Region Stockholm

Diarienummer
RS2025-1039

Akutsjukhusnämnden/S:t Eriks Ögonsjukhus

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....4
2.4 Information och kommunikation....5
2.5 Övervakning och uppföljning....5
2.5.1 Uppföljning....5
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll....5
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser....5

3 Sammanställning av risker....7

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.

Med utgångspunkt från verksamhetsplanen gör ledningsgruppens arbetsgrupp årligen en risk- och väsentlighetsanalys för att tydliggöra vilka risker som finns i verksamheten som kan inverka på förvaltningens möjlighet att uppnå uppsatta mål. Riskerna dokumenteras och redovisas för nämnden. Löpande rapportering sker månadsvis från respektive verksamhetschef till förvaltningschef, vid så kallade verksamhetsuppföljningsmöten.

Den interna strukturen kommer att vara oförändrad 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

De risker som sjukhuset identifierat berör i huvudsak vårdleverans. Övergången från LOV till LOU inom vårdval ögon har lett till ett ökat söktryck på sjukhusets ögonakutmottagning i takt med att de tidigare vårdvalsaktörerna stänger ner sina verksamheter. Det ökade söktrycket leder i sin tur till försämrad tillgänglighet. Sjukhuset för dialog med de blivande vårdvalsaktörerna och de avgående via HsF i syfte att dämpa de negativa effekterna.
Överdiagnostisering är ett annat område som sjukhuset arbetar aktivt med för att dämpa genom införande av kloka kliniska val.

Risk för oegentligheter och välfärdsbrott ingår i sjukhusets internkontrollplan men sannolikheten för negativt utfall bedöms ha låg sannolikhet med anledning av väl implementerade rutiner och kontrollmoment.

Nya risker

- Inga

Borttagna risker

- Inga

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.

Samtliga identifierade åtgärder och tillhörande kontroller genomförs enligt plan och korrigeras

löpande under året.

Arbetssätt, rutiner och kontrollmoment för att motverka risk för oegentligheter och välfärdsbrott finns på plats.

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.

Internt kommuniceras väsentlig information till verksamhetsledningarna i samband med verksamheternas ledningsgruppsmöten. Respektive verksamhetschef kommunicerar vidare i linjen. Externt sker kommunikation i olika forum så som avstämningsmöten med avdelningen för styrning och ekonomi, funktionsbaserade nätverk inom Region Stockholm och diverse rapporter.

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.

Med utgångspunkt från verksamhetsplanen gör ledningsgruppens arbetsgrupp årligen en risk- och väsentlighetsanalys för att tydliggöra vilka risker som finns i verksamheten som kan inverka på bolagets möjlighet att uppnå uppsatta mål. Riskerna dokumenteras och redovisas för nämnden. Löpande rapportering sker månadsvis från respektive verksamhetschef till sjukhusdirektören vid så kallade verksamhetsuppföljningsmöten.

2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll

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

Sjukhusdirektören ansvarar för att riktlinjer och anvisningar i enlighet med Region Stockholms policy för internkontroll utformas och hålls uppdaterade i syfte att upprätthålla en god internkontroll. Riktlinje och anvisningar är antagna av styrelsen. Sjukhusdirektören rapporterar löpande till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar.

Inga avsteg från riktlinjen har noterats under perioden.

2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

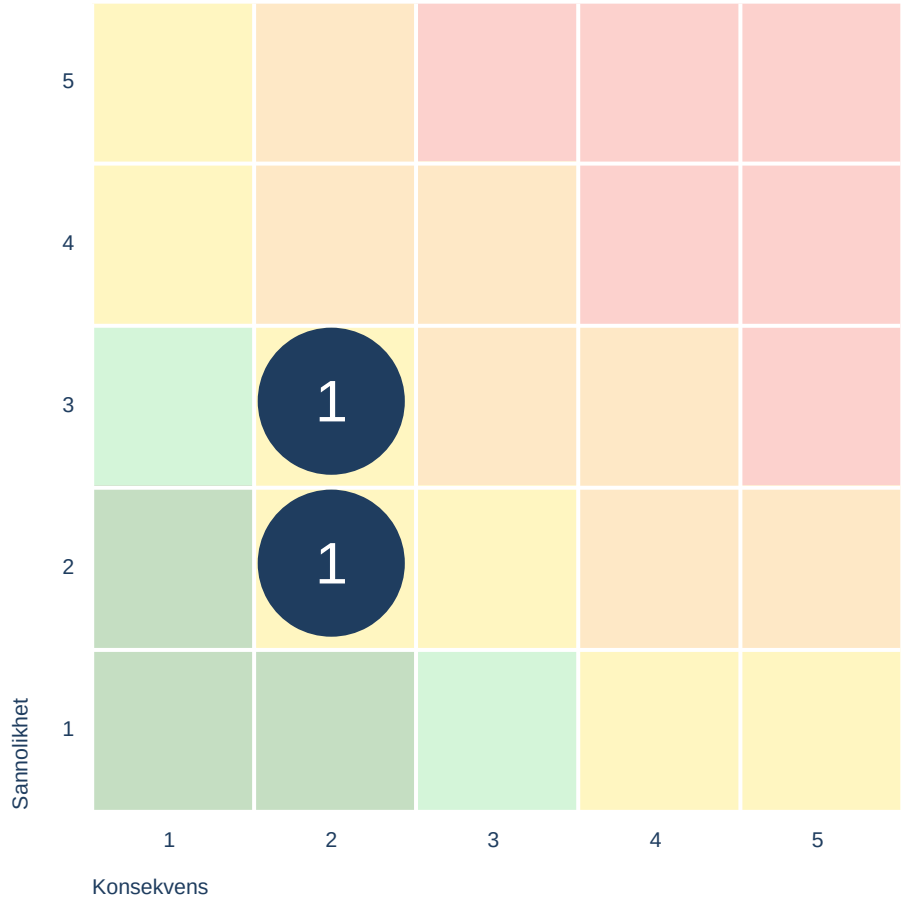
Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd/styrelse samt i den

löpande rapporteringen till regionledningskontoret. Förvaltningschef/VD ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår.

Ledningsgruppen följer upp identifierade risker och brister med hjälp av verktyget Stödet. Avrapportering sker till styrelsen i enlighet med lokal riktlinje och kommer framöver att ske till nämnden.

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

3 Sammanställning av risker



Mycket hög risk	
Hög risk	
Medelhög risk	2 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
Tillgänglig hälso- och sjukvård på rätt nivå utifrån patientens behov		184698	→	Förändrade förutsättningar	**Riskägare** Sten Kjellström
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		137470	→	Överdiagnostisering och övervård	**Riskägare** Sten Kjellström