Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-0984

Akutsjukhusnämnden/Danderyds 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 5
2.3 Kontrollaktiviteter 6
2.4 Information och kommunikation 7
2.5 Övervakning och uppföljning 7
2.5.1 Uppföljning 7
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll 8
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser 8

3 Sammanställning av risker 9

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.

Akutsjukhusnämnden Danderyds sjukhus interna struktur och organisation för intern kontroll bygger på modellen om de fyra ansvarslinjerna i enlighet med Region Stockholms riktlinje för intern styrning och kontroll (RS 2024-0510, RS 2022-0326). Grunden är att den interna kontrollen är baserad på ansvar och tillsyn i flera nivåer, det vill säga att en och samma person eller funktion inte ska ansvara för såväl genomförande som för tillsyn och kontroll.

Den första ansvarslinjen utgörs av den operativa verksamheten som äger och ansvarar för den interna styrningen och kontrollen, inklusive riskhantering och regelefterlevnad. Alla medarbetare ansvarar för att bidra till en god riskhantering och intern kontroll genom att följa fastställda rutiner och aktivt bidra till att genomföra åtgärder och kontroller. Den andra ansvarslinjen består av styrnings- och kontrollfunktioner för riskhantering och intern kontroll. Denna funktion stödjer, följer upp och kontrollerar verksamheten som bedrivs i första ansvarslinjen. Den tredje ansvarslinjen är internrevision som genomför oberoende granskningar av hela verksamheten, inklusive andra ansvarslinjens arbete. Den fjärde ansvarslinjen är regionrevisorerna och de externa auktoriserade revisorerna som genomför oberoende extern granskning av första och andra linjen.

Styr- och kontrollmiljön består av flera delar/system. Det administrativa systemet utgörs främst av styrdokument som tydliggör ansvar befogenheter och rutiner. Styrdokumenten kan delas upp i externa regler och lagar, koncerninterna policys och riktlinjer samt lokala rutiner och tillämpningsanvisningar. Exempel på lokalt styrdokument är Beslutsordningen som tydliggör ansvar och befogenheter för respektive roll inom organisationen. I nämndens Delegationsordning säkerställs en tydlig roll- och ansvarsfördelning till gagn för en effektiv hantering av verksamhetens risker. Nämnden fastställer en grundläggande plan för arbetet med den interna kontrollen. Sjukhuset 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.

Sjukhusets organisatoriska system bygger på tio verksamhetsområden plus stödfunktioner där varje område ansvarar för sin respektive del av kontrollen. Verksamhetscheferna är ansvariga och rapporterar till sjukhusdirektören.

Till det tekniska systemet hör bl.a. sjukhusets IT-system som stödjer verksamheten. Dessa system ger möjligheter till kontroll genom möjlighet att skapa rapporter för granskning samt inbyggda kontroller. Ett exempel på inbyggd kontroll är att fakturor i ekonomisystemet hanteras av minst två personer innan de betalas (dualitetsprincip).

Det övergripande styrsystemet är det politiska. Danderyds sjukhus är en förvaltning inom Region Stockholm och omfattas därför av de beslut som tas av Regionfullmäktige om verksamhetens inriktning, verksamhet och ekonomi.

Inga förändringar har skett under perioden eller planeras under kommande period gällande roller och ansvar, styrande dokument eller utbildning.

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

Akutsjukhusnämnden Danderyds sjukhus gör en riskbedömning årligen vid verksamhetsplaneringen där risker identifieras och analyseras. Riskerna värderas enligt en koncerngemensam riskmatris för Region Stockholm. Sjukhusdirektören har det yttersta ansvaret för fördelningen av risker inom sin verksamhet och beslutar vilka identifierade risker som bedöms ha störst verksamhetsövergripande påverkan och som därmed återrapporteras i planen för intern kontroll. Detta görs som en integrerad del i processen för budget och verksamhetsplanering. Inför rapportering av delåret samt verksamhetsberättelsen helår uppdateras riskerna av respektive riskägare.

Under år 2025 var fel i finansiella rapporter samt oegentligheter och felaktiga bidragsutbetalningar obligatoriska risker att ha med i planen för intern kontroll. Risken för oegentligheter och välfärdsbrott bedömer sjukhuset att den är på en medelhög nivå medan risken för fel i finansiella rapporter bedöms vara på en låg nivå. Viktiga åtgärder för att hantera risken för oegentligheter och felaktiga bidragsutbetalningar är till exempel AI-granskning av avtal och automation för fakturamatchning för att upptäcka felaktigheter.

Danderyds sjukhus har genomfört en riskanalys av samtliga identifierade risker. Denna har resulterat i att 11 risker fått ett riskvärde på 8 (hög risk) eller högre. Till dessa finns både kontrollmoment och åtgärder kopplade och samtliga risker hanteras löpande.

Tillgänglighet till vård och hög beläggningsgrad

Tillgänglighet till vård är ett viktigt område för Danderyds sjukhus och riskerna är definierade som att sjukhuset inte når upp till målen att säkerställa att patienter får behandling i tid vilket också påverkar patientsäkerheten. Det finns en rad åtgärder för att minska riskerna. Åtgärderna handlar om effektiv operationsplanering, nya arbetssätt och rutiner för att effektivisera patientflödet från akuten, både in till rätt

vårdplats på sjukhuset men också för de patienter som skrivs ut för hemgång. Sjukhuset har vecko- och månadsvisa uppföljningar av samtliga tillgänglighetsmål och de handlingsplaner som tagits fram centralt och lokalt.

Beläggningen är fortsatt för hög på grund av ett högt inflöde av patienter. Utvecklingsarbetet inom akutprocessen är nu inriktat på flödesutjämnande åtgärder både inom akuten och inom slutenvården.

Personal

Brister vad gäller kompetensförsörjning framför allt avseende sjuksköterskor till 24/7 verksamheter är värderat med hög risk. Riskerna rör bland annat bemanningssvårigheter och hög personalomsättning. Aktivt arbete med åtgärder för att förbättra situationen pågår och arbetet med att reducera inhyrd personal och ersätta med egen personal har varit framgångsrikt. Sjukfrånvaron är ett annat högt värderat riskområde där det krävs fortsatt fokus på förbättringar av arbetsmiljön.

Ekonomi i balans

Risken att sjukhuset inte klarar att uppnå det ekonomiska resultatkrav som fastställts av fullmäktige är fortsatt hög. Det ekonomiska resultatet är minus 51 miljoner kronor år 2025 vilket är 76 miljoner kronor sämre än budget, budgetavvikelsen motsvarar 1,2 procent av sjukhusets omsättning. Den stora utmaningen är fortsatt att balansera ekonomiska krav på kostnadsminskningar med krav på bland annat förbättrad tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet.

Investeringar i eftersatta lokaler är fortsatt en utmaning då flera högt prioriterade investeringar i lokalanpassningar inte ryms inom budgeten.

Hållbarhet

Danderyds sjukhus arbete med att minska utsläpp av klimatpåverkande gaser och öka cirkulära flöden har många utmaningar. Generellt bedöms målarbetet medföra en ökad administration och kostnader. Hinder är de rådande målkonflikterna mellan perspektiven klimat, hygien, produktion, robusthet och ekonomi.

Katastrofberedskap

Sannolikheten att sjukhuset saknar förmåga att hantera extraordinära händelser är liten men konsekvensen är mycket allvarlig vilket gör att detta område bedöms hamna på hög nivå och behöver därför hanteras. Det försämrade säkerhetsläget i omvärlden har lett till ökat fokus på att uppdatera sårbarhets- och kontinuitetsplaner.

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.

Danderyds sjukhus fortsätter att utveckla och förbättra arbetet med den interna kontrollen. Inför varje verksamhetsår identifierar ledningen ett antal risker på en

sjukhusövergripande nivå. Dessa är främst kopplade till att sjukhuset inte når de mål och uppdrag som beslutats av regionfullmäktige samt andra viktiga områden som till exempel det försämrade säkerhetsläget i omvärlden. I den efterföljande riskanalysen är de risker som löpande ska hanteras eller kräver bevakning identifierade. Till dessa risker finns även kontrollmoment och/eller åtgärder kopplade, vilka också följs upp löpande. Syftet är att vara proaktiv och snabbt kunna reagera om åtgärderna inte har avsedd effekt. Arbetet görs inom respektive område och rapporteras till sjukhusdirektören för vidarebefordran till nämnden löpande och till Region Stockholm i samband med den tertialsvisa uppföljningen. Inför varje uppföljningstillfälle kommer en ny riskanalys att göras. Denna inkluderar även en identifiering av eventuellt tillkommande risker.

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.

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.

Intern kontrollen är en uppföljningspunkt på nämndmötena i enlighet med regionens årshjul där sjukhuset gör en rapportering av utvecklingen i enlighet med internkontrollplanen och eventuellt nya riskområden. Den interna uppföljningen inom Danderyds sjukhus består till stor del av löpande arbete med kontroller och åtgärder som identifierats i internkontrollplanen. Genomgång av det arbetet finns både regelbundet på ledningsgruppens agenda samt ingår som en del i verksamhetsuppföljningarna (VUF). Vidare uppföljning sker därefter via verksamheternas lokala ledningsgrupper.

Uppföljningen sker i ett regiongemensamt systemstöd. Den övergripande riskbedömningen följs upp av ledningsgrupp i samband med

verksamhetsuppföljningen, som också beslutar om eventuella åtgärder ska vidtas. Resultatet sammanställs, kommuniceras och rapporteras till regionledningskontoret och nämnden genom plan för intern kontroll.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

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

Danderyds sjukhus följer riktlinjen för intern kontroll (RS 2024-0510, RS 2022-0326). Uppföljning av risker och kontroller är en viktig del av arbetet med intern kontroll på Danderyds sjukhus och sjukhusets kvalitetsledningssystem syftar bland annat till att säkra efterlevnad av riktlinjer, lagar och krav. Uppföljningen sker löpande enligt ett mönster/frekvens som är relevant ur ett väsentlighetsperspektiv. Ju högre riskvärde desto mer djupgående kontroll och övervakning. En viktig del av den löpande kontrollen består till exempel av de kontrollmoment som finns definierade i riskanalysen, men också andra som är direkt inbyggda i både rutiner och IT-system. Syftet med kontrollerna är bland annat att säkerställa efterlevnad av riktlinjen för internkontroll. Regelbunden rapportering sker i sjukhusets ledningsgrupp för att kunna utvärdera såväl resultaten av kontrollerna som kontrollernas adekvans.

Akutsjukhusnämnden bedömer kontinuerligt den information som ledningen lämnar i samband med varje rapportering. Planen för intern kontroll ingår som en bilaga till delårs- och årsrapport. Arbetet innefattar bland annat att säkerställa att riktlinjen efterlevs.

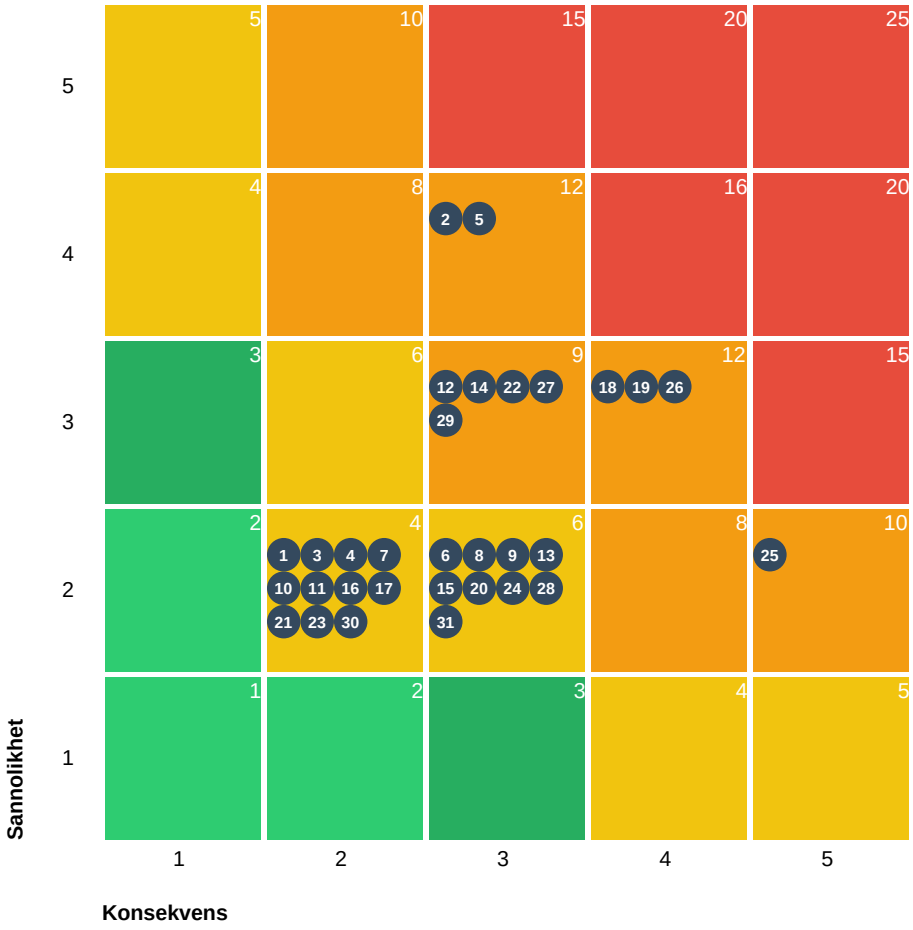
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

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.

Regionrevisorernas samlade bedömning av den interna kontrollen är att den är tillräcklig och sjukhuset.

Akutsjukhusnämnden Danderyds sjukhus hanterar löpande de eventuella rekommendationer som sjukhuset erhållit av regionrevisorerna.

3 Sammanställning av risker



11 Hög risk 20 Medelhög risk | Totalt: 31

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	136380	→	Systematiskt arbete mot oegentligheter och välfärdsbrott	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		2	12025	→	Resultatkrav +25 mkr uppnås ej	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		3	13253	→	Valutaexponering	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		4	13254	→	Förskottsbetalningar	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		5	92134	→	För lågt utrymme avseende hyresgästanpassningar och fastighetsinvesteringar	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		6	83225	→	Global leveransbrist	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		7	70808	→	Administrativa kostnader ska minska	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		8	83226	→	Prisökningar	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		9	111811	→	Direktupphandlingar utan stöd från inköp	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		10	136384	→	Säkerställa att attestanter är oberoende till kostnader de attesterar	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Region Stockholm är ekologiskt hållbar och klimatneutral till år 2035		11	13240	↗	Andelen ekologiska livsmedel i patientkost är lägre än målet, dvs under 40 % i vikt (kg)	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		12	92925	→	Åtgärder för att öka produkters och materials livslängd saknas	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander

Mål	Lokalt mål	Risk					Riskägare
		13		92926	→	Åtgärder för ökad materialåtervinning av produkt- och materialflöden saknas	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		14		92924	↘	Bristande arbete med konsumtionsbaserad klimatpåverkan	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		15		111506	→	Hållbarhetskrav relevant för upphandlingsobjektet ställs inte	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		16		137676	→	Bristande arbete med miljöpåverkan från läkemedelshantering	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Region Stockholm har en socialt hållbar utveckling		17		111111	→	Bristande systematiskt arbete med social hållbarhet	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Region Stockholm är en attraktiv och inlyssnande arbetsgivare		18		49663	→	Hög personalomsättning	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		19		70705	→	Kompetensförsörjning i 24/7-verksamheter	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		20		111053	→	Andel av personalkostnader som utgörs av egen personal i förhållande till inhyrd bemanning	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov		21		13231	→	Andel väntande till första besök inom 30 dagar hos specialist	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		22		13232	→	Andel väntande till behandling inom 90 dgr till specialist	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		23		13234	→	Förekomst av vårdrelaterade infektioner överstiger 4 %	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		24		29391	→	Antal utskrivningsklara dagar/vårdtillfälle >1,3 dagar	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		25		29316	→	Sjukhuset saknar förmåga att hantera	**Riskägare** Caroline

Mål	Lokalt mål	Risk				Riskägare
					extraordinära händelser	Hällsjö-Sander
		26		70806 →	Ledtider till akutmottagningen uppnår inte målen	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		27		111112 →	För hög beläggningsgrad	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
Region Stockholm är en hållbar arbetsgivare		28		13246 →	Hot och våld på arbetet minskar inte	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		29		13247 →	Andel sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid minskar inte	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		30		111054 →	Totalindex HME	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander
		31		111816 →	Risk för felaktig hantering av bisysslor	**Riskägare** Caroline Hällsjö-Sander