

Regionens revisorer

Pia Holm  
Kommunal revisor  
Tfn: 063-14 75 29

Hälso- och sjukvårdsnämnden

## Granskning av intern kontroll

På vårt uppdrag har revisionskontoret genomfört en granskning av intern kontroll.

Granskningens syfte har varit att ta reda på om regionstyrelsen och nämnderna har ändamålsenliga strukturer och effektiva processer och arbetar med intern kontroll på ett tillfredsställande sätt.

Vår samlade bedömning är att regionstyrelsen och nämnderna har en grundläggande struktur med reglemente, riktlinjer och systemstöd som möjliggör intern kontroll men den är inte fullt integrerad i löpande styrning och verksamhet. Processen är etablerad och det politiska riskarbetet sker i internkontrollplaner som följs upp. Det finns dock en otydlighet vad gäller vem som ska uppdatera riktlinjen för intern styrning och kontroll. Risk- och väsentlighetsanalys genomförs men omfattningen är begränsad. Innehållet i beslutsunderlagen till styrelse och nämnder varierar. Det finns även svårigheter att bedöma risker samt åtgärders effekt och nämndernas helårsbedömning enligt reglementet har inte genomförts.


Vi rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att

- Integrera intern kontroll i löpande styrning för att undvika separata spår.
- Genomföra en helårsbedömning enligt reglementet och rapportera till regionstyrelsen.
- Öka politikens involvering i riskhantering och internkontrollplan.

Vi emotser senast den 2 april 2026 en redovisning av vilka åtgärder som hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit eller planerar att vidta, samt tidplan, med anledning av granskningsresultatet.

### För Region Jämtland Härjedalens revisorer

  
Jan Rönngren  
Ordförande

  
Viveca Asproth  
Vice ordförande

2025-12-17

Regionens revisorer

### **Bilaga**

Revisionsrapport – Granskning av intern kontroll dnr: REV/19/2025

Rapportsammandrag – Granskning av intern kontroll dnr: REV/19/2025

### **Kopia till**

Regionstyrelsen

Regionala utvecklingsnämnden

Regiondirektör

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Närstöd till hälso- och sjukvårdsdirektören

Kvalitetsstrateg



REVISIONSRAPPORT  
**GRANSKNING AV**  
**Intern kontroll**

**Revisionskontoret**  
Pia Holm  
Kommunal revisor  
Dnr: REV/19/2025

## *Innehållsförteckning*

1	SAMMANFATTNING .....	3
2	INLEDNING/BAKGRUND.....	4
3	SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING.....	4
4	REVISIONSKRITERIER.....	5
5	ANSVARIG STYRELSE/NÄMND.....	5
6	METOD .....	5
7	RESULTAT AV GRANSKNINGEN .....	5
7.1	STYRDOKUMENT.....	5
7.2	RISK- OCH VÄSENTLIGHETSANALYS SAMT INTERNKONTROLLPLAN .....	8
7.3	UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING SAMT ÅTERRAPPORTERING.....	10
7.4	ÅTGÄRDER UTIFRÅN ÅTERRAPPORTERADE BRISTER .....	14
7.5	SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER .....	14
7.5.1	Svar på revisionsfrågorna.....	15
8	KVALITETSSÄKRING .....	16
9	UNDERTECKNANDE.....	16

## 1 SAMMANFATTNING

---

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna har revisionskontoret genomfört en granskning av intern kontroll. Granskningens syfte har varit att ta reda på om regionstyrelsen och nämnderna har ändamålsenliga strukturer och effektiva processer och arbetar med intern kontroll på ett tillfredsställande sätt. Granskningen har avgränsats till regionstyrelsens, hälso- och sjukvårdsnämndens samt regionala utvecklingsnämndens arbete med intern kontroll.

Vår samlade bedömning är att regionstyrelsen och nämnderna har en grundläggande struktur med reglemente, riktlinjer och systemstöd som möjliggör intern kontroll men den är inte fullt integrerad i löpande styrning och verksamhet. Processen är etablerad och det politiska riskarbetet sker i internkontrollplaner som följs upp. Det finns dock en otydlighet vad gäller vem som ska uppdatera riktlinjen för intern styrning och kontroll. Risk- och väsentlighetsanalys genomförs men omfattningen är begränsad. Innehållet i beslutsunderlagen till styrelse och nämnder varierar. Det finns även svårigheter att bedöma risker samt åtgärders effekt och nämndernas helårsbedömning enligt reglementet har inte genomförts.

### ***Vi rekommenderar följande till regionstyrelsen:***

- Klargör vilken funktion som har den operativa uppgiften att säkerställa att riktlinje för intern styrning och kontroll är ändamålsenlig och aktuell.
- Förbättra systemstödet för uppföljning och rapportering av internkontrollplan.
- Samordna riskarbetet till ett sammanhållet arbetsätt i stället för tre separata delar.

### ***Vi rekommenderar följande till regionstyrelsen och nämnderna:***

- Integrera intern kontroll i löpande styrning för att undvika separata spår.
- Genomför en helårsbedömning enligt reglementet och rapportera till regionstyrelsen.
- Öka politikens involvering i riskhantering och internkontrollplan.

## 2 INLEDNING/BAKGRUND

---

Regionstyrelsen och nämnderna ska enligt kommunallagen se till att den interna kontrollen är tillräcklig. De ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med fullmäktiges mål och riktlinjer samt enligt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten.

Brister i den interna kontrollen ökar risken för ineffektiva processer och försämrad vårdkvalitet. Det kan också leda till ekonomiska förluster och ett ineffektivt användande av resurser samt medföra en ökad risk för bedrägerier och oegentligheter.

Enligt regionens reglemente för intern kontroll ska regionstyrelsen och nämnderna utifrån sina uppdrag identifiera och hantera de mest väsentliga riskerna som skulle kunna förhindra att målen uppnås.

I den årliga granskningen av styrelsen och nämnderna granskas den interna kontrollen översiktligt. Med utgångspunkt i regionens ekonomiska situation har regionens revisorer mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det som angeläget att granska om regionstyrelsens och nämndernas arbete med intern kontroll är tillfredsställande.

## 3 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

---

### Syfte

Granskningens syfte har varit att ta reda på om regionstyrelsen och nämnderna har ändamålsenliga strukturer och effektiva processer och arbetar med intern kontroll på ett tillfredsställande sätt.

### Revisionsfrågor

Granskningen besvarar följande revisionsfrågor:

- Finns ändamålsenliga styrdokument för intern kontroll?
- Har regionstyrelsen och nämnderna genomfört och dokumenterat risk- och väsentlighetsanalyser för sina verksamheter?
- Har regionstyrelsen och nämnderna upprättat internkontrollplaner med åtgärder som baseras på en genomförd risk- och väsentlighetsanalys?
- Följs åtgärderna upp och utvärderas?
- Får regionstyrelsen och nämnderna löpande återrapportering om uppföljning och utvärdering av åtgärder?
- Beslutar regionstyrelsen och nämnderna om åtgärder utifrån återrapporterade brister?

### Avgränsning

Granskningen har avgränsats till regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt regionala utvecklingsnämndens arbete med intern kontroll.

## 4 REVISIONSKRITERIER

---

Vår bedömning har utgått från:

- Kommunallagen (2017:725) 6 kap. 1 och 6 §§
- Reglemente för intern kontroll och styrning (RS/598/2018)
- Styrmodell för Region Jämtland Härjedalen (RS/342/2022)

## 5 ANSVARIG STYRELSE/NÄMND

---

Ansvarig styrelse/nämnd är regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt regionala utvecklingsnämnden.

## 6 METOD

---

Granskningen har utförts genom inhämtning och granskning av relevanta dokument och intervjuer med berörda tjänstepersoner och förtroendevalda.

Substansgranskning har utförts för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

Följande roller och befattningar har intervjuats;

Ordförande regionstyrelsen  
Ordförande hälso- och sjukvårdsnämnden  
Ordförande regionala utvecklingsnämnden  
Närstöd till direktören för ledningsstöd och service  
Närstöd till hälso- och sjukvårdsdirektör  
Närstöd till regionala utvecklingsdirektör  
Avdelningschef samordningskansliet  
Controller förvaltningsområde regional utveckling  
Kvalitetsstrateg

## 7 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

---

### 7.1 STYRDOKUMENT

*Revisionsfråga: Finns ändamålsenliga styrdokument för intern kontroll?*

#### **Reglemente för intern kontroll och styrning<sup>1</sup>**

Reglementet för intern kontroll och styrning utgår från kommunallagen och COSO-ramverket<sup>2</sup>. I reglementet anges regionstyrelsens och nämndernas ansvar och roller för processen. Regionstyrelsen ansvarar för att besluta om hur reglementet ska tillämpas i form av riktlinjer och har genom sin uppsiktsplikt ett ansvar att följa upp nämndernas arbete med intern kontroll. Regionstyrelsen ansvarar även för att kontrollera/utvärdera att den interna kontrollen är tillräcklig och ska delge regionfullmäktige sin bedömning i samband med årsre-

---

<sup>1</sup> RS/598/2018. Beslutad av regionfullmäktige 2018-06-20 §99

<sup>2</sup> En standard för intern kontroll och riskhantering

dovisningen. Regionstyrelsen och nämnderna ansvarar för intern kontroll inom sina respektive verksamhetsområden och ska fastställa internkontrollplaner inom sina ansvarsområden. Internkontrollplanen ska utgå från en riskanalys.

Reglementet och riktlinjen för intern styrning och kontroll ska utgöra ramen och utgångspunkten för arbetet med intern kontroll. Det ska finnas en röd tråd mellan regionstyrelsens, nämndernas och verksamhetsledningarnas planering, samordning, uppföljning och kontroll. Intern styrning och kontroll inom Region Jämtland Härjedalen syftar till att säkerställa en ändamålsenlig verksamhet.

Reglementet anger även att regiondirektör och förvaltningschef ansvarar för den interna kontrollen inför styrelse/nämnd.

### Riktlinje för intern styrning och kontroll<sup>3</sup>

Riktlinjen för intern styrning och kontroll gäller samtliga nämnder, förvaltningar och verksamheter och ska vara en integrerad del i regionens ledningsprocess. Enligt riktlinjen sker arbetet i internkontrollprocessen i två spår, intern styrning respektive intern kontroll. Processen består av momenten identifiera och värdera, ta fram och besluta, genomföra samt följa upp och utvärdera. Regiondirektören ansvarar för att riktlinjen är aktuell och vid behov revideras.

Regiondirektören, chefer för förvaltningsområden och regionstabschef ansvarar för att genomföra en riskanalys för att identifiera risker som kan leda till att krav<sup>4</sup> inte uppfylls samt fatta beslut om hantering av risker. Riskerna värderas genom en bedömning utifrån hur allvarlig konsekvensen av en händelse skulle vara för intressenter och/eller regionen själv samt sannolikheten för att en händelse inträffar. Riskbedömningarna ska göras i en riskmatris och verksamheten prioriterar utifrån bedömningen vilka risker som ska hanteras kommande år samt hur riskerna ska hanteras vad gäller behålla, begränsa eller eliminera.

Nämnder och förvaltningar ska årligen besluta om internkontrollplaner inom sina respektive ansvarsområden. Verksamheten ansvarar för att ta fram åtgärder som förebygger att riskerna inträffar och/eller minskar allvarlighetsgraden av konsekvenserna om riskerna inträffar. Åtgärderna ska arbetas fram som en del av planeringen och genomförs under verksamhetsåret. Om verksamhetens förutsättningar eller omständigheter förändras i betydande omfattning ska åtgärder vid behov omprövas under verksamhetsåret.

Förvaltningsområdeschefer ansvarar för att uppföljning och utvärdering av åtgärder sker under verksamhetsåret och syftar till att bedöma om åtgärderna bidragit till önskad effekt. Resultatet ska rapporteras två gånger per år till nämnderna som ska rapportera till regionstyrelsen. Om rapporteringen visar avvikelser ska regionstyrelsen och nämnderna ge uppdrag eller lämna anvisningar till förvaltningarna.

Dokumentation ska göras av respektive förvaltning i riskanalys och internkontrollplan och är underlag för förvaltningschefernas, nämndernas och regionstyrelsens bedömning av om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Inför regionstyrelsens utlåtande till regionfullmäktige ska respektive nämnd bedöma om den interna kontrollen är tillräcklig i enlighet med reglementet. Bedömningen ska ske vid helår och dokumenteras i uppföljningsrapporten. I bedömningen ingår att bedöma processens ändamålsenlighet och hur tillämpningen har fungerat samt vid behov föreslå förbätt-

<sup>3</sup> RS/598/2018. Beslutad av regionstyrelsen 2018-08-28 §198

<sup>4</sup> a) Att verksamheten fullgör sina föreskrivna uppgifter samt uppnår beslutade mål och uppdrag. b) Att verksamheten bedrivs inom tilldelade ekonomiska ramar. c) Att verksamheten följer de styrande dokument som Region Jämtland Härjedalen har beslutat om samt lagar, förordningar, föreskrifter och avtal som gäller för verksamheten.

ringsåtgärder. Respektive förvaltningsområdeschef ansvarar för att rapportera bedömningen till nämnden och regiondirektören som har rapportskyldighet till regionstyrelsen. I riktlinjen framgår även att regionstyrelsen ska beskriva eventuella brister i den interna kontrollen i sitt utlåtande till regionfullmäktige.

### **Styrmodell för Region Jämtland Härjedalen<sup>5</sup>**

Styrmodellen beskriver villkoren för hur organisationen ska ledas, planeras och följas upp. Av styrmodellen framgår att en god intern kontroll ska bidra till en ändamålsenlig och lag-enlig verksamhet som bedrivs effektivt och säker. Det framgår även att rutiner för gemensamma arbetssätt ska vara enhetliga och tydliga och att beslut ska efterlevas och följas upp.

### **Stödande dokument**

Enligt intranätet Insidan hanteras risker uppdelat på politiskt riskarbete, strategiska risker och verksamhetsrisker. Politiskt riskarbete hanteras i internkontrollplanen. Det framgår även information om ansvar för dokumentation, bedömning av om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig, rapportering till nämnd och regiondirektör samt hänvisningar till reglemente och riktlinjer för intern styrning och kontroll.

Information för hantering av internkontrollplan finns även i systemstödet Stratsys modul verksamhetsplanering.

#### Process internkontrollplan

Region Jämtland Härjedalen har upprättat en process som stöd för arbetet med internkontrollplan. Processkartan finns tillgänglig på intranätet som en del av det politiska riskarbetet. Av processen framgår de aktiviteter som processen innefattar från nämndens/styrelsens plan till beslut av internkontrollplan. Aktiviteterna är riskbedöma uppdrag, sätta åtgärder på risker, överlämna internkontrollplan till politisk beredning, genomföra åtgärder samt följa upp och vid behov revidera internkontrollplan. Vidare framgår vilka roller och befattningar som ansvarar för respektive aktivitet samt att IT-stödet är Stratsys.

### **Information från intervjuer**

Riskarbetet är idag uppdelat i tre separata delar; politiskt riskarbete, strategiska risker och verksamhetsrisker, för att underlätta förståelsen. Enligt kvalitetsstrategen är målsättningen att integrera delarna till ett sammanhållet arbetssätt. Om de tre delarna sammanförs kan verksamhetsrisker lyftas via ledningens genomgång<sup>6</sup> till strategiska risker, som hanteras av regionledningen, till det politiska riskarbetet.

Internkontrollplanen är kopplad till verksamhetsplanen men enligt intervjuer är intern kontroll och riskhantering endast delvis integrerad i löpande styrning vilket innebär att arbetet riskerar att ske i ett separat spår. Det krävs, enligt avdelningschefen för samordningskansliet, ett mer aktivt arbete i ledningsgrupper och en tydlighet vad gäller roller och ansvar för riskhantering.

När det gäller styrdokument ansvarar enheten sekretariatet för att ta fram och uppdatera dessa. Riktlinjen för intern styrning och kontroll ska ses över men det är inte klart av vem eller var i organisationen det ska ske, enligt avdelningschefen. Enligt avdelningschefen initierades ett uppdrag till regiondirektören våren 2025, att se över organisationen för hot och säkerhet samt risker. Det tillsattes bland annat en arbetsgrupp som skulle arbeta med ett projektdirektiv men arbetet avbröts. Ett utvecklingsarbete avseende integrering av intern kontroll och riskhantering i löpande styrning och verksamhet skulle vara en del av översy-

<sup>5</sup> RS/342/2022. Beslutad av regionfullmäktige 2023-06-21 §72

<sup>6</sup> Ledningens genomgång är ett sätt att följa upp mål och planer för att dra lärdom från resultat och aktiviteter.

nen. Det har även identifierats utvecklingsmöjligheter inom olika områden vad gäller riskhantering kopplat till patientsäkerhet, arbetsmiljö, miljö, informationsäkerhet samt övergripande säkerhet och hot.

Systemstödet Stratsys uppges fungera väl för dokumentation av styrelsens och nämndernas internkontrollplaner men är inte fullt utvecklat ännu. Exempelvis saknas stöd för att skapa en rapport för uppföljning av internkontrollplan vilket medför manuell hantering. Utvecklingsarbete pågår för att förbättra funktioner och anpassa systemet till verksamhetens behov, till exempel arbetas det med internkontrollplanens utseende och vad som ska vidare till nämnden. Det arbetas även med hur risker kan lyftas från verksamheten. Trots reglemente och riktlinjer uppges det vara svårt att definiera vad som ska finnas med i internkontrollplanen och det finns ett behov av riktlinjer med kriterier för bedömning av riskers allvarlighetsgrad och sannolikhet.

### **Bedömning**

Vi bedömer att det finns delvis ändamålsenliga styrdokument för intern kontroll.

Regionstyrelsen har utifrån reglementet om intern kontroll och styrning beslutat om en riktlinje för tillämpning av reglementet. Reglemente och riktlinjer utgår från kommunallagen och COSO-ramverket. Det finns även stödande dokument i form av en processkarta för politiskt riskarbete samt information på intranätet och i systemstödet Stratsys. Dokumenten och informationen är tydliga men tillämpningen är delvis bristfällig och det finns en otydlighet kring vem som ska uppdatera riktlinjen. Det saknas även en struktur för hur risker ska samlas upp från verksamheten och det finns behov av tydliga kriterier för riskbedömning.

## **7.2 RISK- OCH VÄSENTLIGHETSANALYS SAMT INTERNKONTROLLPLAN**

*Revisionsfråga: Har regionstyrelsen och nämnderna genomfört och dokumenterat risk- och väsentlighetsanalyser för sina verksamheter?*

*Revisionsfråga: Har regionstyrelsen och nämnderna upprättat internkontrollplaner med åtgärder som baseras på en genomförd risk- och väsentlighetsanalys?*

I det politiska riskarbetet riskbedöms mål och uppdrag. Enligt information i Stratsys ska riskbedömningen även omfatta kortsiktiga nyckeltal beroende på deras innehåll. Enligt intervjuer riskbedöms inte nyckeltalen vilket innebär att vissa risker riskerar att förbises. Det pågår en diskussion om en mer heltäckande internkontrollplan där även delar och perspektiv från verksamheten lyfts in och som även hanterar exempelvis finansiella och juridiska risker samt varumärkesrisker. Enligt ordförande för regionala utvecklingsnämnden borde lag- och förordningsstyrda krav i vissa fall vara en central utgångspunkt i riskanalysen men dessa inkluderas inte alltid, vilket främst beror på ambitionsnivå och tillgång till resurser. Ordförande för hälso- och sjukvårdsnämnden anser att det finns så mycket mer att riskbedöma än uppdragen men det är en prioriteringsfråga vad som är möjligt att hantera. Regionstyrelsens ordförande framhåller en utmaning när det gäller styrning och riskhantering; att uppfylla lagar och regelverk och samtidigt hantera en ekonomisk situation där tillgängliga resurser inte är tillräckliga för att möta verksamhetens behov.

För regionstyrelsen bedömer ansvariga för uppdragen risken att inte kunna genomföra dessa under året. Därefter granskar närstödet tillsammans med direktören för ledningsstöd och service bedömningarna och prioriterar uppdragen med störst risk. Ansvariga tar sedan fram förebyggande åtgärder för de högsta riskerna. Slutligen lyfts risker och åtgärdsförslag till regionledningen.

För hälso- och sjukvården riskbedömer närstödet uppdragen och stämmer av med hälso- och sjukvårdsdirektören. Därefter tar hälso- och sjukvårdsledningen fram åtgärder för de högsta riskerna. Avstämning sker även med den politiska majoriteten och hälso- och sjukvårdsdirektören är ansvarig för att åtgärderna genomförs.

För regional utveckling har tjänstepersoner arbetat fram ett förslag till internkontrollplan men inför 2026 års plan kommer den politiska nivån att involveras i framtagandet och arbetssättet ska därefter utvärderas. Förslaget stäms även av med områdescheferna för ytterligare tillägg eller justeringar. Enligt närstöd regional utveckling är det viktigt att ha en dialog med områdescheferna och att verksamheterna involveras eftersom det är i verksamheterna som åtgärderna ska genomföras och följas upp.

Förslag till internkontrollplan redovisas till respektive presidium för beredning inför sammanträde. Där finns möjlighet för ordförande och vice ordförande att ge synpunkter och lägga till, justera eller ta bort risker. Förslagen bearbetas sedan innan de går vidare till styrelse/nämnd för beslut. Enligt intervjuer kommer politikerna sällan med inspel.

Avseende val av åtgärder sker en avvägning mellan förväntad effekt och åtgärdens kostnad. Enligt regional utveckling satsas det mer på åtgärder kopplade till högre risk och åtgärder som avser centrala risker samt åtgärder som krävs för att öka intäkterna. Utformningen av åtgärder inom hälso- och sjukvården begränsas även av externa krav, såsom vårdgarantin, vilket minskar handlingsutrymmet vid riskhantering.

Risker och åtgärder i internkontrollplanen kan fördelas ned till respektive verksamhet för hantering men inte omvänt. Inom hälso- och sjukvården har det tidigare gjorts försök att fördela ner åtgärder till verksamheten men enligt närstöd hälso- och sjukvård är det en utmaning att förklara nyttan med internkontrollplanen för verksamheterna.

Riskanalyser genomförs även utifrån exempelvis förändringar i organisationen som kan påverka arbetsmiljön, vilket rapporteras av HR. Beslut om anställningsstopp med eventuella konsekvenser är också föremål för riskanalys men uppges dokumenteras och rapporteras separat utan direkt koppling till det politiska riskarbetet som sker i internkontrollplanerna.

## Regionstyrelsen

Regionstyrelsen beslutade att fastställa internkontrollplan 2025 den 2025-01-21.<sup>7</sup> Av protokollet framgår att riskbedömningarna har prioriterats utifrån allvarlighet och sannolikhet och för de uppdrag där det finns hög risk att de inte ska kunna genomföras har det föreslagits förebyggande åtgärder. Av 25 uppdrag som riskbedömts har 5 bedömts ha hög risk att inte kunna uppnås. Planen har expedierats till regionfullmäktige.

Beslutsunderlag i ärendet:

- Arbetsunderlag (internkontrollplan)
- Presentation. I presentationen finns rubrikerna bakgrund/krav, innehåll, sammanställning av riskbedömning (riskmatris), risker med förebyggande åtgärder samt regiondirektörens förslag till beslut.
- Tjänsteskrivelse

Av internkontrollplanen framgår totalt 28 uppdrag varav 25 har riskbedömts. I planen finns en riskmatris, där samtliga riskbedömda uppdrag finns placerade, samt förebyggande åtgärder.

---

<sup>7</sup> RS/800/2024 §5

## Hälso- och sjukvårdsnämnden

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade att fastställa internkontrollplan 2025 den 2024-11-21.<sup>8</sup> Av protokollet framgår att riskbedömningarna har prioriterats utifrån allvarlighet och sannolikhet i fyra steg: R1-R4, från låg risk till hög risk. För de uppdrag där det finns hög risk (R3-R4) att de inte ska kunna genomföras har det föreslagits förebyggande åtgärder. Till de 26 uppdrag som riskbedömts har det identifierats 25 olika risker varav ett antal finns på flera olika uppdrag. 15 risker har bedömts ha hög risk att inte kunna uppnås. Planen har expedierats till regiondirektören.

Beslutsunderlag i ärendet:

- Internkontrollplan
- Tjänsteskrivelse

Av underlaget som presenterats för nämnden framgår åtgärder men ingen riskmatris.

## Regionala utvecklingsnämnden

Regionala utvecklingsnämnden beslutade att fastställa internkontrollplan 2025 den 2024-12-17.<sup>9</sup> Av protokollet framgår att vissa risker har följt med från internkontrollplan 2024 eftersom riskerna bedöms finnas kvar även 2025. Även risker för möjligheten att genomföra olika uppdrag i nämndens plan har identifierats. Respektive risk har bedömts utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet att inträffa och utifrån dessa placerats i kvadraten med olika färger. Åtgärder tas fram när riskpoängen är 3 (orange) eller 4 (röd). Planen har expedierats till regionstyrelsen.

Beslutsunderlag i ärendet:

- Tjänsteskrivelse
- Förslag: Internkontrollplan

Av internkontrollplanen framgår att ingen risk har värderats så högt att åtgärder har angetts. I underlaget som presenterats för nämnden finns ingen riskmatris men de olika nivåerna av allvarlighetsgrad och sannolikhet samt de färger som motsvarar riskpoängen framgår.

## Bedömning

Vi bedömer att risk- och väsentlighetsanalyser har genomförts och dokumenterats, främst utifrån uppdrag och mål. Riskerna har placerats i Stratsys riskmatris men det framgår inte hur de ska hanteras.

Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har internkontrollplaner med åtgärder för höga risker men kopplingen till riskhantering är otydlig. Regionala utvecklingsnämnden har en internkontrollplan utan åtgärder eftersom inga risker bedömts som tillräckligt höga.

## 7.3 UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING SAMT ÅTERRAPPORTERING

*Revisionsfråga: Följs åtgärderna upp och utvärderas?*

*Revisionsfråga: Får regionstyrelsen och nämnderna löpande återrapporering om uppföljning och utvärdering av åtgärder?*

Vid uppföljning tar närstöden hjälp av verksamheterna för att se om åtgärder vidtagits och gett önskad effekt samt om riskerna förändrats utifrån sannolikhet eller allvarlighetsgrad.

<sup>8</sup> HSN/1751/2024 §129

<sup>9</sup> RUN/37/2024 §170

Till styrelse och nämnder återrapporteras status för risker och åtgärder. Enligt närstöd ledningsstöd och service är det svårt att bedöma effekten av åtgärder, om de bidragit till att uppdrag genomförts.

Inom regional utveckling sker uppföljningen genom att underlag skickas till områdescheferna via e-post. Om riskbedömningarna har förändrats tas detta upp för vidare diskussion. Förvaltningscontrollern sammanställer och uppdaterar internkontrollplanen. En tjänsteskrivelse upprättas och den uppdaterade internkontrollplanen bifogas. Ärendet föredras för nämnden.

Inom hälso- och sjukvården sker uppföljningen med i huvudsak hälso- och sjukvårdsdirektören genom att se över om åtgärderna följer plan och om riskbedömningarna är fortsatt relevant. Om värderingen höjs föreslås nya åtgärder. En tjänsteskrivelse upprättas och den uppdaterade internkontrollplanen bifogas. Underlaget går till beslut i nämnden men ärendet föredras inte muntligt. I samband med faktagranskning har ordförande för hälso- och sjukvårdsnämnden informerat om att ärendet även föredras muntligt.

Uppföljningar av internkontrollplan dokumenteras i Stratsys och övergår därefter som underlag till kansliberedning inför sammanträden. Om det beslutas om ändringar av underlaget ska, enligt intervjuer, internkontrollplanen i Stratsys uppdateras när protokollet har justerats. Detta för att internkontrollplanen ska vara uppdaterad inför kommande uppföljning. Enligt avdelningschefen för samordningskansliet är det viktigt att alla beslutade ändringar justeras i Stratsys och det gäller inte bara internkontrollplan. Exempelvis ska månads- tertial- och delårsrapporter inte klarmarkeras i Stratsys förrän de har beslutats. Enligt kvalitetsstrategen medför beslutade ändringar som inte justeras att arkivet blir felaktigt och om det i framtiden görs en statistisk jämförelse med exempelvis AI hämtas fel information från rapporten. Hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan uppdateras inför sammanträdet, utifrån genomförd uppföljning. För regionstyrelsen dokumenteras förslag till ny plan i särskild kolumn i uppföljningsrapporten och uppdateras i Stratsys efter sammanträdesbeslut.

Den helårsbedömning av intern kontroll som enligt reglemente och riktlinjer ska ske och rapporteras till regionstyrelsen har inte genomförts, enligt uppgift från närstöden. Närstöd regional utveckling har påtalat ett behov av en sådan rubrik i mallen för årsredovisning för att det inte ska tappas bort. Enligt närstöd hälso- och sjukvård finns en plan att hälso- och sjukvårdsnämnden ska göra en bedömning för 2025.

## Regionstyrelsen

Regionstyrelsen godkände uppföljning av internkontrollplan 2025 den 2025-05-27.<sup>10</sup> Av protokollet framgår att status på de förebyggande åtgärderna har följts upp per den 30 april. Den övervägande delen av åtgärderna är pågående eller delvis genomförda och bedöms kunna slutföras enligt plan under 2025. Åtgärder som redan genomförts har gjort att en risk har nedgraderats till risknivå 2. Övriga uppdrag med lägre risknivå följs upp i tertialrapport per april och i delårsbokslut per augusti. Det framgår även att status för kontrollmomenten i planen beskrivs i en bifogad rapport.

Beslutsunderlag i ärendet

- Tjänsteskrivelse
- Internkontrollplan 2025 uppföljning maj
- Regionstyrelsens internkontrollplan 2025

---

<sup>10</sup> RS/800/2024 §76

I den bifogade uppföljningen framgår, förutom de uppgifter som låg till grund för fastställandet av internkontrollplan 2025 som beslutades i maj, även kolumnen status för förebyggande åtgärd. Av status framgår att genomförda åtgärder för en risk gör att den kan nedgraderas till risknivå 2.

Den andra uppföljningen för 2025 godkändes av nämnden den 2025-11-04.<sup>11</sup> Av protokollet framgår att status på de förebyggande åtgärderna har följts upp per den 30 september. Den övervägande delen av åtgärderna är pågående eller delvis genomförda och bedöms bli klara under 2025. Exempel på dessa är riskerna att verksamheten inte lägger ned tillräckligt stora resurser på att arbeta med effektiviseringsåtgärder samt åtgärder för att förbättra regionens försörjningsberedskap samt robusthet. Det framgår även att uppdrag med lägre risknivå har följts upp i delårsbokslut per augusti och kommer att följas upp i årsbokslutet.

Beslutsunderlag i ärendet

- Tjänsteskrivelse
- Internkontrollplan 2025 uppföljning september

I uppföljningen framgår status för förebyggande åtgärd och att riskpoängen har uppdaterats för den risk som nedgraderades till risknivå 2 vid föregående uppföljning. Riskmatrisen överensstämmer inte med den information som framgår av internkontrollplanen eller protokollet. I samband med faktagranskning har det framkommit att informationen i riskmatrisen är felaktig och har uppkommit när beslutsunderlaget togs fram.

Respektive uppföljning har expedierats till direktör för Ledningsstöd och Service.

### **Hälso- och sjukvårdsnämnden**

Hälso- och sjukvårdsnämnden godkände uppföljning av internkontrollplan 2025 den 2025-06-12.<sup>12</sup> Av protokollet framgår att internkontrollplanen har uppdaterats efter tertialuppföljningen och riskbedömningarna har granskats. Samtliga risker utom en har oförändrad riskvärdering. Eftersom nämnden beslutade att revidera plan och budget 2025 i februari, genom att lägga till ett uppdrag, har det riskbedömts och förts in i internkontrollplanen. Åtgärderna bedöms fortsatt vara relevanta och dess status har följts upp och en ny åtgärd har lagts till.

Beslutsunderlag i ärendet

- Internkontrollplan 2025 (juni)
- Uppföljning av nämndens internkontrollplan juni 2025

I den bifogade uppföljningen framgår, förutom uppgifterna som låg till grund för fastställandet i november, även kolumnen kommentar där pågående och försenade åtgärder har kommenterats. En risk, risken att de insatser som vidtas inte är tillräckliga för att svara upp mot uppdraget, har uppgraderats från risknivå 3 till risknivå 4 utifrån att sannolikheten har ändrats från stor till mycket stor. Risken avser de uppdrag som handlar om att verkställa åtgärder för ökade intäkter och ytterligare kostnadsminskningar. Den risk som lagts till utifrån ett tillkommande uppdrag är att PKS<sup>13</sup>-arbetet går långsamt eller stannar av på grund av brist på resurser eller prioritering. Risken har bedömts till R2 åtgärdas vid tillfälle.

Den andra uppföljningen för 2025 godkändes av nämnden den 2025-10-23.<sup>14</sup> Av protokollet framgår att internkontrollplanens riskbedömningar har granskats i samband med delårsuppföljningen och statusrapport har avlagts för de initierade åtgärderna. Riskvärderingen

<sup>11</sup> RS/800/2024 §158

<sup>12</sup> HSN/1751/2024 §65

<sup>13</sup> Produktions- och kapacitetsstyrning

<sup>14</sup> HSN/1751/2024 §102

har inte förändrats och åtgärderna har bedömts fortsatt vara adekvata. Åtgärder kopplade till ekonomirelaterade risker är relevanta och fortgår enligt plan med goda resultat men är inte tillräckliga för att uppnå en ekonomi i balans. Det framgår även att eftersom internkontrollplanen endast bedömer de uppdrag som finns i plan och budget 2025 ger riskerna inte en helhetsbild av det arbete som pågår för en ekonomi i balans.

Beslutsunderlag i ärendet

- Tjänsteskrivelse – Uppföljning av nämndens internkontrollplan
- Internkontrollplan 2025 (oktober)

I den bifogade uppföljningen framgår att samtliga åtgärder har en kommentar och att status för tidigare planerade åtgärder har ändrats till pågående. Det framgår även att status för en åtgärd<sup>15</sup> har ändrats från pågående till försenad men pågår enligt kommentar.

Respektive uppföljning har expedierats till regiondirektören.

### **Regionala utvecklingsnämnden**

Regionala utvecklingsnämnden godkände uppföljning av internkontrollplan 2025 den 2025-06-10.<sup>16</sup> Av protokollet framgår att planen har uppdaterats och att riskbedömningarna har setts över och i vissa fall reviderats. Åtgärderna bedömdes fortsatt vara relevanta och dess status har följts upp.

Beslutsunderlag i ärendet

- Tjänsteskrivelse
- Uppföljning av internkontrollplan 2025
- §170 internkontrollplan 2025

I internkontrollplanen framgår en riskmatris med de 12 riskerna. Vid en jämförelse mellan den fastställda internkontrollplanen och uppföljningen har det inte identifierats att några riskbedömningar har reviderats.

Den andra uppföljningen för 2025 godkändes av nämnden den 2025-10-14.<sup>17</sup> Av protokollet framgår att planen har uppdaterats och riskbedömningarna har setts över och i vissa fall reviderats. Åtgärderna bedömdes fortsatt vara relevanta och dess status har följts upp.

Beslutsunderlag i ärendet

- Tjänsteskrivelse
- Uppföljning av internkontrollplan 2025
- §170 internkontrollplan 2025

I internkontrollplanen framgår en riskmatris med de 12 riskerna. En jämförelse mellan de båda uppföljningarna visar att sannolikheten för en risk har reviderats från mycket liten till liten sannolikhet. Risknivån har därmed ökat från R1 ingen åtgärd för tillfället till R2 åtgärdas vid tillfälle.

Respektive uppföljning har expedierats till regionstyrelsen.

<sup>15</sup> Säkerställa att arbetet för attraktiva arbetsplatser fortgår och att teamarbete genomsyrar verksamheterna så att rekryteringsarbete kan ske framgångsrikt.

<sup>16</sup> RUN/37/2024 §79

<sup>17</sup> RUN/37/2024 §124

## **Bedömning**

Vi bedömer att åtgärder följs upp och återrapporteras löpande till regionstyrelsen och nämnderna. Det är svårt att bedöma åtgärdernas effekt och uppföljningarna visar främst status och inte resultat. Att det saknas kriterier för att mäta effekten av åtgärder gör utvärderingen mer till en kontroll av genomförande än en analys av resultat.

Regionstyrelsen har lämnat en samlad bedömning av den interna kontrollen i årsredovisningen men nämnderna har inte gjort den helårsbedömning som krävs vilket innebär att en fullständig bedömning av den interna kontrollen och om den varit tillräcklig saknas.

## **7.4 ÅTGÄRDER UTIFRÅN ÅTERRAPPORTERADE BRISTER**

*Revisionsfråga: Beslutar regionstyrelsen och nämnderna om åtgärder utifrån återrapporterade brister?*

Regionstyrelsen och nämnderna kan godkänna uppföljningarna, begära ytterligare åtgärder eller uppdra till direktören att avhjälpa riskerna. Det kan till exempel handla om att direktören ges i uppdrag att göra ett tillägg i internkontrollplanen, lägga till en ny risk eller utarbeta en ny rutin. Enligt intervjuer är det sällsynt att politiker lägger till ytterligare åtgärder i internkontrollplanen. Oftast skapas i stället ett nytt ärende när styrelsen eller nämnd önskar ytterligare information eller uppföljning av något specifikt.

### **Regionstyrelsen**

Av protokoll från 2025-05-27 och 2025-11-04 framgår att regionstyrelsen beslutade att godkänna uppföljning av internkontrollplan.

### **Hälso- och sjukvårdsnämnden**

Av protokoll från 2025-06-12 och 2025-10-23 framgår att nämnden beslutade att godkänna uppföljning av internkontrollplan.

### **Regionala utvecklingsnämnden**

Av protokoll från 2025-06-10 och 2025-10-14 framgår att nämnden beslutade att godkänna uppföljning av internkontrollplan.

## **Bedömning**

Vi bedömer utifrån granskningen att regionstyrelsen och nämnderna beslutar att godkänna uppföljningar av internkontrollplan i enlighet med beslutsunderlagen. Ytterligare behov hanteras oftast via nya ärenden.

## **7.5 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER**

Granskningens syfte har varit att ta reda på om regionstyrelsen och nämnderna har ändamålsenliga strukturer och effektiva processer och arbetar med intern kontroll på ett tillfredsställande sätt.

Vår sammanfattande bedömning är att det finns en grundläggande struktur med reglemente, riktlinjer och systemstöd som möjliggör intern kontroll men den är inte fullt integrerad i löpande styrning och verksamhet. Processen är etablerad och det politiska riskarbetet sker i internkontrollplaner som följs upp. Det finns dock en otydlighet kring vem som ska uppdatera riktlinjen för intern styrning och kontroll. Risk- och väsentlighetsanalys genomförs men omfattningen är begränsad och innehållet i beslutsunderlagen till styrelse och nämnder varierar. Det finns svårigheter att bedöma risker samt åtgärders effekt och nämndernas helårsbedömning enligt reglementet har inte genomförts.

**Vi rekommenderar följande till regionstyrelsen:**

- Klargör vilken funktion som har den operativa uppgiften att säkerställa att riktlinje för intern styrning och kontroll är ändamålsenlig och aktuell.
- Förbättra systemstödet för uppföljning och rapportering av internkontrollplan.
- Samordna riskarbetet till ett sammanhållet arbetssätt i stället för tre separata delar.

**Vi rekommenderar följande till regionstyrelsen och nämnderna:**

- Integrera intern kontroll i löpande styrning för att undvika separata spår.
- Genomför en helårsbedömning enligt reglementet och rapportera till regionstyrelsen.
- Öka politikens involvering i riskhantering och internkontrollplan.

**7.5.1 Svar på revisionsfrågorna**

Revisionsfråga	Svar	Kommentar
Finns ändamålsenliga styrdokument för intern kontroll?	Delvis	Dokument och information är tydliga men tillämpningen är delvis bristfällig och det finns en otydlighet kring vem som ska uppdatera riktlinjen. Det saknas en struktur för hur risker ska samlas upp från verksamheten och det finns behov av tydliga kriterier för riskbedömning.
Har regionstyrelsen och nämnderna genomfört och dokumenterat risk- och väsentlighetsanalyser för sina verksamheter?	Ja	Risk- och väsentlighetsanalyser har genomförts och dokumenterats men det framgår inte hur de ska hanteras.
Har regionstyrelsen och nämnderna upprättat internkontrollplaner med åtgärder som baseras på en genomförd risk- och väsentlighetsanalys?	Ja	Internkontrollplaner har upprättats med åtgärder för höga risker men kopplingen till riskhantering är otydlig.
Följs åtgärderna upp och utvärderas?	Delvis	Åtgärder följs upp men det saknas kriterier för att mäta effekten vilket gör utvärderingen mer till en kontroll av genomförande än en analys av resultat.
Får regionstyrelsen och nämnderna löpande åiterrapportering om uppföljning och utvärdering av åtgärder?	Delvis	Regionstyrelsen och nämnderna får löpande åiterrapportering men nämnderna har inte gjort den helårsbedömning som krävs.
Beslutar regionstyrelsen och nämnderna om åtgärder utifrån åiterrapporterade brister?	Delvis	Uppföljningar av internkontrollplan godkänns i enlighet med beslutsunderlagen. Ytterligare behov hanteras oftast via nya ärenden.

## 8 KVALITETSSÄKRING

---

Berörda uppgiftslämnare och verksamhetsansvariga har (har givits möjlighet att) faktagranskat lämnade uppgifter som finns med i revisionsrapporten.

Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

## 9 UNDERTECKNANDE

---

Projektledare:



Pia Holm  
Kommunal revisor

Kvalitetssäkring:



Leif Gabrielsson  
Revisionsdirektör

§43

## Svar på granskning av intern kontroll (HSN/2337/2025)

### Sammanfattning

Under 2025 utförde revisorerna en granskning av Region Jämtland Härjedalens arbete med Intern kontroll. En skrivelse innehållande rekommendationer har överlämnats till Hälso- och sjukvårdsnämnden. Respektive rubrik motsvarar en rekommendation från revisorerna. Utifrån att Regionstyrelsen har ett helhetsansvar för regionens arbete med intern kontroll det har svaret samordnats därifrån.

Granskningens syfte var att ta reda på om det finns ändamålsenliga strukturer och effektiva processer och arbetet med intern kontroll sker på ett tillfredsställande sätt. Revisorernas samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden följer en grundläggande struktur med reglemente, riktlinjer och systemstöd som möjliggör intern kontroll, men att den är inte fullt integrerad i löpande styrning och verksamhet. Processen är etablerad och det politiska riskarbetet sker i internkontrollplaner som följs upp. Risk- och väsentlighetsanalys genomförs men omfattningen är begränsad. Innehållet i beslutsunderlagen till styrelse och nämnder varierar. Det finns även svårigheter att bedöma risker samt åtgärders effekt och nämndernas helårsbedömning enligt reglementet har inte genomförts.

Ett svar på granskningen har tagits fram.

Utvecklingsstrateg Henrik Wahlström föredrog ärendet.

### Förslag till beslut

Upprättat förslag på svar avseende revisorernas granskning om intern kontroll antas och överlämnas till regionens revisorer.

### Beslut

Upprättat förslag på svar avseende revisorernas granskning om intern kontroll antas och överlämnas till regionens revisorer.

### Expedieras till

Regiondirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör, hälso- och sjukvårdsdirektörens närstöd

### Beslutsunderlag

- Svar på granskning av intern kontroll
- Hälso- och sjukvårdsnämndens svar på granskning av intern kontroll
- Revisionsrapport: Granskning av intern kontroll
- Skrivelse: Granskning av intern kontroll



Henrik Wahlström  
Hälso- och sjukvård

Till:  
Regionens revisorer

## Hälso- och sjukvårdsnämndens svar på granskning av intern kontroll

Under 2025 utförde revisorerna en granskning av Region Jämtland Härjedalens arbete med Intern kontroll. En skrivelse innehållande rekommendationer har överlämnats till Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Granskningens syfte var att ta reda på om det finns ändamålsenliga strukturer och effektiva processer och arbetet med intern kontroll sker på ett tillfredsställande sätt. Revisorernas samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden följer en grundläggande struktur med reglemente, riktlinjer och systemstöd som möjliggör intern kontroll, men att den är inte fullt integrerad i löpande styrning och verksamhet. Processen är etablerad och det politiska riskarbetet sker i internkontrollplaner som följs upp. Risk- och väsentlighetsanalys genomförs men omfattningen är begränsad. Innehållet i beslutsunderlagen till styrelse och nämnder varierar. Det finns även svårigheter att bedöma risker samt åtgärders effekt och nämndernas helårsbedömning enligt reglementet har inte genomförts. Respektive rubrik nedan motsvarar en rekommendation från revisorerna.

### **Integrera intern kontroll i löpande styrning för att undvika separata spår**

Under våren 2025 initierades ett uppdrag av Regiondirektören att se över organisationen för hot och säkerhet samt risker. Ett utvecklingsarbete avseende integrering av intern kontroll och riskhantering i löpande styrning och verksamhet skulle vara en del av översynen, men uppdraget har avbrutits. Hälso- och sjukvårdsnämnden kommer delta i översynen när den återstartar.

### **Genomför en helårsbedömning enligt reglementet och rapportera till regionstyrelsen**

Hälso- och sjukvårdsnämnden beklagar att avsnittet om intern kontroll inte fördes in i årsbokslutet 2024 efter att det uppmärksammades i den grundläggande granskningen av 2023. När kritiken återupprepades i den grundläggande granskningen av 2024 vidtogs åtgärder för att säkerställa att avsnittet infogades i rapportmallen. Helårsbedömningen finns med i årsrapporten för 2025. Nämnden kommer verka för att det förtydligas internt när protokollsutdrag ska göras till Regionstyrelsen.

### **Öka politikens involvering i riskhantering och internkontrollplan.**

Hälso- och sjukvårdsnämnden har via underlag till presidieberedning samt inför beslut vid sammanträden beretts möjlighet att påverka innehållet i internkontrollplanerna. Särskilda

beslutsärenden har funnits på agendan för såväl beslut om kommande års internkontroll samt vid två uppföljningar efter tertial ett och delårsbokslutet.

Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Katarina Nyberg Finn (S)  
Hälsa- och sjukvårdsnämndens ordförande

Anna Granevärn  
Hälsa- och sjukvårdsdirektör