Region Stockholm

Diarienummer
RS2025-1039

Primärvårdsnämnden

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 5
2.4 Information och kommunikation 5
2.5 Övervakning och uppföljning 5
2.5.1 Uppföljning 6
2.5.2 Efterlevnad av riktlinje för intern kontroll 6
2.5.3 Hantering av brister och avvikelser 6

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 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 Kompetenstorget.

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 tre risker i verksamhetsplanen för 2026, varav 2 kvarstår sedan föregående år. Den nya risken är obligatorisk, beslutad av regionfullmäktige. Alla dessa bedömdes som hög risk:

- Risk för oegentligheter och välfärdsbrott (obligatorisk, ny 2026)

- Risk för störningar i verksamhetskritiska it-system på grund av oklara roller
- Risk för informationssäkerhetsincidenter

Några ytterligare risker utöver de beslutade riskerna i verksamhetsplan 2026 har inte tillkommit under perioden.

Riskbedömning vid delårsrapporteringen
En ändring i riskbedömning har gjorts jämfört med tertialbokslutet och verksamhetsplanen. Konsekvensen för *Risk för störning i verksamhetskritiska it-system på grund av oklara roller* bedöms som ett steg lägre. Genom genomförda åtgärder minskar konsekvensen av en inträffad incident genom tidig upptäckt och etablerade rutiner för hantering. Detta gör att risken bedöms som medelhög istället för hög.

Detta gör att riskerna vid delårsrapporteringen fördelar sig enligt följande.

Hög risk:

- Risk för oegentligheter och välfärdsbrott (obligatorisk)
- Risk för informationssäkerhetsincidenter

Medelhög risk:

- Risk för störningar i verksamhetskritiska it-system på grund av oklara roller

Under perioden har inga avsteg från den interna kontrollen eller ansvarsförändringar 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 redovisas i bilaga till delårsbokslutet.

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 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 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 genom rapportering från respektive riskägare. Resultatet sammanställs, kommuniceras och rapporteras till nämnden och regionledningskontoret 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 samt i den löpande rapporteringen till regionledningskontoret. Förvaltningschef ska omedelbart agera om misstanke om brott uppstår.

Regionrevisorernas bedömning tas med in i planering och uppföljning av intern kontroll. I samband med att plan för intern kontroll för kommande år tas fram görs en genomgång av revisorernas iakttagelser som ett underlag vid bedömning av risker samt framtagande av relevanta kontroller och/eller åtgärder.

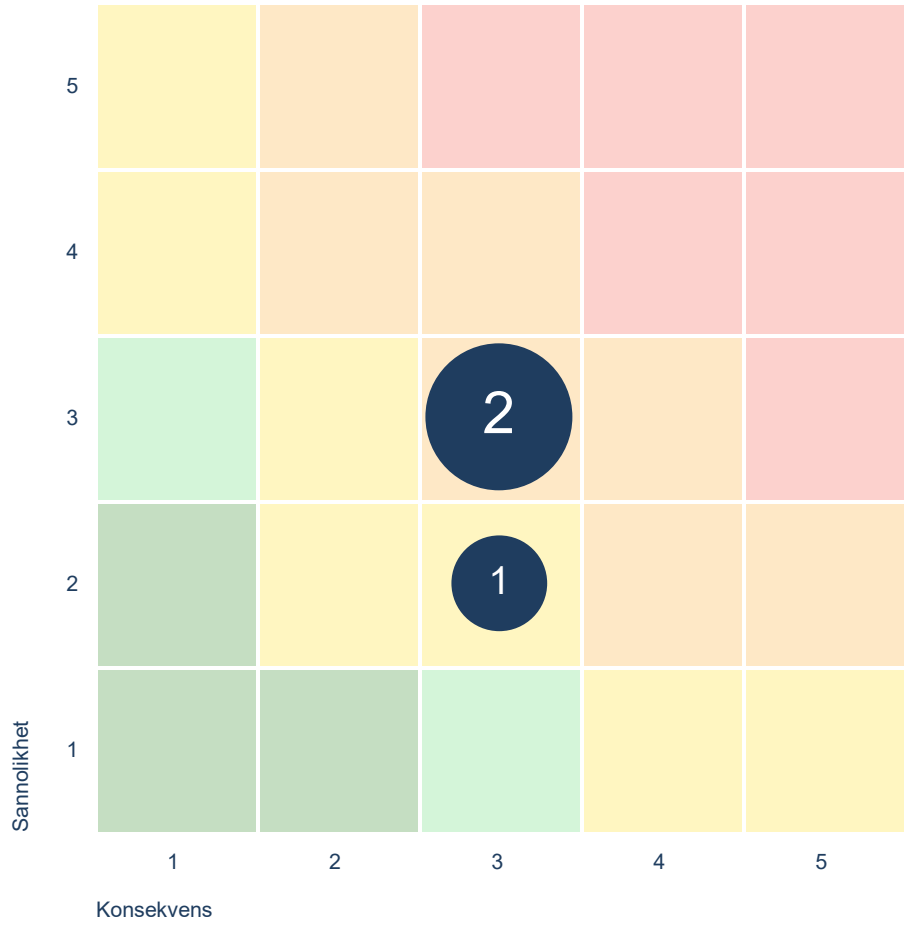
I regionrevisorernas årsrapport över primärvårdsnämnden 2025 bedömdes nämndens styrning och kontroll av utbetalningar som inte helt tillräcklig. Detta med anledning av flera granskningar. En av dessa gäller hantering och redovisning av köpt vård som faktureras genom vårdfaktura. I hälso- och sjukvårdsnämndens plan för intern kontroll 2026 finns Risk för brister i hantering och redovisning av utbetalningar med och följs upp med kontroller och åtgärder. Risken fokuserar på de försystem som genererar underlag eller filer som läses in i ekonomisystemet. Risken följs för hälso-

och sjukvårdsnämnden för att det är från denna nämnd som utbetalningarna sker tekniskt och därefter belastar primärvårdsnämnden genom vidarefakturering från hälso- och sjukvårdsnämnden. Förvaltningen tar med revisorernas iakttagelser i årsrapporten in i detta arbete. Förvaltningen har därutöver inlett en insats för att åtgärda rekommendationen om att ta fram och implementera en rutin för hur känsliga uppgifter ska hanteras på leverantörsfakturor.

Revisorerna gör vidare bedömningen att nämnden inte säkerställt en tillräcklig intern kontroll i hantering och redovisning av vidareförmedlade statsbidrag. Förvaltningen har sedan tidigare identifierat att det finns behov att förbättra den interna kontrollen inom området. Arbete pågår med en samlad rutin för att bland åstadkomma det som revisorerna rekommenderar om att säkerställa att det endast är bidragsgivarens villkor som styr vid vidareförmedling av statsbidrag samt att det ställs krav på de som erhåller vidareförmedlade bidrag att de ska återrapportera om och hur bidragen använts.

Förvaltningen rapporterar på regionrevisorernas rekommendationer i slutet av året. Förvaltningen har därutöver en intern uppföljning på dessa vid delår som presenteras för förvaltningsledningen för att säkerställa att rätt åtgärder vidtas.

3 Sammanställning av risker



Mycket hög risk	
Hög risk	2 st
Medelhög risk	1 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		16836 7 →	Risk för oegentligheter och välfärdsbrott	**Riskägare** Sara Pütsep
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		88698 →	Risk för informationssäkerhetsincidenter	**Riskägare** Martin Andersson

Mål	Lokalt mål		Risk	Riskägare
		88382	Risk för störning i verksamhetskritiska it-system på grund av oklara roller	**Riskägare** Caroline Hagberg