

Tillsynsrapport för intern kontroll

Tertial 3 2025

Regionstyrelsen

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

I regionstyrelsens tillsynsplan för 2025 finns elva planerade kontrolltester. Alla kontroller utom en har genomförts under året.

I fyra fall är bedömningen att det finns allvarliga brister. Inom inköpsområdet saknas genomförd kontroll av inköp utanför avtal, men tidigare uppgifter bekräftar omfattande brister som nu ska analyseras vidare. Dokumenthanteringsplaner saknas eller är inaktuella i två av Regionstyrelsens verksamhetsområden. I arbetsmiljöhanteringen har brister i tillbuds- och arbetsskaderapportering ökat jämfört med föregående år, vilket visar att tidigare åtgärder inte fått avsedd effekt. Egenkontrollen i avdelningsköken visar brister inom hygien, temperaturkontroll och dokumentation, vilket innebär risk för livsmedelssäkerheten. I samtliga fall föreslås korrigerande åtgärder, för risken att hygienrutiner och mathantering inte följs finns redan en åtgärd i regionstyrelsens internkontrollplan för 2026 och därför föreslås ingen ny åtgärd.

I fem fall är bedömningen att det finns vissa brister. Det inkluderar dokumentation för inköp utanför avtal och att faktiska artikelpriser och kostnader stämmer mot befintliga avtal. Det inkluderar även granskning av om det finns jämställdhetsmotivering och dess relevans och kvalitet i ärendeberedningen, där det saknas bedömningar i fler fall. Kompetensutvecklingssamtal förekommer men det finns brister i systematiken.

I två fall är bedömningen att det inte finns några brister. Det gäller kontroll av bisysslor och av attestbehörigheter.

I regionstyrelsens tillsynsplan för 2025 finns även tre direktåtgärder där samtliga bedöms vara genomförda.

3 Årlig bedömning

Uppföljningen av kontrolltesterna visar liksom tidigare år på ett blandat resultat, där många tester uppvisar vissa brister och fler uppvisar allvarliga brister. Ett stort förändringsarbete genomfördes av regionstyrelsens tillsynsplan för 2025 vilket gjort att fokus har hamnat på nya riskområden och därför har nya brister uppdagats.

De senaste åren har det pågått ett förbättringsarbete som syftar till att göra den interna kontrollen mer ändamålsenlig. Utvecklingsarbetet kring den interna kontrollen behöver fortsätta, men sammantaget syns viss förbättring från tidigare år vilket indikerar att det systematiska arbetssättet ger resultat.

Regionstyrelsens samlade bedömning är att det finns en acceptabel intern kontroll.

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 uppmärksamats 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
Felaktigt upplagda attestbehörigheter	 Hög (8) 4. Allvarlig 2. Medelhög	Ansvarig chef meddelar när beslutsattestanter förändras enligt rutin	Granskning att rätt beslutsattestant är angiven på respektive kostnadsställe	År	 Inga brister Procent avvikelser 0 %	
			Analys Kontroll har genomförts varje månad för att säkerställa att rätt person ligger som beslutsattestant och att de ändringar som genomförs är beställda av rätt person.			
Kvalitetsbrister, högre kostnader, oegentligheter	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Hög	Kontroll av inköp.	Identifiera inköp som görs utanför avtal.	År	 Allvarliga brister	Samtliga anställda behöver ta del av regionens inköpsriktlinjer och delegationsordning
			Analys Ingen direkt kontroll har genomförts men det är sedan tidigare känt att bristerna är omfattande. Under mars-april 2026 görs en utökad analys av 2025 år inköp. Identifierade brister i analysen tillsammans med ytterligare data från bl.a. Proceedo (nytt inköpssystem implementerats sommaren 2025) kommer att skapa bättre data för identifiering av brister i inköpsmognad inom regionen. Behoven av upphandlade avtal blir tydlig och kommer att synliggöra vilka avtal som ska prioriteras i upphandlingskön. Inköpsefterlevnaden var 2024, 20 procent. Förväntat resultat är en kontinuerlig höjning av procentandelen kommande år.			 Ej påbörjad
			Kontroll av efterlevnad av dokumenterade inköp utanför avtal.	År	 Vissa brister Procent avvikelser 0 %	

Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
			Analys Stickprov på genererade fakturor på avrop från Agresso/Unit4 som har hanterats av operativt inköp. Dessa har jämföras med dokumentation som är sparad på dokumentplatsen V: eller i systemet Proceedo. 3 kontroller av anskaffningar på produkter utan aktuellt avtal under direktupphandlingsgränsen är gjord och samtliga 3 var dokumenterade i V: Efterlevnad av inköp utanför avtal har inte följts upp på avtals- och artikelnivå, där brister förmodas finnas.			

Information och IT

Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
Risk att dokumenthanteringsplaner ej är upprättade/uppdaterade och att vi därför hanterar information och handlingar på ett felaktigt sätt	 Kritisk (12) 3. Kännbar 4. Mycket hög	Efterlevnad av vidaredelegationsordning avseende dokumenthanteringsplaner	Kontrollera att det finns giltiga dokumenthanteringsplaner för hela nämndens verksamhet	År	 Allvarliga brister Procent avvikelser 67 %	Arbetsgrupp för inrättande av dokumenthanteringsplan  Ej påbörjad 2026-12-31
			Analys Testerna som har genomförts är att kontrollera dokumenthanteringsplanerna som finns i ledningssystemet och i diariet och analysera vilka verksamheter som täcks in där. Ett annat test är en enkät i form av mejl till VO-chef för att efterfråga om det finns någon framtagna dokumenthanteringsplan. Resultatet av testerna är 2 avvikelser. Avvikelse 1 består i att två av Regionstyrelsens verksamhetsområden inte idag har någon aktuell dokumenthanteringsplan, Kommunikationsstaben och Digitalisering och Service. Angående information kopplad till Kommunikationsstaben finns en gammal dokumenthanteringsplan om sociala medier i ledningssystemet, men det täcker inte in övrig verksamhet på Kommunikationsstaben och den är dessutom inte aktuell. För digitalisering och Service finns en dokumenthanteringsplan i ledningssystemet som inte innehåller all den information som en dokumenthanteringsplan ska innehålla och som dessutom inte är aktuell. I båda fallen finns indikation på att arbete är påbörjat med dokumenthanteringsplaner, men det är viktigt att följa upp att det slutförs.			
Risk att politiska beslut fattas utan underlag som beaktar jämställdhet	 Kritisk (12) 3. Kännbar 4. Mycket hög	Handläggare redovisar konsekvenser för kvinnor/män i tjänsteskrivelsemall.	Antal ärenden med en jämställdhetsmotivering	År	 Vissa brister Procent avvikelser 14 %	

Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
			Analys I 17 av 119 ärenden saknas helt text under rubriken jämställdhet. I övriga 119 ärenden finns någon typ av jämställdhetsbedömning. I 23 av ärendena bedöms jämställdhet som inte relevant för beslutet. I 13 av ärendena bedöms jämställdhet inte ha någon påverkan på ärendet. Avfärdandet av jämställdhet som ej relevant och att det inte påverkar ärendet görs genomgående lättvindigt och utan underbyggnad. I 69 ärenden finns ett resonemang om beslutets konsekvenser för jämställdhet. Jämfört med tidigare års görs fler bedömningar om ärendenas påverkan på jämställdhet. Det finns fortsatt ett behov av att utveckla kompetensen om könskonsekvensbeskrivningar inom förvaltningen samt bedömningen om när särskild sakkompetens behövs för att göra en med underbyggd jämställdhetsanalys.			
			Kvalitativ granskning av tio ärenden som bedöms ha stor relevans för jämställdhet	År	♦ Vissa brister Procent avvikelser 40 %	
			Analys Sex av tio ärenden har en underbyggd beskrivning av hur ärendet beaktar jämställdhet eller en analys av påverkan på jämställdhet. I två ärendet görs lättvindiga bedömningar av att män och kvinnor kommer påverkas på samma sätt utan att detta underbyggs via könsuppdelad statistik eller analys. I ett ärende görs en icke underbyggd bedömning att ärendet inte påverkar jämställdhet. Och i ett ärende saknas helt text om jämställdhet i tjänsteskrivelse och andra underlag. I samtliga fyra ärenden som betraktas som avvikelser skulle jämställdhetsperspektivet behöva utvecklas. Dessa ärenden rör revisionsrapport om meddelarfrihet och upplevelser av tystnadskultur, revisionsrapport om civil beredskap, årsredovisning svensk luftambulans, ändrade patientavgifter för synhjälpmedel. Granskningen visar på ett fortsatt behov av att utveckla kompetens kring underbyggda jämställdhetsanalyser samt att tydliggöra kravställning på externa parter att beakta jämställdhet i årsredovisningar.			

Oegentligheter

Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
Risk att leverantörerna inte levererar enligt avtal både tjänst och prisnivå	Bedömning saknas Bedömning saknas	Fakturor från leverantörer är debiterade enligt gällande avtal	Kontroll att artikelpriser och kostnader i fakturor stämmer överens med befintligt avtal	Tertial: apr, aug, dec	Vissa brister Procent avvikelser 100 %	
			Analys Kontrolltest via nya funktionen i Agresso är gjord för november och december 2025. Det är endast på order lagd via nya systemet Proceedo där kontroll är möjlig, då denna funktion matchas mot befintligt inlagt avtal. Brister finns i faktureringen ifrån leverantörerna jämfört med avtalade artikelpriser i flera fall. Det finns även avgifter och frakter som ej skall debiteras regionen enligt avtal.			

Personal

Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
Risk att arbetsmiljörisker inte uppmärksammas, åtgärdas eller förebyggs	 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 30 %	Fokusveckor tillbud  Ej påbörjad 2026-10-31
			Analys Trots att åtgärder har genomförts under året konstateras fortfarande allvarliga brister. Vidare åtgärder behövs. Förra året var avvikelserna 24 % - vilket alltså innebär en försämring med 6% till i år.			
						Översyn chefsutbildning - Stella och tillbudsrapportering  Ej påbörjad 2026-12-31
Risk för minskad attraktivitet vilket påverkar vår kompetensförsörjning	 Medel (6) 3. Kännbar 2. Medelhög	Chefer säkerställer att anställda har en aktuell kompetensutvecklingsplan, i enlighet med mallar och avtal	Granskning av svar från fråga om kompetensutveckling i medarbetarundersökning	År	 Vissa brister Procent avvikelser 32 %	
			Analys Regionen följer upp att medarbetare har dialog om utvecklings- och utbildningsbehov genom medarbetarundersökningen. Kontrollfrågan "Har du under det senaste året haft en dialog med din närmaste chef om dina utvecklings- och utbildningsbehov?" uppgår till 62,8 på en skala 0–100. Resultatet indikerar att dialoger genomförs, men visar samtidigt på behov av ökad systematik för att säkerställa att samtliga medarbetare omfattas av kompetensförsörjningsplanering. För att stärka kontrollen pågår införande av digital dokumentation och uppföljning av samtal i kompetensportalen.			

Verksamhetens genomförande

Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
Risk att bestämmelse kring bisyssla inte efterlevs och dokumenteras i enlighet med bestämmelse	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Hög	Kontroll av diariet förda beslut.	Stickprov på chefer och dess medarbetare.	År	 Inga brister Procent avvikelser 0 %	
			Analys Efter kontroll mot diariet och stickprovskontroll i verksamheter så visar det på 100% efterlevnad. Efter kontroll mot diariet och stickprovskontroll i verksamheter så visar det på 100% efterlevnad.			
Risk att hygienrutiner och mathantering inte efterlevs	 Hög (8) 4. Allvarlig 2. Medelhög	Uppföljning enligt regelverk.	Stickprov på efterlevnad av egenkontrollen på vårdavdelning	År	 Allvarliga brister Procent avvikelser 18 %	

Risk	Riskvärde	Kontrollaktiviteter	Kontrolltester	Periodicitet	Resultat	Korrigerande åtgärder
			Analys Under 2025 kontrollerades avdelningskökens efterlevnad av livsmedelslagstiftningen som genomförs av kommunens miljöinspektörer. Det visar att av 22 protokoll som omfattar 28 avdelningar finns 5 avvikelser fördelat på 3 avdelningar. Avvikelseerna handlar om tre områden - Hygien/rengöring: Diskmaskinen var bristfälligt rengjord invändigt och det förekom rödmögel, vilket tyder på otillräckliga rutiner för rengöring av utrustning. Även om den rengjordes vid besöket visar fyndet på ett systemfel i daglig hygienpraxis. - HACCP-baserade brister: Frysta utländska hallon användes i smoothie utan upphettning, vilket ökar risken för norovirus. Beslutet att endast servera hallon efter kokning i en minut fattades först i samband med kontrollen—det indikerar att en kritisk styrpunkt (värmebehandling) saknats eller inte följts. - Temperaturkontroll och dokumentation: Temperaturer loggades endast under tre veckor i somras; därefter var dokumentet tomt. Personalen på plats uppgav att de inte fått information om att temperaturkontroller skulle utföras. Två av de lösa termometrarna i kylarna var trasiga, och man förlitade sig (felaktigt) på displayer som visar inställd, inte faktisk, temperatur. Vid senare kontroll framkom att ordinarie kökspersonal inte heller brukade kontrollera temperaturerna, och att tidigare avvikelse inte var åtgärdad. Myndigheten bedömde att uppföljande kontroll behövs. Resultatet indikerar att det finns brister inom egenkontrollrutinerna. Personalen saknar instruktioner/utbildning, och kontroller genomförs inte eller dokumenteras inte. Det finns direkta risker för livsmedelssäkerheten (mikrobiologiska risker via bär, samt kylförvaring utan verifierad faktisk temperatur). Inget påverkan på antalet avvikelser kan identifieras i hur man delegerat ansvaret i arbetsgruppen. Det finns systematiska brister egenkontrollerna, då 18% av genomförda kontrolltester visar avvikelser. Det är utbildning och uppföljning, med direkt koppling till matens säkerhet (hygien, temperatur, HACCP). Därför klassas helheten som allvarliga brister.			

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.

Information och IT

Risk	Riskvärde	Åtgärder	Datum
Risk att bristande kunskap och förståelse avseende besluts- och ärendeprocesser leder till att ärenden försenas samt att beslut fattas på felaktiga eller ofullständiga grunder	 Kritisk (12) 4. Allvarlig 3. Hög	Ett uppdrag har initierats för att kvalitetssäkra besluts- och ärendeprocessen  Klar	2025-12-31
		Analys Det pågår ett uppdrag under ledning av regionstyrelsens förvaltning (kanslienheten) med målsättningen att skapa en enhetlig besluts- och ärendeprocess för regionen. Arbetsgruppen som jobbar med uppdraget består av främst Regionens nämndsekreterare som organisatoriskt finns under regionstyrelsens förvaltning och regionala utvecklingsförvaltningen. Målsättningen med uppdraget är bl.a. att skapa goda förutsättningar för rättssäkra beslut och en planerad ärendeberedning där tjänstepersoner och förtroendevalda hinner sätta sig in i ärendena i tid. Ärendeprocessen ska vara åskådliggjord på Regionens Intranät och chefer, handläggare och förtroendevalda ska stödjas av ärendeprocessen. Arbetsgruppen har arbetat fram en enhetlig arbetsprocess. En ärendeprocess är framtaget som visar de steg som ska följas när ett ärende ska handläggas. Arbetsgruppen har planerat för publicering på Regionens Intranät under våren 2026. Vad som återstår är komplettera ärendeflödet med manualer och anvisningar för respektive steg i ärendeflödet som ska tas fram innan uppdraget är slutredovisat våren 2026.	

Oegentligheter

Risk	Riskvärde	Åtgärder	Datum
Risk att chefer och medarbetare har inte tillräcklig kunskap om oegentligheter	 Hög (9) 3. Kännbar 3. Hög	Säkerställ att ledarskapsutbildningarna innehåller moduler kring hantering av oegentligheter och etiska dilemman samt introduktion av nyanställda.  Klar	2025-12-31
		Analys Översyn av samtliga chefsutbildningar och introduktioner genomförs och förväntas vara klar under 2026	
Risk för att bristande kontroll och uppföljning gör att våra resurser utnyttjas för att begå brott	 Kritisk (12) 4. Allvarlig 3. Hög	Råd för välfärdsbrott och korruption har påbörjat ett systematiskt arbete för att motverka risken att våra resurser används för att begå brott  Klar	2025-12-31
		Analys Råd för välfärdsbrott och korruption bildades och hade sitt första möte under våren 2025. Hösten 2025 påbörjades ett arbete med riskanalyser på området för att identifiera nödvändiga åtgärder och möjliggöra adekvata prioriteringar för fortsatt arbete. Arbetet med riskanalyser fortsätter till Q1 2026.	

Bevakade risker

Ekonomi

Risk	Riskvärde
Risk för att statliga bidrag fördelas ut i permanent budget i stället för som intäkt när bidraget inkommer vilket leder till otydlighet för verksamheten och felaktig användning av medel	 Medel (4) 2. Lindrig 2. Medelhög

Personal

Risk	Riskvärde
Risk för ojämlika löner	 Hög (8) 4. Allvarlig 2. Medelhög