Region Stockholm

Diarienummer
RS 2025-0984

Akutsjukhusnämnden/S:t Eriks Ögonsjukhus

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 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 i december/januari 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 i nämnden. Löpande rapportering sker månadsvis från respektive verksamhetschef till förvaltningschefen.

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 mest väsentliga riskerna för sjukhuset är kopplade till kompetensförsörjning och vårdleverans. Det finns ett starkt samband mellan dessa två riskområden som hanteras löpande genom verksamhetsuppföljning och avstämningar i ledningsgruppen. Trenden för båda dessa riskområden är positiv men sjukhuset fortsätter att följa handlingsplanen i syfte att minimera riskerna ytterligare.

Riskområdena felaktiga externa betalningar och risk för felaktigheter i den finansiella rapporteringen har analyserats och värderats i ledningsgruppens riskbedömning. Vi har gjort bedömningen att vi inte behöver vidta särskilda åtgärder utöver de kontrollmoment som redan finns på plats.

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 felaktiga

bidragsutbetalningar och risk för fel i finansiell rapportering 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.

Sjukhusets identifierade risker dokumenteras och redovisas och följs upp i nämnden enligt den plan som nämnden beslutat.

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 är ytterst ansvarig för att riktlinjer och anvisningar finns framtagna i enlighet med Region Stockholms policy för internkontroll och hålls uppdaterade i syfte att upprätthålla en god internkontroll. Respektive chef ansvarar i enlighet med delegation för efterlevnad, uppföljning och kontroll. Sjukhusdirektören rapporterar löpande till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar.

Inga väsentliga avvikelser har noterats under det gånga året.

2.5.3 Hantering av brister och avvikelser

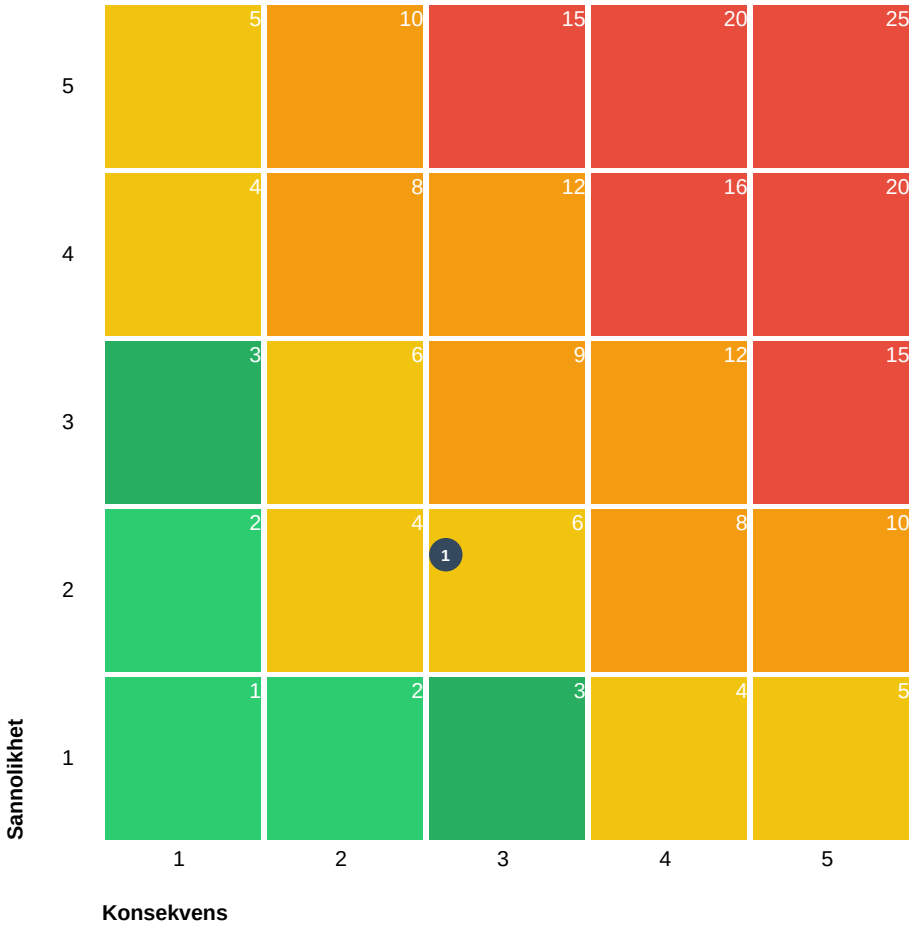
Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till nämnd/styrelse samt i

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. Sjukhuset har lyckats minska riskvärdet för samtliga tidigare identifierade risker vilket är en indikation på att vårt arbete med intern kontroll är tillräckligt. Avrapportering sker till nämnden i enlighet med lokal riktlinje.

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

3 Sammanställning av risker



1 Medelhög risk | Totalt: 1

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
Vården är säker, effektiv och har god kvalitet		1	13747 0	↘	Överdiagnostisering och övervård	**Riskägare** Sten Kjellström