

Tillsynsrapport för intern kontroll

Tertial 3 2025

Hälso- och sjukvårdsnämnden

HSN 1638-2025

1 Inledning

Tillsynsrapporten är en uppföljning av nämndens tillsynsplan för intern kontroll. För varje kontrolltest som har beslutats i nämndens tillsynsplan redovisas det genomförda kontrolltestet, resultatet av testet, bedömning av resultatet samt åtgärder som har beslutats med anledning av uppföljningen. I tillsynsrapporten redovisas även status för de åtgärder som har beslutats i tillsynsplanen.

2 Sammanfattning

HSN har för verksamhetsåret 2025 i sin tillsynsplan för intern kontroll identifierat 17 risker inom olika områden varav 9 st har hanterats i arbetssätt, 8 st genom aktiva åtgärder.

För de risker som hanterats i arbetssätt har kontrollaktiviteter och kontrolltester används för uppföljning av risken medan de risker som hanterats aktivt genom en beskriven åtgärd har följts upp genom analys av åtgärden. Resultaten från genomförda kontrolltester och bedömning av åtgärder visar varierande resultat, dock visar uppföljningen av 2025 års tillsynsplan ett tillfyllt resultat.

3 Årlig bedömning

I samband med årsrapporten görs en bedömning av nämndens interna kontroll som helhet. Förvaltningschefen bedömer det samlade resultatet och bedömer väsentligheten av de eventuella avvikelser som påträffats.

Bedömningen sker utifrån graderingen *god intern kontroll*, *acceptabel intern kontroll* eller *bristande intern kontroll* som kännetecknas av följande:

Moment	God intern kontroll	Acceptabel intern kontroll	Bristande intern kontroll
Tillsynsplanen innehåller ändamålsenliga kontrollmoment och bygger på en riskanalys som identifierat de mest väsentliga riskerna	Stämmer helt	Stämmer till största del	Stämmer inte
Resultatet av granskningarna visar att rutiner är ändamålsenliga, kända och efterlevs och att inga brister noterats	Stämmer helt	Stämmer till största del	Stämmer inte
Tillräckliga åtgärder har vidtagits vid behov och resultatet av dessa återrporterats	Stämmer helt	Stämmer till största del	Stämmer inte

Bedömningen av 2025 års internkontroll bedöms i sin helhet vara acceptabel. Kontrollmomenten är i de flesta fall ändamålsenliga och i stort visar resultaten på mindre

eller inga brister. De åtgärder som vidtagits för risker som har hanterats aktivt bedöms i de flesta fall vara ändamålsenliga, i vissa fall behöver åtgärden fortsätta under 2026 för att få full effekt.

4 Genomförda kontrolltester och resultat

Genomförda kontrolltester och resultat

Under genomförda kontrolltester och resultat redovisas hur det planerade kontrolltestet har genomförts samt resultatet av det genomförda kontrolltestet. Har brister påträffats i rutiner eller kontroller?

Bedömning av resultat

Utifrån den samlade resultatet görs sen en bedömning av i vilken grad rutinen för att hantera risken tillämpas och om den är ändamålsenlig.

Färg	Bedömning	Beskrivning	Behov av åtgärd
	Inga brister	Kontrollen visar att rutinen är ändamålsenlig, känd och efterlevs.	Ingen åtgärd krävs
	Vissa brister	Kontrollen visar att rutinen till största del är ändamålsenlig, känd och efterlevs men vissa brister finns i rutinen eller dess tillämpning	Åtgärd kan behövas
	Allvarliga brister	Kontrollen visar att rutinen inte är ändamålsenlig, känd och efterlevs och stora förändringar behövs	Åtgärder krävs

Genomförda eller planerade åtgärder

När brister har uppmärksamrats vid bedömningen av resultatet ska även vidtagna och föreslagna åtgärder redovisas samt tidpunkt för uppföljning av åtgärder.

Kontrollaktiviteter och genomförda kontrolltester

Ekonomi

Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
Risk att politiska beslut fattas utan finansiering så att budgetunderskott ökar	 Kritisk (16) 4. Allvarlig 4. Mycket hög	Kontroll av tjänsteskrivelser avseende finansiering	Riktade stickprov tjänsteskrivelser avseende ärenden som kräver finansiering	År	 Vissa brister Procent avvikelser 32 %	
			Analys Av totalt 19 kontrollerade ärenden finns text inlagd under rubriken Resultat och finansiering i 13. Av de sex som inte innehåller någon beskrivande text under aktuell rubrik finns finansiering beskriven i bilagor som hör till ärendet. I två av årets kontrollerade ärenden står det uttryckligen att det behöver ske tillskott av finansieringen. I fyra av beskrivningar står det att finansiering ska ske inom ramen för HSN:s budget. I en skrivelse till RS står det att HSN:s budget inte går ihop i dagsläget och att det behövs mer pengar. Det skulle kunna tolkas som att alla beslut som fattas, inte har täckning för sina kostnader i dagsläget. Det finns ett par skrivelser där det står att det bedöms inte bli några påtagliga kostnadsökningar eller att viss resursförstärkning kan behövas. I ett ärende står det "Beslutet innebär en överföring av budgetmedel från regionstyrelsen till hälso- och sjukvårdsnämnden. Tas beslut enligt förslag behöver en justering av regionplanen göras på denna punkt." I två ärenden finns beskrivningen: "Finansiering sker av tidigare budgeterade medel i RS"			
Att upphandlingsprocessen av tjänsteavtal påbörjas för sent så att hela processen försenas	 Hög (8) 4. Allvarlig 2. Medelhög	Kontroll av av antal avtal avseende vård- och bemanningstjänster som tecknas i tid av ärenden i upphandlingsplan	Att för varje upphandling av en vårdtjänst eller bemanningstjänst kontrollera om den genomförs i tid	År	 Inga brister	
			Analys Sammanfattningsvis har samtliga upphandlingar för avtal som löper ut under 2025 samt första halvåret 2026 gjorts i tid för att inte skapa luckor mellan avtalen.			

Oegentligheter

Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
Risk att otillåtna bisysslor leder till otillbörlig konkurrens, jäv (Risk att de rutiner som finns för uppföljning av bisysslor inte följs)	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Hög	Enligt riktlinje: Verksamhetschef eller motsvarande chefsnivå ansvarar för att uppföljning av fattade beslut sker	Stickprov av verksamheter för att kontrollera att uppföljning enligt riktlinje genomförts	År	 Inga brister	
			Analys Verksamhetschef eller motsvarande chefsnivå har det yttersta ansvaret för att bestämmelserna om bisyssla efterlevs. Om en medarbetare inte fullföljer sin skyldighet att lämna de uppgifter om bisyssla som arbetsgivaren behöver eller inte följer ett beslut om förbud av bisyssla, brister medarbetaren i förhållande till sina skyldigheter enligt anställningsavtalet. Detta kan leda till disciplinpåföljd eller ytterst till uppsägning av personliga skäl. Verksamhetschef eller motsvarande chefsnivå ansvarar för att uppföljning av fattade beslut sker. Vid förbud om bisyssla skall skriftlig handling överlämnas till berörd medarbetare som innehar eller står i begrepp att inleda sådan bisyssla, se framtagna blankett. Beslutet skall diarieföras via regionens diarium. Vid kontroll av ett antal verksamheter uppgav ingen av de tillfrågade verksamheterna att beslut har fattats avseende förbud mot bisyssla. Det finns därmed inget sådant beslut att följa upp avseende efterlevnad av beslutet.			
Risk för att deltagare i upphandlingsgrupper har intressekonflikt vilket kan leda till jäv i upphandlingar	 Hög (8) 4. Allvarlig 2. Medelhög	Jävsdeklaration inför uppstart av upphandling	Stickprov på de upphandlingar som startats under perioden	År	 Inga brister	Rutin för e-signering av ansvarsförbindelse är implementerad.

Personal

Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
Risk att arbetsmiljörisker inte uppmärksammas, åtgärdas eller förbyggs	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Hög	Efterlevnad rutin för hantering av tillbud och arbetsskada i Stella	Granskning av statistik över händelser med åtgärd	År	 Allvarliga brister Procent avvikelser 55 %	

Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
			Analys Trots att åtgärder har genomförts under året konstateras fortfarande allvarliga brister. Vidare åtgärder behövs. Förra året var avvikelserna 50 % - vilket alltså innebär en försämring med 5% till i år.			Fokusveckor tillbud. HR bereder insats.
Risk att otydligheter i ansvarsfördelning leder till brister i arbetsmiljöarbetet	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Hög	Efterlevnad Regionens riktlinje för fördelning av arbetsmiljöuppgifter	Stickprov enkät till chefer	År	 Vissa brister Procent avvikelser 22 %	
			Analys Stickprov utskickade i form av en enkät, via mail, till 16 chefer varav 9 har svarat. Av de som svarat att de har en skriftlig fördelning har samtliga genomgått grundutbildningen i arbetsmiljö, enligt rutin 3 av de svarande är chef för chefer och av dessa har två upprättat fördelning till sina underställda chefer Vissa brister kan konstateras - målet för detta är att alla (100%) chefer ska ha en korrekt skriftlig fördelning av arbetsmiljöuppgifter undertecknade av sig själv och sin chef (nuvarande chef). Regelbundna avstämningar ska också göras för att kontrollera och säkerställa att en chef som fått uppgifter fördelade till sig har rätt resurser och befogenheter för att utföra dessa uppgifter. Av de som angett att det har en fördelning är det två som inte stämmer av regelbundet hur detta fungerar med sin chef. Även i detta finna alltså vissa brister.		Översyn chefsutbildning - Stella och tillbudsrapportering HR breder insats.	

Verksamhetens genomförande

Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
Risk att följsamhet till vårdgarantin medför undanträngningseffekter för patienter med kroniska sjukdomar	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Hög	Hälsocentralers följsamhet till vårdgarantin (medicinsk bedömning inom 3 dagar) samt genomförda återbesök kroniska diagnoser	Analys av data hälsocentralernas följsamhet till vårdgarantin samt genomförda återbesök kroniska diagnoser	År	 Svar saknas	

Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
			Analys - Andel patienter som har haft uppföljande kontakt vid kronisk sjukdom, fysiskt eller på distans. (Indikatornamn i PvQ Pr01Dig+Fys) Utfall Västerbotten 40%, dec 2025. (Frågas inte efter men att jämföra med rikets utfall 75%) - Utfall vårdgaranti, andel medicinsk bedömning inom 3 dagar. 2025 jan-november 66% andel besök inom vårdgarantin. Helår 2025 ej tillgängligt förrän slutet av januari. Starkt påverkat av införandet av Cosmic, det finns behov av nya rutiner och arbetssätt som inte hunnit få fäste under implementeringsåret. Utfall T1, innan Cosmic, är 80% medicinsk bedömning inom 3 dagar och är en bättre jämförelse mot 2024.		Utbildningsinsatser och nya rutiner ska föras in under T1 2026. Denna kontrolltest behöver följas under lång tid för att kunna visa på att en högre följsamhet ger en lägre procent av andel uppföljande kontakter av vid kronisk sjukdom. Det går inte från denna mätning att bedöma om kontrolltestet visar på brister eller inte.	
Risk för bristande förmåga att bedriva samhällsviktig verksamhet vid avbrott i leveranser och tjänster samt extremväder	 Kritisk (12) 4. Allvarlig 3. Hög	Uppdaterade, kända och övade reservrutiner/avbrottsplaner finns inom verksamheten för att hantera: IT-avbrott, avbrott i elförsörjning, avbrott i telefoni, avbrott i medicinsk gasförsörjning, avbrott i vattenförsörjning och värmebölja.	Testerna görs på ett stickprov av de samhällsviktiga verksamheter som definieras i gällande Risk- och sårbarhetsanalys. Testerna medför bekräftelse av huruvida rutiner finns, samt bedömning av vilken kvalitet de har.	År	 Vissa brister	Verksamheterna behöver fortsätta arbeta fram rutiner för driftsstörningar och ha planer vad den egna verksamheten ska vidta för åtgärder.

Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
			Analys Stickprovet utgjordes av 15 verksamheter både inom sluten och öppenvård, samt spridda över länet, och 12 svar inkom (80%). 66% har rutiner för elbortfall 92% har rutiner för IT-störningar 66% har rutiner för driftstörning i telefonin 58% har rutiner för driftstörning i den medicinska gasförsörjningen 50% har rutiner för avbrott i vattenförsörjning 83% har rutiner för hantering vid värmebölja 5% har nyttjat eller övat någon av rutinerna under året			
Risk att politiska beslut fattas utan beskrivning av konsekvenser	 Kritisk (16) 4. Allvarlig 4. Mycket hög	Kontroll av tjänsteskrivelser avseende rubrik resultat och konsekvenser	Stickprov av tjänsteskrivelser avseende att rubriken "Bedömda resultat och konsekvenser" fyllts i	År	 Vissa brister Procent avvikelser 13 %	
			Analys Av 15 kontrollerade ärenden finns text under rubriken för Resultat och Konsekvenser i 13. I två tjänsteskrivelser saknas det helt beskrivningar, däremot finns det i en av dem under rubriken sammanfattning istället. Det är av varierande kvalitet som beskrivningar skrivs fram. I fem ärenden beskrivs ett möjligt resultat men konsekvenser utelämnas helt.			Fortsatt förvaltningsövergripande arbete med att utveckla ärendeberedningsprocessen

Aktiva risker och genomförda åtgärder

Intern kontroll handlar om att hantera våra risker genom att anpassa våra arbetssätt. För de risker som inte i det här skedet kan byggas bort genom att anpassa våra arbetssätt kan de i stället hanteras aktivt genom att vi vidtar åtgärdsplaner. Här redovisas de aktiva åtgärder som arbetas med under detta år och vilken status de har och när de ska återrapporteras.

Målet är att gradvis försöka flytta så mycket som möjligt från den här listan och in i arbetssätt. Åtgärderna syftar därför ofta till att skapa förutsättningar till att hantera risken i våra arbetssätt. Kvar på den här listan blir de risker som är av sådan vikt eller typ att de kräver fokuserad hantering.

Oegentligheter

Risk	Riskvärde	Åtgärder	Datum
Risk för välfärdsutnyttjande och/eller välfärdsbrott kopplade till regionens upphandlade vårdtjänster	 Kritisk (12) 4. Allvarlig 3. Hög	En övergripande riskanalys med tillhörande åtgärdsplan gällande att förebygga, förhindra, upptäcka och hantera välfärdsbrott  Pågående Analys Ett antal WS har genomfört under hösten för att definiera risker och skapa en handlingsplan. Arbetet är inte helt färdigställt så risken får ligga kvar med sen beskrivna åtgärden även i 2026 års internkontrollplan. Riskanalys och handlingsplan bedöms vara klara Q3 2026.	2025-12-31

Samverkan

Risk	Riskvärde	Åtgärder	Datum
Risk att personal utsätts för hot och våld	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Hög	Utredda möjligheten att i befintliga digitala system utveckla incidentrapportering  Pågående Analys HR jobbar med att komma framåt i frågan. Utredningen pågår. Risken med tillhörande aktiv åtgärd får därför ligga kvar även i 2026 års internkontrollplan.	2025-12-31

Säkerhet och trygghet

Risk	Riskvärde	Åtgärder	Datum
Risk att personal utsätts för rasism av patienter	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Hög	Utredda möjligheten att i befintliga digitala system utveckla incidentrapportering  Pågående Analys HR jobbar med att komma framåt i frågan. Utredningen pågår. Risken med tillhörande aktiv åtgärd får därför ligga kvar även i 2026 års internkontrollplan.	2025-12-31

Verksamhetens genomförande

Risk	Riskvärde	Åtgärder	Datum
Risk att barnrättsperspektivet inte beaktas vid politiska beslut som rör barn (enligt Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter	 Kritisk (16) 4. Allvarlig 4. Mycket hög	Införande av barnrättsperspektiv i ärendebejdningsprocessen  Klar Analys Under 2025 har ett stödmaterial för hur man gör en barnkonsekvensanalys samt en utbildningsfilm om barnrätt för medarbetare som inte har patientnära uppdrag tagits fram. Materialen ska fungera som stöd för medarbetare bland annat när man bereder ärenden men också i andra uppgifter som kräver kunskap i barnrätt. I mallen för tjänsteskrivelser läggs en rubrik om barnrättsperspektivet till och en länk ska kopplas till stödmaterialiet om barnkonsekvensanalyser. Detta beräknas vara klart att tas i bruk under 2026.	2025-12-31
Risk att beslut som fattas av nämnden inte verkställs	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Hög	Förbättrad arbetsprocess för att följa och verkställa beslut  Pågående Analys Ett arbete pågår med att utveckla och förbättra processen med ärendeberedning. I det arbetet ingår även delen att följa och verkställa beslut.	2025-12-31

Risk	Riskvärde	Åtgärder	Datum
Risk att skyddade personuppgifter och skyddade identiteter röjs	 Hög (8) 4. Allvarlig 2. Medelhög	Förbättra rutin avseende skyddade personuppgifter  Klar	2025-12-31
		Analys Aktiviteten att förbättra rutinen är genomförd enligt plan och finns fastställd i ledningssystemet.	
Risk att ärenden inte blir väl beredda inför politiska beslut	 Kritisk (16) 4. Allvarlig 4. Mycket hög	Förbättra arbetssätt gällande ärendeberedning  Pågående	2025-12-31
		Analys Det pågår ett arbete att utveckla och förättra processen för ärendeberedning. Arbetet sker både inom nämndskansliet och internt i HSFs förvaltning.	
Risk att jämställdhetsperspektivet inte beaktas vid politiska beslut	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Hög	Förbättra process för införande av jämställdhetsperspektiv i ärendeberedningsprocess  Klar	2025-12-31
		Analys Under 2025 har ett arbete med ärendeberedningsprocessen genomförts som bland annat resulterat i att en länk läggs till i tjänsteskrivelsemallen som stöd. Länken går till ett stödmaterial som bland annat hjälper medarbetare att beskriva eventuella konsekvenser för jämställdheten i ett beslut, stöttar i vilka uppgifter och data som kan vara värdefulla att belysa och var de går att hitta. Mallen förväntas vara klar att tas i bruk under 2026.	

Bevakade risker

Bevakade risker är risker som identifieras men där bedömningen är att andra risker är mer väsentliga och effektfulla att jobba med just nu. I det fallet planeras inga konkreta åtgärder eller kontroller men genom att risken har dokumenterats så kan den omvärderas vid ett senare tillfälle.

Ekonomi

Risk	Riskvärde
Risk att budgetavvikelser inte leder till att tillräckliga åtgärder vidtas	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Hög

Risk	Riskvärde
Risk att inköp av material sker utanför avtal vilket ger dyrare inköp (avtal finns men köp sker utanför)	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Hög
Risk för utbetalning till bluffleverantör vilket leder till ekonomisk förlust och förlorat förtroende	 Låg (3) 3. Kännbar 1. Låg
Risk att inköp av material sker utan avtal vilket ger dyrare inköp (avtal har löpt ut och inte förnyats i tid)	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Hög

Information och IT

Risk	Riskvärde
Risk att beslut i nämnd inte dokumenteras på korrekt sätt vilket leder till att de inte blir spårbara.	 Låg (1) 1. Försumbar 1. Låg

Personal

Risk	Riskvärde
Risk att personal inte har giltig legitimation	 Medel (4) 4. Allvarlig 1. Låg
Risk för ojämlika löner	 Hög (8) 4. Allvarlig 2. Medelhög
Risk för jäv vid rekrytering	 Låg (3) 3. Kännbar 1. Låg

Samverkan

Risk	Riskvärde
Risk att fakturor betalas för sent med risk för skadat förtroende för organisationen	 Hög (8) 2. Lindrig 4. Mycket hög

Säkerhet och trygghet

Risk	Riskvärde
Risk att personal utsätts för rasism av chef eller medarbetare	 Medel (4) 4. Allvarlig 1. Låg

Verksamhetens genomförande

Risk	Riskvärde
Risk att anmälan inte görs vid misstanke eller vetskap om barn som far illa	 Kritisk (16) 4. Allvarlig 4. Mycket hög
Risk att avgiftshandboken inte följs	 Låg (2) 1. Försumbar 2. Medelhög
Risk att statliga bidrag fördelas ut i permanent budget istället för som intäkt när bidraget inkommer vilket leder till otydligt för verksamheten och felaktig användning av medel	 Medel (4) 2. Lindrig 2. Medelhög
Risk att tystnadskultur leder till att anställda inte vågar rapportera problem som gör att den interna kontrollen inte fungerar effektivt	 Kritisk (12) 4. Allvarlig 3. Hög
Risk att beslut som fattas av nämnden inte återrapporteras	 Låg (2) 2. Lindrig 1. Låg