Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-0984

Primärvårdsnämnden

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 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.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbetsordning beskriver förvaltningens ledningsprocess och ansvarsfördelning mellan avdelningschefer, med vidare ansvarsfördelning till enhetschefer inom respektive avdelning. Arbetsordningen anger även vilka typer av styrande och stödjande dokument som finns samt hur dessa ska beslutas, förvaltas och följas upp. För varje dokument finns en utsedd ansvarig funktion som ansvarar för framtagande, implementering, uppföljning av efterlevnad, revidering, avslut samt kommunikation till berörda delar av förvaltningen.

Enligt Region Stockholms riktlinjer för intern kontroll ska chefer och medarbetare ha kännedom om beslutade styrande dokument. Respektive chef ansvarar för att planera och genomföra nödvändiga insatser för att säkerställa tillräcklig kunskap hos medarbetarna. Sådana insatser kan exempelvis bestå av gemensamma genomgångar och reflektioner vid enhetsmöten eller arbetsplatsträffar samt av att säkerställa genomförd utbildning via Lärtorget.

Förvaltningens riskhanteringsprocess omfattar kontinuerlig uppföljning och rapportering i förvaltningsledningen samt i nämnden. Uppföljningen följer den regionövergripande strukturen och sker i samband med tertial-, delårs- och årsuppföljning. Därutöver ansvarar förvaltningens ledningsgrupp för att löpande hålla varandra informerade om väsentliga händelser kopplade till identifierade eller tillkommande risker samt eventuella avvikelser i hanteringen.

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

Primärvårdsnämnden har sex risker i verksamhetsplanen för året, varav tre risker kvarstår från 2024.

Följande fyra risker bedömdes som hög risk:

- Risk att nämnden har en ej hållbar kostnadsutveckling
- Risk för felaktigheter i finansiell rapportering
- Risk för störningar i verksamhetskritiska IT-system

- Risk för informationssäkerhetsincidenter

Följande risk bedömdes som medelhög risk:

- Risker i samband med förändring av styrningen av regionägd vård

Följande risk bedömdes som låg risk:

- Risk för felaktiga bidragsutbetalningar

Några ytterligare risker utöver de beslutade riskerna i verksamhetsplan 2025 har inte tillkommit. Gällande *Risken för felaktigheter i finansiell rapportering* föreslogs i nämndens budgetunderlag för 2026 att det görs en förnyad riskanalys för området intern styrning och kontroll av utbetalningar inför 2026. Detta bland annat efter flertalet revisioner utförda av regionrevisorerna av specifika försystem inom ersättningskedjan.

Riskbedömning under året
Några förändringar skedde i riskbedömningen av riskerna vid delårsbokslutet jämfört med verksamhetsplan 2025.

Gällande *Risker i samband med förändring av styrningen av regionägd vård* gjordes bedömningen att denna risk har hanterats och endast behöver följas utan specifika kontroller och åtgärder under resten av året för att sedan avslutas.

Även gällande *Risk för felaktiga bidragsutbetalningar* gjordes bedömningen att den endast behöver följas utan specifika kontroller och åtgärder under resten av året då kontroller genomförts utan avvikelser samt att planerade åtgärder är genomförda med avsedd effekt.

För *Risk att nämnden har en ej hållbar kostnadsutveckling* bedömdes sannolikheten lägre jämfört med i verksamhetsplanen. Detta då utfall samt rapporterad prognos i samband med delårsbokslutet fortsatte att visa ett förväntat resultat i balans för primärvårdsnämnden.

För *Risk för störning i verksamhetskritiska IT-system och projekt på grund av oklara roller, samt brister i leverans från externa leverantörer* bedömdes konsekvensen något lägre jämfört med verksamhetsplanen.

I samband med rapporteringen vid helår kvarstår dessa bedömningar förutom att sannolikheten för "Risk att nämnden har en ej hållbar kostnadsutveckling" bedöms något lägre vilket medför att risken bedöms som låg i stället för som tidigare medelhög risk.

Inga avsteg från den interna kontrollen eller ansvarsförändringar har noterats.

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.

Det åligger respektive riskägare, som utgörs av avdelningschefer vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen, att säkerställa att relevanta kontroller och åtgärder finns på plats samt att dessa vid behov justeras under året. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp går samlat igenom föreslagna kontroller och åtgärder per risk i samband

med framtagandet av årets verksamhetsplan samt i samband med rapportering till nämnden enligt gällande anvisningar.

Utförda kontroller och åtgärder redovisas i bilaga till verksamhetsberättelsen.

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.

Intern kontroll och riskhantering kommuniceras löpande inom hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp samt till avdelningarnas verksamhetscontrollers som stödjer respektive avdelningsledning i arbetet med intern kontroll.

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.

I hälso- och sjukvårdsförvaltningens riskhanteringsprocess ingår en kontinuerlig uppföljning och rapportering i förvaltningsledningen där respektive avdelningschef ansvarar för att hålla övriga informerade om förändringar eller avvikelser. Uppföljning sker särskilt i samband med tertial-, delår och årsuppföljning. Riskägare rapporterar om nuvarande risknivå kvarstår samt information om de kontroller och åtgärder som genomförts sedan senaste rapportering för respektive risk. Vid behov genomförs justering av risknivån och en revidering av kontrollmoment görs för att säkerställa att dessa är tillräckliga för den nya risknivån. Resultatet sammanställs, kommuniceras och rapporteras till regionledningskontoret och nämnden genom plan för intern kontroll.

Vid väsentliga händelser eller avvikelser ska nämnden hållas informerad därutöver.

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.

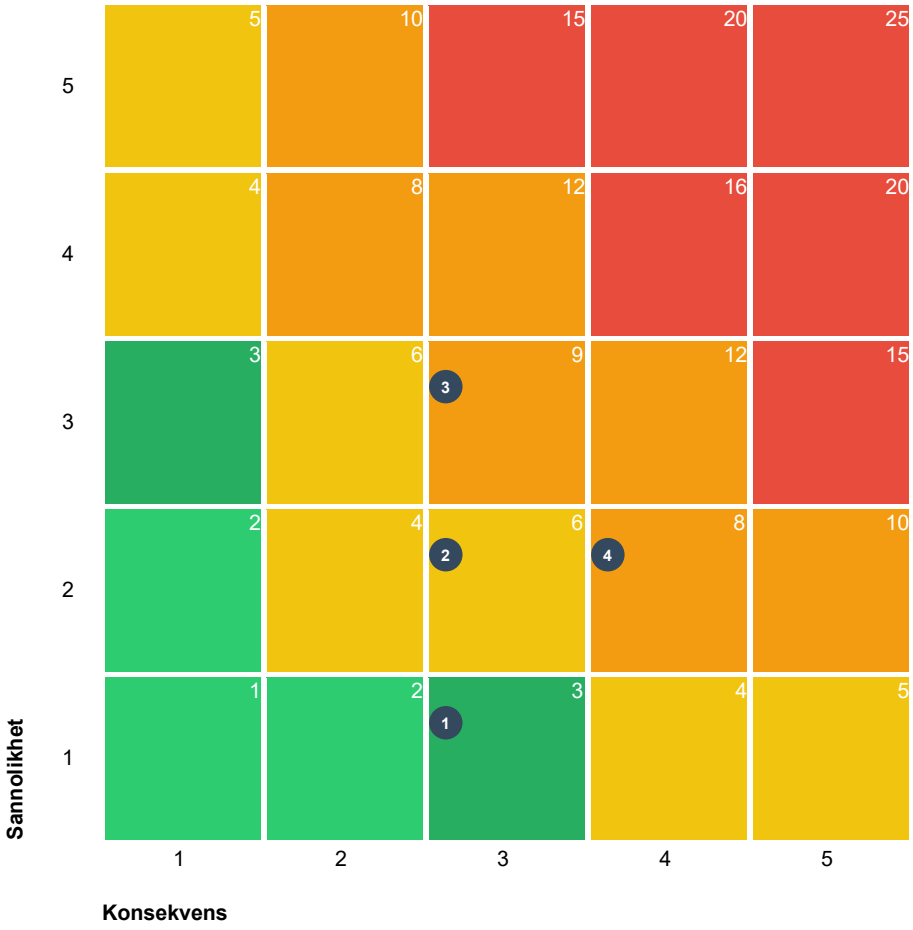
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

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.

Regionrevisorernas bedömningar beaktas i planering och uppföljning av den interna kontrollen. I samband med att planen för intern kontroll för kommande år tas fram görs en genomgång av revisorernas iakttagelser. Dessa används som underlag vid riskbedömning samt vid framtagande av relevanta kontroller och åtgärder.

I regionrevisorernas årsrapport över primärvårdsnämnden 2024 bedömdes att nämndens styrning och kontroll inte är helt tillräcklig. Bedömningen grundades på att nämnden inte fullt ut har säkerställt förutsättningar för omställningen till nära vård samt att styrning och ledning av arbetet med patientsäkerhet inte bedömdes som tillräcklig. När det gäller patientsäkerhet har nämndens övergripande ansvar inom ansvarsområdet förtydligats i reglemente från och med den 1 januari 2026. Avseende omställningen till nära vård följer nämnden arbetet kontinuerligt genom rapportering av uppdrag och indikatorer.

3 Sammanställning av risker



2 Hög risk 1 Medelhög risk 1 Låg risk | Totalt: 4

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		88700	↘	Risk att nämnden har en ej hållbar kostnadsutveckling	**Riskägare** Sara Pütsep
		2		134468	↘	Risk för fel i finansiell rapportering	**Riskägare** Sara Pütsep
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		3		88698	→	Risk för informationssäkerhetsincidenter	**Riskägare** Johan Bratt
		4		88382	→	Risk för störning i verksamhetskritiska IT-system och projekt på grund av oklara roller, samt brister i leverans från externa leverantörer	**Riskägare** Caroline Hagberg