

# Granskning av intern kontroll

**Region Norrbotten**

September 2025



# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Norrbotten genomfört en granskning av intern kontroll. Granskningens syfte har varit att bedöma om regionstyrelse och nämnder bedriver ett systematiskt arbete inom området. Större krav på intern kontroll ställs i kommunallagen från och med 1 juli 2025.

Nedan redovisas revisionell bedömning för respektive revisionsobjekt samt delområde:

| Delområde                                  | Regionstyrelsen | Hälso- och sjukvårdsnämnden | Regionala utvecklingsnämnden | Patientnämnden |
|--------------------------------------------|-----------------|-----------------------------|------------------------------|----------------|
| Styrdokument (fråga 1)                     | Gul             | E/T                         | E/T                          | E/T            |
| Dokumenterad riskbedömning (fråga 2)       | Grön            | Röd                         | Grön                         | Grön           |
| Beslutad plan (fråga 3)                    | Grön            | Röd                         | Grön                         | Grön           |
| Verkställighet och uppföljning (fråga 4–6) | Gul             | Gul                         | Gul                          | Grön           |
| Åtgärder (fråga 7)                         | Grön            | Röd                         | Gul                          | Grön           |
| Utvärdering (fråga 8)                      | Röd             | Röd                         | Röd                          | Röd            |

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att regionstyrelse, regionala utvecklingsnämnden samt patientnämnden *inte helt* bedriver ett systematiskt arbete med intern kontroll.

När det gäller hälso- och sjukvårdsnämnden har ett stort antal avvikelser noterats. Vår bedömning är att nämnden *inte* bedriver ett systematiskt arbete med intern kontroll.

För att utveckla arbetet bör följande rekommendationer prioriteras:

- Att regionstyrelsen – efter pågående översyn av styrdokument – säkerställer att regler, anvisningar och mallar görs kända inom organisationen. Styrelsen bör även till kommande år utföra en samlad utvärdering av regionens arbete med intern kontroll. Vissa utvecklingsområden har även noterats när det gäller uppföljning av internkontrollplan.
- Att hälso- och sjukvårdsnämnden efterlever gällande regelverk för intern kontroll. Detta gäller inom samtliga granskade delområden.

- Att regionala utvecklingsnämnden utvecklar sitt arbete med intern kontroll. Detta gäller i första hand utvärdering av intern kontroll, men förbättringspotential finns även i fråga inom delområdena planering, uppföljning samt åtgärder.
- Att patientnämnden – till kommande år – utvärderar sitt arbete med intern kontroll.

# Innehållsförteckning

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| Inledning .....                                          | 5  |
| Bakgrund .....                                           | 5  |
| Syfte och revisionsfrågor .....                          | 5  |
| Revisionskriterier .....                                 | 6  |
| Avgränsning .....                                        | 6  |
| Metod .....                                              | 7  |
| Granskningsresultat .....                                | 8  |
| Styrdokument .....                                       | 8  |
| Riskbedömning .....                                      | 9  |
| Internkontrollplan .....                                 | 12 |
| Verkställighet av internkontrollplan .....               | 13 |
| Uppföljning av internkontrollplan .....                  | 15 |
| Information om intern kontroll i divisionerna .....      | 16 |
| Beslut om åtgärder utifrån rapporterade avvikelser ..... | 18 |
| Utvärdering av system för intern kontroll .....          | 19 |
| Avslutning .....                                         | 21 |
| Samlad bedömning .....                                   | 21 |
| Rekommendationer .....                                   | 21 |

# Inledning

## Bakgrund

Syftet med den interna styrningen och kontrollen är att säkerställa att fullmäktiges mål uppnås, samt att verksamheten bedrivs i enlighet med lagar och förordningar. Intern styrning och kontroll är även ett ledningsverktyg för verksamheterna. Den interna styrningen och kontrollen ska i stor utsträckning vara integrerad i verksamhetens dagliga processer och rutiner och beröra all personal. I den interna kontrollen ingår att:

- Skapa ändamålsenliga och väl dokumenterade system och rutiner.
- Säkra rättvisande och tillförlitlig redovisning och information om verksamheten.
- Säkerställa att lagar, policy, reglemente med mera tillämpas.
- Skydda mot förluster och förstörelse av kommunens tillgångar.
- Eliminera eller upptäcka allvarliga fel.

I ansvaret för den interna styrningen och kontrollen ingår att värdera befintliga risker och vidta åtgärder för att förebygga och minimera att det inte önskvärda inträffar.

Regionstyrelsen har fastställt regler för intern kontroll för Region Norrbotten. Här regleras hur arbetet med den interna kontrollen skall bedrivas. En väsentlig del av organisationens internkontrollarbete är bedömning av risk och konsekvens. Riskbedömning/-analys syftar till att identifiera och värdera risker och hot för att kunna hantera dem proaktivt. Risker och hot kan bestå i externa och/eller interna faktorer samt lagstiftning och föreskrifter som påverka verksamheten.

Inom ramen för grundläggande granskning 2024 har revisionen genomfört en översiktlig granskning hur regionstyrelse och nämnder bedriver sitt arbete med intern kontroll. Tidigare granskning har pekat på låg mognad avseende att sammanställa och värdera risker inom organisationens samtliga delar. En möjlig effekt av detta är att sammanställda risker som värderas av regionstyrelsen i realiteten i låg utsträckning baseras på riskbedömningar som finns/sammanställs inom organisationen i övrigt. Det är av väsentlig betydelse att regionens internkontroll baseras på ett ändamålsenligt arbete med riskidentifiering och värdering.

Revisorerna har utifrån väsentlighet och risk beslutat att genomföra en fördjupad granskning av regionstyrelsens och nämndernas arbete med intern kontroll.

## Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att bedöma om regionstyrelsen och nämnderna bedriver ett systematiskt arbete med intern kontroll. Följande revisionsfrågor ska besvaras:

1. Finns det relevanta dokument (reglemente, policys, riktlinjer) avseende intern kontroll och riskanalys samt är dokumenten kända inom organisationen?
2. Har internkontrollplan för år 2025 föregåtts av en dokumenterad bedömning utifrån risk och väsentlighet omfattande både ekonomiska och verksamhetsmässiga risker för regionstyrelsen och berörda nämnder?
3. Har regionstyrelsen och berörda nämnder beslutat om internkontrollplan för år 2025?
4. Har kontrollåtgärder i internkontrollplan verkställts och återrappporterats till regionstyrelsen och berörda nämnder?
5. Har uppföljning och återrappportering av internkontrollplanen skett på ett strukturerat sätt till nämnd eller styrelse?
6. Har regionstyrelsen och berörda nämnder, i enlighet med gällande regelverk, informerat sig om hur den interna kontrollen fungerar i divisionerna?
7. Har regionstyrelsen eller berörda nämnder fattat beslut om åtgärder med anledning av rapporterade avvikelser från internkontrollplanen?
8. Har regionstyrelsen och berörda nämnder utvärderat sina system för intern kontroll, och i de fall förbättringar behövs, beslutat om sådana?

Revisionsfråga 1 och 8 har, efter godkännande från regionrevisionen, justerats jämfört med ursprunglig projektplan.

## Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar. Följande revisionskriterier används i granskningen:

- Kommunallagen 6:1, 6:6
- Regioninterna styrdokument för intern kontroll

Därutöver används COSO-modellen som referensram i granskningen. COSO är ett ramverk som används för att bedöma och förbättra den interna kontrollen inom en organisation.

## Avgränsning

Granskningen avser regionstyrelsen (RS), hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), regionala utvecklingsnämnden (RUN) respektive patientnämnden (PN).

Granskningen har i tid i första hand avgränsats till år 2025. För att bilda sig en omfattning om styrelsens och nämndernas årliga arbete med intern kontroll har granskningen i vissa avseende även innefattat kalenderår 2024.

## Metod

Granskningen har genomförts via en genomgång av relevanta styrdokument, riskanalyser, internkontrollplaner, uppföljningsrapporter, protokoll med mera. Dessutom har intervjuer och avstämningar med berörda förtroendevalda samt tjänstepersoner genomförts.

Revisionell bedömning av respektive revisionsfråga har skett utifrån följande skala: ja/uppfyllt (**grön**); delvis uppfyllt (**gul**); nej/ej uppfyllt (**röd**) eller **grå** (går ej att bedöma). Är frågan ej relevant för ett enskilt organ markeras den med **vit** färg (E/T - ej tillämplig).

Rapporten har kvalitetssäkrats i enlighet med PwC:s interna rutiner och checklistor för kvalitetssäkring. De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

# Granskningsresultat

## Styrdokument

*Revisionsfråga 1: Finns det relevanta dokument (reglemente, policys, riktlinjer) avseende intern kontroll och riskanalys samt är dokumenten kända inom organisationen?*

## Iakttagelser

Kommunallagen ger uttryck för att kommunal verksamhet ska styras genom mål, riktlinjer och planer. I regionstyrelsens uppdrag ingår att leda och samordna regionens samlade verksamhet. I uppdraget ingår även att ta fram övergripande planer och riktlinjer.

Inom ramen för granskningen har följande styrdokument noterats:

1. Reglemente för regionstyrelse och nämnder (beslutade av regionfullmäktige 2024)
2. Regel för internkontroll (beslutad av regionstyrelsen 2020)
3. Tillämpningsanvisning för internkontroll (regiondirektör 2022)

Det vilar på fullmäktige att anta reglemente för regionens styrelse och nämnder. Granskningen visar att i respektive reglemente – på övergripande nivå – regleras styrelsens och nämndernas arbete med intern kontroll. Här anges bland annat att regionstyrelsen ska utforma regionövergripande regler för området.

Regionstyrelsen har 2020-11-11 § 197 fastställt regler för internkontroll. Regelverket innehåller bland annat följande delar:

- Syfte
- Organisation och ansvarsfördelning
- Processbeskrivning (nämnd respektive division)
  - o Riskanalys
  - o Plan för internkontroll
  - o Uppföljning
  - o Rapportering

Processbeskrivningen reglerar arbetet på såväl politisk nivå som på verksamhetsnivå. Av regelverket framgår bland annat att kompletterande tillämpningsanvisningar ska tas fram på verksamhetsnivå.

Granskningen visar att sådana tillämpningsanvisningar har upprättats. Anvisningarna är från 2022 och beslutade av regiondirektören. Anvisningarna tar sin utgångspunkt från regionens regler för intern kontroll.

Vid intervju med företrädare för regionstyrelsen framhåller dessa att det under senare tid initierats ett utvecklingsarbete för arbetet med intern kontroll. Syftet med detta arbete är att skapa en mer tydlig struktur och kvalitet inom området.



Genomförda intervjuer indikerar att regionens styrdokument för intern kontroll inte är allmänt kända inom organisationen. Här framhålls bland annat att regler, anvisningar och mallar inte finns lätt tillgängliga på regionens intranät samt att det finns ett behov att utveckla befintliga mallar.

I sammanhanget kan även framhållas att kommunallagen 2025-07-01 har reviderats när det gäller styrelse och nämnders ansvar för den interna kontrollen. Ett ökat fokus kommer framgent att riktas mot att förebygga fel och oegentligheter i dess verksamheter.

Granskningen noterar att vid tidpunkt för granskningen har påbörjats en översyn av regionens styrdokument för intern kontroll. Syftet med översynen är bland annat att tydliggöra arbetet ytterligare.

## Bedömning

*Finns det relevanta dokument (reglemente, policys, riktlinjer) avseende intern kontroll och riskanalys samt är dokumenten kända inom organisationen?*

Delvis.

Bedömningen baseras på följande:

- Det finns styrdokument som beskriver hur arbetet med intern kontroll ska bedrivas inom organisationen. Förekommande dokument är beslutade på såväl politisk nivå som verksamhetsnivå.
- Dokumenten är i huvudsak heltäckande. Vissa förbättringsområden har dock noterats i granskningen.
- Genomförda intervjuer indikerar att det finns ett behov att göra förekommande styrdokument mer kända inom organisationen.
- Ett flertal avvikelser från gällande regelverk har noterats i vår granskning (se följande avsnitt i rapporten).

För framtiden föreslås att regionstyrelsen – efter pågående översyn – prövar hur regionens regler, anvisningar och mallar för intern kontroll ska implementeras inom organisationen.

## Riskbedömning

*Revisionsfråga 2: Har internkontrollplan för år 2025 föregåtts av en dokumenterad bedömning utifrån risk och väsentlighet omfattande både ekonomiska och verksamhetsmässiga risker för regionstyrelsen och berörda nämnder?*

## Iakttagelser

Identifiering och analys av risker har en central roll i arbetet med intern kontroll. Enligt COSO-modellen<sup>1</sup> bör detta ske kontinuerligt. Av föregående avsnitt framgår att det finns ett flertal interna styrdokument.

Här regleras bland annat följande:

- Områden som riskanalysen ska omfatta
- Process för genomförande av analys
- Metod för riskbedömning
- Dokumentation av genomförd analys/bedömning

I styrdokumenterna betonas vikten av att arbetet med riskanalyser ska präglas av mångsidighet för att kunna föregripa eventuella risker innan de inträffar. Genomförd riskanalys ska utgöra underlag inför upprättande av plan för intern kontroll.

Regelverket beskriver inte i detalj vem/vilka som ska vara involverade i arbetet med riskanalys och riskbedömning. Granskningen visar att ekonomi- och uppföljningsavdelningen har tillhandahållit ett processtöd till styrelse, nämnder och verksamheter vid genomförande av riskanalyser inför år 2025. I sammanhanget noteras att det finns skillnader i vilken grad detta processtöd har nyttjats av verksamheten.

Inom ramen för granskningen har följande kontroller genomförts:

1. Det har upprättats en dokumenterad riskanalys inför 2025
2. Riskanalysen omfattar verksamhetsmässiga risker
3. Riskanalysen omfattar ekonomiska risker
4. Företrädare för styrelse/nämnd har varit delaktiga i arbetet med riskanalys/ riskbedömning
5. Resultatet från genomförd riskanalys har behandlats av ansvarig styrelse/nämnd

Resultatet från genomförd kontroll redovisas i form av trafikljussignaler (grön, gul, röd). Nedan redovisas utfallet per styrelse/nämnd avseende riskanalys för år 2025:

| Kontrollområde               | RS   | HSN | RUN  | PN   |
|------------------------------|------|-----|------|------|
| 1. Riskanalys 2025           | Grön | Röd | Grön | Grön |
| 2. Verksamhetsmässiga risker | Grön | Röd | Grön | Grön |
| 3. Ekonomiska risker         | Grön | Röd | Gul  | Grön |
| 4. Delaktighet               | Grön | Röd | Gul  | Grön |

---

<sup>1</sup> COSO står för Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission och är en standard för intern kontroll och riskhantering.

|                                 |             |            |             |             |
|---------------------------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| 5. Behandlad av ansvarigt organ | Grön        | Röd        | Grön        | Grön        |
| <b>Totalt</b>                   | <b>Grön</b> | <b>Röd</b> | <b>Grön</b> | <b>Grön</b> |

Vid genomgång av erhållen dokumentation noteras att regionstyrelsen, regionala utvecklingsnämnden och patientnämnden har upprättat en dokumenterad riskanalys som omfattar såväl verksamhetsmässiga som ekonomiska risker. Resultatet har behandlats av ansvarig styrelse eller nämnd. Vi noterar att hälso- och sjukvårdsnämnden inte har upprättat någon riskanalys för 2025 med motiveringen att regionstyrelsens analys även omfattar risker inom hälso- och sjukvården.

Av intervjuer framgår att ledamöternas delaktighet i arbetet med riskanalys har varierat beroende på nämnd. Ledamöterna i regionstyrelsen och patientnämnden har i särskilda temamöten diskuterat och bedömt risker inom sina respektive områden tillsammans med ansvariga tjänstepersoner. I regionala utvecklingsnämnden har riskanalysen tagits fram av tjänstepersoner och sedan presenterats för nämnden där ledamöterna getts möjlighet att tycka till och diskutera identifierade områden samt vilka risker som ska lyftas in i plan.

Vid intervju framkommer även att regionala utvecklingsnämnden historiskt sett har inkluderat en handfull övergripande risker i sin internkontrollplan vilket beskrivs som ett utvecklingsområde. Dokumentationen av riskinventeringen beskrivs även som ett utvecklingsområde för samma nämnd.

## Bedömning

*Har internkontrollplan för år 2025 föregåtts av en dokumenterad bedömning utifrån risk och väsentlighet omfattande både ekonomiska och verksamhetsmässiga risker för regionstyrelsen och berörda nämnder?*

Delvis.

Bedömningen baseras på följande:

- Regionstyrelse och två nämnder har för år 2025 genomfört riskbedömningar. Resultatet från genomförd bedömning har dokumenterats.
- Genomförd riskbedömning omfattar i första hand verksamhetsmässiga risker. Ekonomiska risker kan i högre grad beaktas av regionala utvecklingsnämnden.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden saknar en dokumenterad riskbedömning.

För framtiden föreslås att hälso- och sjukvårdsnämnden respektive regionala utvecklingsnämnden fullt ut efterlever regionens regelverk avseende riskbedömning.

## Internkontrollplan

*Revisionsfråga 3: Har regionstyrelsen och berörda nämnder beslutat om internkontrollplan för år 2025?*

### Iakttagelser

Riskbedömningen syftar till att arbetet med intern kontroll ska fokusera på områden där det föreligger störst risk för allvarliga avvikelser. Insatserna kan med fördel sammanfattas i en plan. Av regioninterna styrdokument framgår följande:

- Styrelse och nämnder ska årligen besluta om plan för intern kontroll
- Planen ska innehålla ett antal åtgärder/kontrollmoment. Momenten kan vara preventiva alternativt fokusera på efterhandskontroller
- Planen ska baseras på genomförd riskanalys
- Internkontrollplan för regionstyrelse/nämnd ska antas senast i december
- Beslutad plan ska rapporteras till regionstyrelsen i ett särskilt ärende

Inom ramen för granskningen har följande kontroller genomförts:

1. Styrelse/nämnd har antagit internkontrollplan för 2025
2. Det framgår av planen att den baseras på genomförd riskanalys
3. Planen har antagits enligt fastställd tidsplan
4. Av nämndsprotokoll framgår att antagen plan har delgivits **styrelsen**

Granskningen har inriktats mot år 2025 och resultatet redovisas nedan:

| Kontrollområde             | RS          | HSN        | RUN         | PN          |
|----------------------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| 1. Internkontrollplan 2025 | Grön        | Röd        | Grön        | Grön        |
| 2. Baseras på riskanalys   | Grön        | Röd        | Grön        | Grön        |
| 3. Efterlevt tidsplan      | Grön        | Röd        | Gul         | Grön        |
| 4. Delgivits styrelsen     | E/T         | Röd        | Grön        | Grön        |
| <b>Totalt</b>              | <b>Grön</b> | <b>Röd</b> | <b>Grön</b> | <b>Grön</b> |

Av sammanställningen framgår att hälso- och sjukvårdsnämnden inte antagit internkontrollplan för år 2025. Som skäl anges att styrelsens plan även innefattar nämndens ansvarsområden.

I övrigt noteras att regionala utvecklingsnämnden inte följt tidsplan avseende upprättande av internkontrollplan. Nämnden antog den först en bit in på det nya året (februari 2025).

Av intervjuer framkommer att budgetprocessen såg annorlunda ut år 2024 vilket påverkade tidsramen för internkontrollplan 2025. Den nya processen som implementerats för 2026 års internkontrollplan beskrivs möjliggöra för regionstyrelsen att anta den regionövergripande internkontrollplanen före nämnderna antar sina motsvarande planer vilket väntas tydliggöra processen ytterligare.

## Bedömning

### *Har regionstyrelsen och berörda nämnder beslutat om internkontrollplan för år 2025?*

Delvis.

Bedömningen baseras på följande:

- Regionstyrelse och två nämnder har beslutat om internkontrollplan 2025.
- Motsvarande plan har inte antagits av hälso- och sjukvårdsnämnden.

För framtiden föreslås att hälso- och sjukvårdsnämnden respektive regionala utvecklingsnämnden ser till att process för upprättande av internkontrollplan sker enligt regioninterna riktlinjer.

## Verkställighet av internkontrollplan

### *Revisionsfråga 4: Har kontrollåtgärder i internkontrollplan verkställts och återrappporterats till regionstyrelse och berörda nämnder?*

## Iakttagelser

I regler för internkontroll beskrivs hur ansvaret med internkontroll fördelas mellan regiondirektör, divisionschef samt verksamhetsansvariga chefer. I styrdokumentet anges följande:

- Av internkontrollplan ska framgå följande:
  - o vilka kontrollmoment som ska genomföras,
  - o frekvens på kontrollmoment,
  - o vem som ansvarar för uppföljning av kontrollmoment
- Moment i internkontrollplan bör vara jämnt fördelade under året
- Redovisning av hittills genomförda kontrollmoment ska redovisas i delårsrapport respektive årsrapport

Inom ramen för granskningen har följande kontroller genomförts:

1. Styrelse/nämnd har preciserat vem/vilka i organisationen som ansvarar för uppföljning av kontrollmoment 2024
2. Moment i internkontrollplan är jämnt fördelade under 2024
3. Planerade kontrollmoment t o m augusti 2024 har utförts enligt plan (delårsrapport)
4. Planerade kontrollmoment t o m december 2024 har utförts enligt plan (årsrapport)

Av kontrollfrågorna framgår att granskningen har inriktats mot kalenderår 2024. Resultatet från genomförd granskning redovisas nedan:

| Kontrollområde              | RS         | HSN        | RUN        | PN          |
|-----------------------------|------------|------------|------------|-------------|
| 1. Ansvar för uppföljning   | Gul        | Gul        | Gul        | Gul         |
| 2. Kontrollfördelning i tid | Gul        | Gul        | Gul        | Gul         |
| 3. Verkställighet tom 0831  | Grå        | Grå        | Grå        | Grön        |
| 4. Verkställighet tom 1231  | Grön       | Grön       | Grön       | Grön        |
| <b>Totalt</b>               | <b>Gul</b> | <b>Gul</b> | <b>Gul</b> | <b>Grön</b> |

Inledningsvis bör det framhållas att hälso- och sjukvårdsnämnden – till skillnad för år 2025 - har fastställt en internkontrollplan för verksamhetsår 2024.

Granskningen visar att regionstyrelsens och nämndernas internkontrollplaner i viss grad klargör hur kontrollansvaret fördelas inom organisationen. Av planerna framgår i flertalet fall vilken avdelning som ansvarar för uppföljningen. Däremot preciseras inte när respektive kontrollmoment ska utföras under året. I sammanhanget noteras att kontrollområde 1 och 2 har förtydligats på verksamhetsnivå. Ansvar och tidsplan för kontroller finns dokumenterade i IT-system för intern kontroll (Stratsys).

När det gäller kontrollområde 3 noteras att återrapport av genomförda kontroller skett till patientnämnden (finns med i delårsrapport). Motsvarande rapportering saknas för övriga granskade organ. I hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport finns planerade kontrollmoment med, men ingen kommentar kring genomförande. I regionala utvecklingsnämndens plan anges att kontrollerna ska genomföras under året och följas upp i februari.

Kontrollområde 4: I granskningen noteras att regionstyrelsens och patientnämndens årsuppföljning innehåller tidpunkten för flera kontrollmoment samt status för åtgärder utifrån en färgkodning. Hälso- och sjukvårdsnämndens respektive regionala utvecklingsnämndens årsuppföljning beskriver kort genomfört arbete.

Av intervjuer framkommer att kontrollåtgärder främst genomförs på verksamhetsnivå. I sakgranskningen anges att detta baseras på att majoriteten av de risker som identifierats inom regionens verksamheter finns på verksamhetsnivå varvid det även är på den nivån som kontroller även måste ske.

## Bedömning

*Har kontrollåtgärder utifrån den interna kontrollplanen verkställts och återrapporterats till regionstyrelse och berörda nämnder?*

Delvis.

Bedömningen baseras på följande:

- Granskningen visar att kontrollåtgärder i internkontrollplaner 2024 i allt väsentligt genomförts/verkställets.
- Det finns ett utvecklingsbehov att moment i internkontrollplan bör vara jämnt fördelade under året. Syftet är att förbättra återrapportering i samband med delårsrapport.

För framtiden föreslås att regionstyrelsen och samtliga nämnder säkerställer att moment i internkontrollplan bör vara jämnt fördelade under året.

## Uppföljning av internkontrollplan

*Revisionsfråga 5: Har uppföljning och återrapportering av internkontrollplanen skett på ett strukturerat sätt till nämnd eller styrelse?*

## Iakttagelser

Enligt COSO-modellen är uppföljning en vital komponent i arbetet med intern kontroll. Av interna regler och anvisningar framgår följande:

- Uppföljning av utförda kontroller ska redovisas till styrelse/nämnd i samband med behandling av delårsrapport respektive årsrapport
- Rapportering ska fokusera på resultatet av genomförda kontroll. Särskilt fokus på att redovisa eventuella fel och brister som framkommit vid kontrollerna
- Uppföljning och rapportering till regionstyrelse ska innefatta såväl styrelsen egna verksamhet samt den som utförs av nämnderna

Inom ramen för granskningen har följande kontroller genomförts:

1. Styrelse/nämnd har följt upp internkontrollplan vid delårsrapport 240831
2. Styrelse/nämnd har behandlat årsrapport för internkontroll 2024
3. Årsrapport 2024 innehåller en heltäckande uppföljning av internkontrollplan
4. Rapportering fokuserar på resultatet av genomförd internkontroll
5. Uppföljning har skett enligt fastställd tidsplan

Granskning har inriktats mot den uppföljning som är hänförlig till år 2024. Resultatet redovisas nedan:

| Kontrollområde               | RS   | HSN  | RUN  | PN   |
|------------------------------|------|------|------|------|
| 1. Uppföljning delårsrapport | Röd  | Gul  | Röd  | Grön |
| 2. Uppföljning årsrapport    | Grön | Grön | Grön | Grön |
| 3. Heltäckande               | Grön | Gul  | Gul  | Grön |

|                        |            |            |            |             |
|------------------------|------------|------------|------------|-------------|
| 4. Resultatredovisning | Grön       | Gul        | Gul        | Grön        |
| 5. Efterlevt tidsplan  | Gul        | Gul        | Gul        | Grön        |
| <b>Totalt</b>          | <b>Gul</b> | <b>Gul</b> | <b>Gul</b> | <b>Grön</b> |

Sammanställningen visar att patientnämndens uppföljning av internkontrollplan skett enligt gällande direktiv. För övriga organ har noterats ett flertal avvikelser.

Av erhållen rapportering framgår att endast patientnämnden har följt upp internkontrollplanen för 2024 vid delårsrapportering. Hälso- och sjukvårdsnämnden har med kontrollerna i delårsrapporten, men redogör inte för genomförandet eller vidtagna åtgärder.

Vidare noteras att samtliga nämnder och styrelsen har behandlat uppföljning av internkontrollplanen per helår. Vi noterar dock att redovisning för hälso- och sjukvårdsnämnden respektive regionala utvecklingsnämnden kan utvecklas vad gäller formerna för genomförda kontroller samt vidtagna åtgärder.

Av genomgången framgår även att endast patientnämnden har följt fastställd tidsplan för rapportering.

## Bedömning

*Har uppföljning och återrapporering av internkontrollplanen skett på ett strukturerat sätt till nämnd eller styrelse?*

Delvis.

Bedömningen baseras på följande:

- Patientnämnden har följt upp internkontrollplan 2024 enligt direktiv.
- För övriga granskade organ har noterats ett flertal avvikelser.

För framtiden föreslås att regionstyrelse och nämnder (med undantag för patientnämnden) ser till att uppföljning och återrapporering av internkontrollplan sker enligt interna regelverk.

## Information om intern kontroll i divisionerna

*Revisionsfråga 6: Har regionstyrelsen och berörda nämnder, i enlighet med gällande regelverk, informerat sig om hur den interna kontrollen fungerar i divisionerna??*

## Iakttagelser

Enligt kommunallagen ska fullmäktige besluta om nämndernas organisation och verksamhetsformer. Granskningen visar att regionfullmäktige har beslutat om regionens driftorganisation. Av denna framgår att en betydande del av verksamheten bedrivs i divisioner.



I regionens styrdokument anges följande:

- Respektive division ska genomföra årlig riskanalys samt upprätta internkontrollplan
- Regionstyrelsens internkontrollplan ska ta utgångspunkt från divisionernas riskanalyser
- Information om planerade kontrollmoment inom divisionerna ska lämnas till regionstyrelsen.  
Detta sker i regiondirektörens rapport per februari
- Uppföljning av internkontrollplan inom divisionerna ska ske minst en gång per år
- Rapportering av resultatet av utförda kontroller i divisionerna ska ske till regiondirektör.  
Rapportering sker genom delårsrapport respektive årsrapport
- Divisionerna ska årligen göra en utvärdering av sitt internkontrollarbete. Resultatet från genomförd utvärdering ska redovisas i divisionens årsrapport
- Regionstyrelsen ska informera sig om hur den interna kontrollen fungerar i divisionerna

Av styrdokumentet framgår att regionstyrelsen har ett särskilt ansvar att utöva uppsikt av hur divisionerna bedriver sitt arbete med intern kontroll. Styrdokumentet ställer inte krav på nämnderna att hålla sig informerad om hur divisionerna arbetar med intern kontroll.

Granskningen omfattar såväl år 2024 som år 2025. Följande kontroller har genomförts:

1. Styrelsen har informerat sig om resultatet från divisionernas internkontrollarbete 2024
2. Styrelsens internkontrollplan 2025 tar utgångspunkt från riskanalys utförda i divisionerna
3. Styrelsen har informerats om planerade kontrollmoment i divisionerna 2025

Resultatet från genomförd kontroll redovisas nedan:

| Kontrollområde                         | RS          |
|----------------------------------------|-------------|
| 1. Resultat intern kontroll 2024       | Gul         |
| 2. Plan baseras på riskanalys          | Grön        |
| 3. Information om planerade kontroller | Grön        |
| <b>Totalt</b>                          | <b>Grön</b> |

Vid genomgång av erhållen rapportering framgår att regionstyrelsen löpande erhåller information om arbetet inom divisionerna som ett led i regiondirektörens rapport. Styrelsen har även tagit del av divisionernas årsrapporter. Någon särskild uppföljning av divisionernas uppföljning av internkontrollarbetet har inte erhållits.

Av genomgången framkommer vidare att styrelsens regionövergripande internkontrollplan för 2025 utgår från divisionernas riskanalys och redovisar vilka risker och åtgärder som respektive division ska genomföra.

## Bedömning

*Har regionstyrelsen och berörda nämnder, i enlighet med gällande reglemente, informerat sig om hur den interna kontrollen fungerar i divisionerna?*

Ja.

Bedömningen baseras på följande:

- Regionstyrelsen kan i rimlig grad verifiera att den inför internkontrollarbete 2025 informerat sig om planerade kontroller inom divisionerna.
- Ett visst utvecklingsbehov har dock noterats när det gäller resultatredovisning för år 2024.

## Beslut om åtgärder utifrån rapporterade avvikelser

*Revisionsfråga 7: Har regionstyrelsen eller berörda nämnder fattat beslut om åtgärder med anledning av rapporterade avvikelser från internkontrollplanen?*

## Iakttagelser

Regionstyrelse och nämnder ska årligen fullgöra sitt förvaltaruppdrag. En central del i förvaltaruppdraget är att vidta åtgärder när fel och brister uppmärksammas inom verksamheten.

I regioninterna regler och anvisningar anges följande:

- Rapportering till styrelse/nämnd ska bland annat fokusera på eventuella fel och brister som framkommit inom respektive kontrollområde
- Förbättringsåtgärder ska identifieras och genomföras där fel och brister har noterats
- Nämnderna ska årligen rapportera vidtagna och/eller planerade förbättringsåtgärder till regionstyrelsen

Inom ramen för granskningen har följande kontroller genomförts:

1. Rapportering till styrelse/nämnd innehåller redovisning av avvikelser inom respektive kontrollområde
2. Rapportering innehåller redovisning av vidtagna åtgärder av verksamheten alternativt förslag till förbättringsåtgärder
3. Styrelse/nämnd vidtar – vid behov - tydliga åtgärder för att förbättra den interna kontrollen

Granskningen har inriktats mot år 2024. Resultatet redovisas nedan:

| Kontrollområde            | RS   | HSN | RUN | PN   |
|---------------------------|------|-----|-----|------|
| 1. Redovisning avvikelser | Grön | Röd | Röd | Grön |
| 2. Förslag till åtgärder  | Grön | Röd | Gul | Grön |

|                           |             |            |            |             |
|---------------------------|-------------|------------|------------|-------------|
| 3. Vidta tydliga åtgärder | Grön        | Grå        | Gul        | Grön        |
| <b>Totalt</b>             | <b>Grön</b> | <b>Röd</b> | <b>Gul</b> | <b>Grön</b> |

Av sammanställningen framgår att det finns en utvecklingspotential inom två av fyra granskade organ.

Vid genomgång av erhållen dokumentation framgår att avvikelser inom respektive kontrollområde samt vidtagna åtgärder rapporteras till regionstyrelsen respektive patientnämnden. Hälso- och sjukvårdsnämndens rapportering saknas redovisning av avvikelser och åtgärder. Regionala utvecklingsnämndens rapportering redovisar åtgärder, men inte avvikelser. Åtgärderna kan utvecklas ytterligare.

## Bedömning

*Har regionstyrelsen eller berörda nämnder fattat beslut om åtgärder med anledning av rapporterade avvikelser från internkontrollplanen?*

Delvis.

Bedömningen baseras på följande:

- Regionstyrelse och nämnder kan delvis verifiera att åtgärder har vidtagits vid noterade avvikelser.
- Rapportering och redovisning av åtgärder bör i första hand förbättras inom hälso- och sjukvårdsnämndens respektive regionala utvecklingsnämndens ansvarsområden.

För framtiden föreslås att berörda nämnder säkerställer att redovisning och rapportering av planerade/vidtagna åtgärder sker enligt regioninterna anvisningar.

## Utvärdering av system för intern kontroll

*Revisionsfråga 8: Har regionstyrelsen och berörda nämnder utvärderat sina system för intern kontroll, och i de fall förbättringar behövs, beslutat om sådana?*

## lakttagelser

I COSO-modellen betonas vikten av att kontinuerligt utvärdera organisationens arbete med intern kontroll.

Av regioninterna styrdokument framgår följande:

- Nämnderna ska årligen utvärdera sitt internkontrollarbete
- Utvärderingen ska fokusera på följande delar: a) hur arbetet är organiserat, b) om rutiner och anvisningar är tydliga, c) om arbetet varit effektivt
- Utvärderingen ska ske i samband i samband med årsuppföljning av internkontrollplan

- Regionstyrelsen ska därefter göra en samlad utvärdering av regionens internkontrollarbete
- Genomförda utvärderingar ska dokumenteras i särskilt anvisad mall

Inom ramen för granskningen har följande kontroller genomförts:

1. Uppföljning av internkontrollplan 2024 innehåller en utvärdering av internkontrollarbetet
2. Innehåll i utvärdering motsvarar krav i interna anvisningar
3. Av nämndsprotokoll framgår att utvärderingen har delgivits regionstyrelsen
4. Styrelsen har genomfört en samlad utvärdering av regionens system för intern kontroll 2024

Granskningen avser utvärdering av internkontrollarbete 2024. Resultatet redovisas nedan:

| Kontrollområde             | RS         | HSN        | RUN        | PN         |
|----------------------------|------------|------------|------------|------------|
| 1. Utvärdering             | Gul        | Röd        | Röd        | Röd        |
| 2. Utvärderingens innehåll | Grå        | Grå        | Grå        | Grå        |
| 3. Delgivits styrelsen     | E/T        | Grå        | Grå        | Grå        |
| 4. Samlad utvärdering      | Röd        | E/T        | E/T        | E/T        |
| <b>Totalt</b>              | <b>Röd</b> | <b>Röd</b> | <b>Röd</b> | <b>Röd</b> |

Av protokoll framgår inte att vare sig styrelse eller nämnd genomfört en utvärdering av internkontrollarbetet. I intervjuer framkommer dock att styrelsen i samband med temasammanträde i december 2024 har genomfört en utvärdering av styrelsens arbete med intern kontroll.

I övrigt noteras att regionstyrelsen – under granskningsperioden – delgivits uppföljning av internkontrollplan 2024 från patientnämnden respektive regionala utvecklingsnämnden.

## Bedömning

*Har regionstyrelsen och berörda nämnder utvärderat sina system för intern kontroll, och i de fall förbättringar behövs, beslutat om sådana?*

Nej.

Bedömningen baseras på följande:

- Ingen facknämnd har genomfört en utvärdering av internkontrollarbete 2024
- Regionstyrelsen har inte utvärderat regionens system för intern kontroll 2024.

För framtiden föreslås att regionstyrelse och samtliga nämnder ser till att utvärdering av regionens arbete med intern kontroll sker enligt gällande regelverk.

# Avslutning

## Samlad bedömning

Nedan redovisas revisionell bedömning för respektive revisionsfråga:

| Revisionsfrågor                                                                                                                                                                                   | Bedömning |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Finns det relevanta dokument (reglemente, riktlinjer, policys) avseende intern kontroll och riskanalys samt att dokumenten är kända inom organisationen?                                          | Delvis    |    |
| Har internkontrollplan för 2025 föregåtts av en dokumenterad bedömning utifrån risk och väsentlighet omfattande ekonomiska och verksamhetsmässiga risker för regionstyrelsen och berörda nämnder? | Delvis    |    |
| Har regionstyrelsen och berörda nämnder beslutat om internkontrollplan för år 2025?                                                                                                               | Delvis    |    |
| Har kontrollåtgärder i internkontrollplan verkställts och återrapporterats till regionstyrelsen och berörda nämnder?                                                                              | Delvis    |    |
| Har uppföljning och återrapportering av internkontrollplanen skett på ett strukturerat sätt till nämnd eller styrelse?                                                                            | Delvis    |  |
| Har regionstyrelsen, i enlighet med gällande reglemente, informerat sig om hur den interna kontrollen fungerar i divisionerna?                                                                    | Ja        |  |
| Har regionstyrelsen eller berörda nämnder fattat beslut om åtgärder med anledning av rapporterade avvikelser från internkontrollplanen?                                                           | Delvis    |  |
| Har regionstyrelsen och berörda nämnder utvärderat sina system för intern kontroll, och i de fall förbättringar behövs, beslutat om sådana?                                                       | Nej       |  |

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att regionstyrelse och nämnder *inte helt* bedriver ett systematiskt arbete med intern kontroll. Ett flertal avvikelser har noterats.

Vår granskning visar att granskade organ kommit olika långt i arbetet med intern kontroll.

## Rekommendationer

För att utveckla arbetet med intern kontroll bör följande rekommendationer prioriteras:

- Att regionstyrelsen – efter pågående översyn av styrdokument – säkerställer att regler, anvisningar och mallar görs kända inom organisationen. Styrelsen bör även till kommande år utföra en samlad utvärdering av regionens arbete med intern kontroll. Vissa utvecklingsområden har även noterats när det gäller uppföljning av internkontrollplan.

- Att hälso- och sjukvårdsnämnden efterlever gällande regelverk för intern kontroll. Detta gäller inom samtliga granskade delområden.
- Att regionala utvecklingsnämnden utvecklar sitt arbete med intern kontroll. Detta gäller i första hand utvärdering av intern kontroll, men förbättringspotential finns även i fråga inom delområdena planering, uppföljning samt åtgärder.
- Att patientnämnden – till kommande år – utvärderar sitt arbete med intern kontroll.

2025-09-18

Kristian Damlin

---

*Uppdragsledare*

Bo Rehnberg

---

*Projektledare*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Norrbotten enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2025-02-13. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.