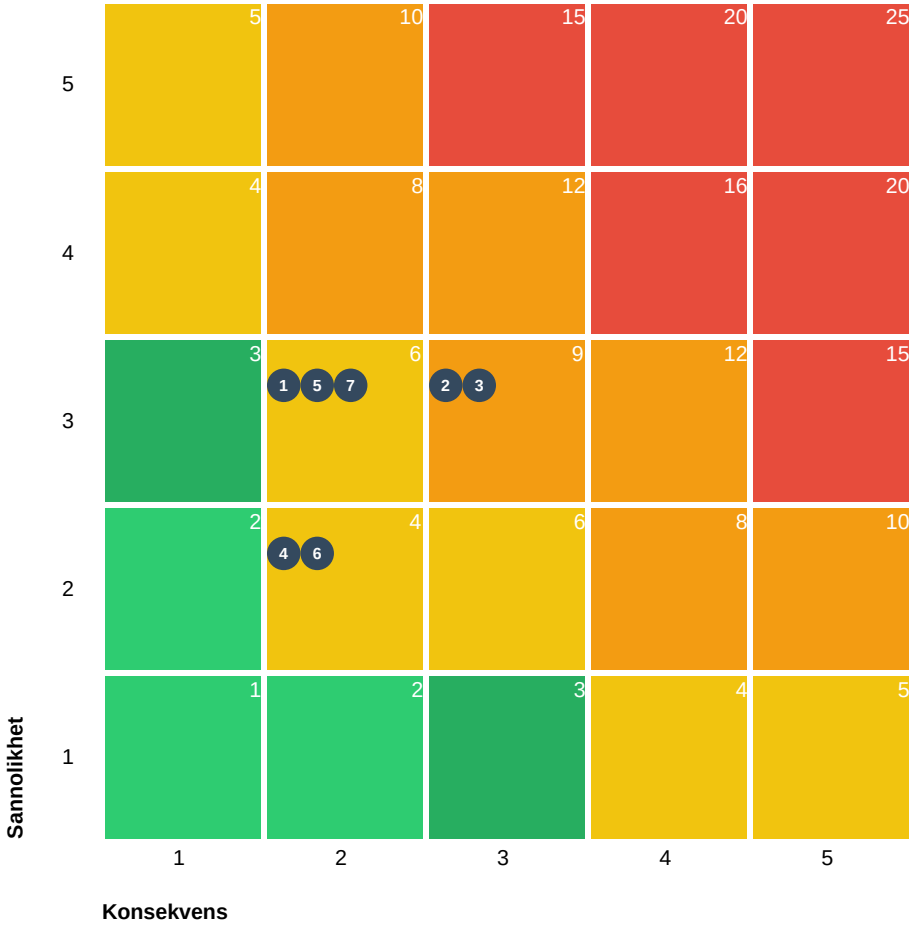
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

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.

Hänsyn tas till revisorernas rekommendationer. Revisorerna har bedömt, utifrån granskningen som genomfördes till delårsbokslutet 2025 och den lägesrapport som lämnats, att den samlade bedömningen var tillräcklig.

Regionrevisorernas samlade bedömning av den interna kontrollen vid delårsbokslutet 2025, är att den är tillräcklig.

3 Sammanställning av risker



2 Hög risk 5 Medelhög risk Totalt: 7

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
Region Stockholm har en långsiktig ekonomisk uthållighet		1		137096	→	Risk för brister i försörjning på grund av omvärldsfaktorer.	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035		2		88852	→	Risk för att Region Stockholms konsumtionsbaserade klimatpåverkan är för hög	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
		3		137107	→	Risk för att utsläpp av växthusgaser inte minskar jämfört med 2019 -37%	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling		4		109710	→	Risk för att sjukhuset utifrån sitt uppdrag inte arbetar systematisk med social hållbarhet	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare		5		98480	→	Risk för att inte kunna säkerställa följsamheten till riktlinjer och rutiner för bisysslor	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		6		69403	→	Förekomst av vårdrelaterade infektioner överstiger målet = 4 %	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		7		69494	↗	Risk för att Hot och våld på arbetet är över målet 8%	**Riskägare** Anna Gerber Ekblom