

Bilaga årsredovisning 2022

---

# Uppföljning av regionstyrelsens internkontrollplan

## Innehållsförteckning

Korruptionsrisk .....	4
Inneboende risk.....	9
Affärsrisk/verksamhetsrisk .....	12
Förvaltningsrisk .....	25

## Inledning

Syftet med intern kontroll är att främja en fungerande ledning av Region Norrbottens verksamhet genom att förebygga och hantera risker, dra fördelar av möjligheter och starka sidor, kontinuerligt utveckla verksamheten samt utvärdera verksamhetens resultat. Intern kontroll är en del av regionens verksamhets- och ekonomistyrning.

Internkontrollarbetet ska säkerställa att följande uppnås:

1. Fastställda mål i budget och verksamhetsplan uppfylls.
2. Tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m. följs på ett tillfredsställande sätt.
3. Verksamheten är ändamålsenlig och kostnadseffektiv med väl dokumenterade system och rutiner för styrning.
4. Rättvisande redovisning, tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten.
5. Skydd mot förluster eller förstörelse av tillgångar.
6. Eliminering eller upptäckt av allvarliga fel.
7. Ge underlag för kontinuerliga förbättringar.
8. Säker och hållbart bedriven verksamhet

Kontrollaktiviteter i de operativa verksamheterna är grundstenen i den interna kontrollen. Kontrollaktiviteter ska byggas in i de ordinarie verksamhetsprocesserna, antingen via manuella rutiner eller systemstöd. Inventering av styrdokument är också en del av det löpande internkontrollarbetet.

Styrelse/nämnd beslutar dessutom om ett antal internkontrollmoment som ska verkställas under året. Dessa samlas i årliga internkontrollplaner. Kontrollmomenten kan vara preventiva eller utgöras av efterhandskontroller och vara resultat- eller rutinorienterade.

Nedan redovisas en uppföljning av regionstyrelsens internkontrollplan för 2022. Divisionernas uppföljning av internkontrollmoment 2022 redovisas i divisionernas årsrapporter.



Regionala utvecklingsnämnden och Patientnämndens uppföljning av internkontrollen redovisas i Regionala utvecklingsnämnden resp. Patientnämnden.

## Rapportering



### Korrupsionsrisk

#### Mutor, jäv, resultatmanipulering, stöld, övrig korrupktion

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
1.1 Policy mot mutor, jäv, korrupktion är inte tillgänglig/ uppdaterad	1.1 Stabschef rapporterar status på policyn	● En aktuell policy mot mutor, jäv, korrupktion finns tillgänglig och känd inom RN. Efter extern granskning av PWC i oktober 2022, och beslut i RS, ska policyn mot mutor, jäv, korrupktion under 2023 uppdateras med föreslagna rekommendationer/åtgärder. Rekommendationerna framgår i revisionsrapporten "Granskning av det förebyggande arbetet mot mutor och korrupktion samt regionens visseblåsarfunktion" och medföljande skrivelse.	
1.2 Policy mot mutor, jäv, korrupktion är inte känd	1.2 Stabschef inhämtar information och lämnar en bedömning om policy för mutor/korrupktion/jäv är känd i verksamheterna.	● En aktuell policy mot mutor, jäv, korrupktion finns tillgänglig och känd inom RN. Som en del i den årliga återrapporteringen om Region Norrbottens korrupktionsförebyggande arbete har en enkätundersökning skickats ut och besvarats av	

		avdelnings- och divisionschefer. Återrapporteringen, som behandlades styrelsemötet i december, visar att policyn mot mutor, jäv, korruption är känd inom RN. Återrapporteringen redovisar även förslag på åtgärder för att uppmärksamma och sprida policyn ytterligare inom verksamheten.	
1.3 Risk för mutor jäv i styrelsen	1.3 Stabschef inhämtar information och lämnar en bedömning av rutiner för jäv i Regionstyrelsen	 <p>Löpande aktiviteter och åtgärder finns på plats för att motverka jäv i regionstyrelsen och regionfullmäktige. Genomförda kontrollåtgärder/rutiner kopplat till risk för jäv i styrelsen inkluderar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionstyrelsen och regionfullmäktige utbildas och informeras om RN riktlinjer mot mutor, korruption och jäv vid utbildningsdagar.</li> <li>• Regionstyrelsen och regionfullmäktige informeras om riktlinjer mot jäv via utskick och information på webbplats.</li> </ul>	
1.4 Risk för mutor/jäv/korruption i ekonomiska processer	1.4 Ekonomidirektör lämnar bedömning av lämplig uppdelning av ansvar i ekonomipro-	 <p>Bedömningen är att internkontrollen i regionens redovisningsprocesser är väl avvägd mellan risk och resurs samt att fördelningen av ansvar och befogenheter</p>	

	cesserna för att undvika mutor/jäv/korruption, samt resultat från genomförda kontroller	i huvudsak är tillfredsställande. De synpunkter som inkommit i samband med revisionens granskning ska inarbetas i rutinerna. Återrapporteringen, som behandlades i decemberstyrelsemötet, visar att policyn mot mutor, jäv, korruption är känd inom RN. Återrapporteringen redovisar även förslag på åtgärder för att uppmärksamma och sprida policyn ytterligare inom verksamheten. Resultaten av genomförda kontroller förändrar inte den bedömningen och identifierade avvikelser kan omhändertas löpande.	
1.5 Risk vid anställning av personal (kopplat till händelser i tidigare anställning)	1.5 HR-direktör rapporterar om krav på referenskontroll vid anställning finns och efterlevs	● Rutin för referenstagning vid rekrytering finns. Väl avvägd mellan risk och resurs då det skulle krävas för stora resurser för att kontrollera att rutin följs vid alla anställningar.	
1.6 .1 Risk för mutor, jäv, korruption i samband med finansiella transaktioner	1.6 .1 Ekonomidirektör rapporterar om finanspolicy innehåller etiska föreskrifter	● Finanspolicyn innehåller fördelning av ansvar och befogenheter samt styrning och rapportering. Riktlinje mot mutor, korruption och jäv är tillämplig även för detta område.	

<p>1.6 .2 Risk för mutor, jäv, korruption i samband med upphandling/inköp</p>	<p>1.6 .2 Verksamhetschef inköp och upphandling, rapporterar om inköbspolicy innehåller etiska föreskrifter</p>	<p> I Riktlinje inköp framgår att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regionen ska agera för sunda affärsrelationer i syfte att motverka korruption.</li> <li>- Region Norrbotten ska vara en seriös och trovärdig part i upphandlingar. Innehållet i ingångna avtal ska uppfyllas av såväl leverantörer som av regionen.</li> <li>- Region Norrbottens policy och riktlinjer om nolltolerans mot alla former av korruption ska efterlevas. Rutin finns framtagen med jävsdeklARATIONER - text i avtalsmallar är framtagen som kopplar till regionens policy för mutor, jäv och korruption</li> </ul>	
<p>1.8 Risk i samband med hantering av passerkort/nycklar</p>	<p>1.8 Divisionschef Regionstöd rapporterar om policy för passerkort/nycklar</p>	<p> I dagsläget utfärdas passerkort och nycklar av både verksamhet inom FM, IT/MT och inom Fastigheter. Arbete är uppstartat för att se över gränstragningen mellan verksamheterna och säkerställa ansvarsfördelningen. Generellt fungerar utgivning och dialog mellan verksamheterna bra, men en tydlig ansvarsfördelning behöver sättas för att underlätta arbetet samt efterkontroller.</p>	<p>Arbetet pågår med att se över ansvarsfördelningen och säkerställa kontrollerat arbetssätt på samtliga orter.</p>


<p>1.9 Risk för mutor, jäv, korruption i samband hantering av stöldbegärliga läkemedel</p>	<p>1.9 Hälso- och sjukvårdsdirektör lämnar rapport över kontroller vid hantering stöldbegärliga läkemedel</p>	<p>◆ Bedömningen grundar sig på att beredskapen mot mutor, korruption och jäv är god. Däremot förekommer stöld av begärliga läkemedel från regionens läkemedelsförråd. Det är inte omfattande med det förekommer. <u>Underlag för ovanstående bedömning:</u> <u>Risk för mutor/korruption:</u> Låg. Regionen har riktlinjer i området och upplevelsen är att vi har en god följsamhet mot mutor och korruption. <u>Risk för jäv:</u> Låg. I grupperingar som tar fram läkemedelsrekommendationer (Läkemedelskommittén, LSG Läkemedel) jävsprövas ledamöterna. <u>Risk för stöld av begärliga läkemedel:</u> Medelnivå. I många av regionens c:a 200 läkemedelsförråd/rum finns narkotiska läkemedel. Dessa förvaras i låsta utrymmen och uttag och infattning av dessa läkemedel sker efter fastställda rutiner med kontrollräkning och signering. Tillgång till nyckel/passage finns endast hos en mindre andel av behörig personal. Dock förekommer stölder från personal med viss regelbundenhet. Misstänks stöld så finns en särskild rutin för detta som vård-</p>	
--	---	---	--




		enheterna följer. Inrättande av bättre passersystem, lås, narkotikaautomater med mera är investeringar som kan minska stöldrisken. Dock finns inget system som helt och hållet eliminerar stöldrisken.	
--	--	--	--

## Inneboende risk

### Komplexa bedömningar

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
2. Komplexa bedömningar i ekonomiprocesserna	2. Ekonomidirektör lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur vid nämnda transaktioner, samt resultat från genomförda kontroller	 <p>Ansvarsfördelning för kontroller och upprättande av underlag bedöms vara tillförlitlig och tillfredsställande och internkontrollen i regionens redovisningsprocesser bedöms vara väl avvägd mellan risk och resurs. Resultaten av genomförda kontroller förändrar inte den bedömningen och avvikelser omhändertas löpande. Rutiner och kontroller finns för säkerställande av en korrekt redovisning. Värdering av komplexa poster som finansiella placeringar och pensionsskulder m.m utgår ifrån externa underlag.</p>	

**Transaktionsintensiva verksamheter**


Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
3. Transaktionsintensiva ekonomiprocesser - Systematiska brister kan leda till väsentliga fel även om små avvikelser per transaktion	3. Ekonomidirektör lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur kopplat till risken, samt resultat från genomförda kontroller	 <p>Bedömningen är att internkontrollen i regionens transaktionsintensiva redovisningsprocesser i huvudsak är väl avvägd mellan risk och resurs likväl som fördelningen av ansvar och befogenheter. Resultaten av genomförda kontroller och avvikelser omhändertas löpande. För att ytterligare stärka effektivitet och resursåtgång i processerna har en genomlysning av några utvalda transaktionsprocesser inom ekonomistöd genomförts med konsultstöd. Översynen har resulterat i ett flertal förslag till åtgärder för att förbättra effektiviteten i processerna med upprätthållande av en tillräcklig interna kontroll. Införandet under året av en ny leverantöresreskontra har föregåtts av vissa brister i planeringen. Införandet ska utvärderas för framtida lärdomar.</p>	Utvärdering av införandet av ny leverantöresreskontra, LRP

**Beloppsmässigt väsentliga poster**


Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
4.1 Risker vid hantering av beloppsmässigt väsentliga poster i ekonomiprocesserna	4.1 Ekonomidirektör lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur vid nämnda transaktioner, samt resultat från genomförda kontroller	● Bedömningen är att internkontrollen i regionens redovisningsprocesser avseende större belopp har varit tungrodd och inte skapat den förbättrade kontroll som motiverar merarbetet. Delegationsordningen har förändrats under 2022 för att ge bättre effektivitet i processerna och lägga ansvaret för beslut på rätt ställe. Bedömningen vid årsskiftet är att internkontrollen är väl avvägd mellan risk och resurs samt att fördelningen av ansvar och befogenheter i huvudsak är tillfredsställande. Regionen följer överföringar av vissa större belopp i realtid.	
4.2 Risker vid hantering av beloppsmässigt väsentliga poster i HR-processerna	4.2 HR-direktör lämnar rapport angående efterlevnad av lönesamråd	● I de uppföljningar som gjorts av avvikelser till givna lönesamråd så ligger det på cirka 2 procent vilket är en klar förbättring till tidigare nivåer på mellan 12–13 procent av alla lönesamråd.	

## Affärsrisk/verksamhetsrisk


Intäkter som till stor del inte har direkt samband med utförd verksamhet, kräver långsiktig planering och kunskap om externa förutsättningar för att säkerställa fullständig ersättning.

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
5. Intäkter som till stor del inte har direkt samband med utförd verksamhet kräver långsiktig planering och kunskap om externa förutsättningar för att säkerställa fullständig ersättning	5. Ekonomidirektör lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur kopplat till risken, samt resultat från genomförda kontroller	 <p>Bevakning sker löpande av befolkningsutveckling, förändringar av generella och riktade statsbidrag samt projektmedel. Särskild struktur finns etablerad för hantering av nationella överenskommelser. Avstämning sker av inbetalningar och åiterrapporteringar. Bedömningen är att internkontrollen i regionens processer är väl avvägd mellan risk och resurs samt att fördelningen av ansvar och befogenheter är tillfredsställande. Resultaten av genomförda kontroller förändrar inte den bedömningen och avvikelser omhändertas löpande.</p>	


**Begränsad påverkansmöjlighet på verksamhetsbehov/produktion av vård**

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
6. Begränsad möjlighet att påverka behov av och produktion av vård, till följd av demografiska förändringar, smittor/folksjukdomar/krig/katastrofer eller förändrade råd och rön	6. Hälso- och sjukvårdsdirektör lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur kopplat till risken, samt resultat från genomförda kontroller	 <p>Frågeställningen är för stor, går inte att besvara på ett tillfredsställande sätt</p>	


**Verksamhet beroende tillgång vårdkritiskt material - externa och interna faktorer kan leda till bristande tillgång**

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
7. Verksamheten är beroende av tillgång till vårdkritiskt material - externa och interna faktorer kan leda till bristande tillgång	7. Divisionschef Regionstöd lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur kopplat till risken, samt resultat från genomförda kontroller	 <p>Kontroll har genomförts avseende artiklar med lagervärde över 90 dagar. Samverkan kring exakt vilka artiklar som berörs har startats upp.</p>	Regional struktur för samverkan mellan vård, fastighet, mtrl, HR, m.m. är under uppstart. Tilliak pågår nationell samverkan kring alternativa producenter, som regionen medverkar i. Åtgärd för att nå längre inom mtrl-sidan är att medverka i dessa forum internt och externt för att skapa större förståelse för behov och flöden.


**Verksamhet beroende av särskild kompetens**

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
8. Verksamhetens beroende av särskild kompetens, externa och interna faktorer kan leda till bristande tillgång	HR-avdelningen lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur kopplat till risken, samt resultat från genomförda kontroller	<p>  Den demografiska utvecklingen ger fortsatt ett ökat behov av hälso- och sjukvårdstjänster parallellt med att andelen personer som är i arbetsför ålder minskar vilket sammantaget innebär stora utmaningar för regionens hälso- och sjukvård. Att vara en attraktiv arbetsgivare som kan attrahera, rekrytera, utveckla och behålla kompetenser är en avgörande förutsättning för att Region Norrbotten som organisation ska åstadkomma en långsiktigt hållbar kompetensförsörjning.         </p> <p>           Arbeta pågår med att genomföra aktiviteter kopplat till handlingsplanen för strategin för kompetensförsörjning.         </p>	

**Förtroendekänslig verksamhet med högt allmän-/mediaintresse**

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
9. Förtroendekänslig verksamhet med högt allmän-/mediaintresse	9. Kommunikationsdirektör lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur kopplat till risken, samt resultat från genomförda kontroller	 <p>Bedömningen är att internkontrollen är väl avvägd mellan risk och resurs samt att fördelningen av ansvar och befogenheter är tillfredsställande. Resultaten av genomförda kontroller förändrar inte den bedömningen och avvikelser omhändertas löpande.</p>	

**Handhavande sekretessuppgifter inkl. känsliga personuppgifter och affärsmässigt sekretessbelagda uppgifter**

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
10. Handhavande av sekretessuppgifter inkl. känsliga personuppgifter, risk för röjning känsliga personuppgifter (samt affärsmässigt sekretessbelagda uppgifter)	10. Stabschef lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur kopplat till risken, samt resultat från genomförda kontroller	 <p>Lämplig kontrollstruktur kopplad till risken finns på plats. Bedömningen är att internkontrollen är väl avvägd mellan risk och resurs samt att fördelningen av ansvar och befogenheter är tillfredsställande. Resultaten av genomförda kontroller förändrar inte den bedömningen och avvikelser omhändertas löpande. Aktiviteter och åtgärder finns på plats för att minska risken för röjning av sekretessuppgifter. Genomförda åtgärder kopplat</p>	

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
		<p>till handhavande av sekretessuppgifter inkl. känsliga personuppgifter, risk för röjning känsliga personuppgifter (samt affärsmässigt sekretessbelagda uppgifter) inkluderar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Årlig genomgång av regler för utlämnande av allmänna handlingar och journalhandlingar, regler för hantering av sekretess och samtycke när patienten är ett barn samt sekretessförbindelse, samt andra dokument och handlingar som rör sekretess.</li> <li>• Delårlig genomgång/uppdatering av information i ledningssystemet</li> <li>• Månatlig kunskapsspridning vid arbetsplatsträffar (apt)</li> <li>• Sekretessförbindelse vid studiebesök i regionens vårdverksamheter</li> <li>• Publicering av "Månadens tips från juristerna" på Insidan</li> </ul>	




**Patienter/medborgare/medarbetare - kränkande särbehandling, trakasserier, hot, våld**

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
11.1 Policy inom området är inte tillgänglig/ uppdaterad	11.1 HR-direktör rapporterar status på policy	● Riktlinjen kränkningar, trakasserier och mobbning är aktuell, uppdaterad och publicerad i ledningssystemet och på Insidan	
11.2 Policy inom området är inte känd	11.2 HR-direktör inhämtar information och lämnar en bedömning om policy är känd i verksamheterna	● Finns rutin för genomgång av material i samband med verksamheternas Arbetsplatsträffar. Är inlagt i chefernas årshjul för det systematiska arbetsmiljöarbetet.	
11.3 Risk för kränkande särbehandling, trakasserier, hot och våld avseende medarbetare	11.3 HR-direktör lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur kopplat till risken, samt resultat från genomförda kontroller	◆ Enskilda medarbetarsamtal mellan chef och medarbetare. Uppföljning via medarbetarundersökningen. Rapportering av olycksfall och tillbud via systemstödet IA.	Förstudie för eventuellt införande av "Aktiva åtgärder" via SAM-modulen i Stratsys.
11.4 Risk för kränkande särbehandling, trakasserier, hot och våld avseende patienter	11.4 Hälso- och sjukvårdsdirektör lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur kopplat till risken, samt resultat från genomförda kontroller	◆ Uppföljning sker via; <ul style="list-style-type: none"> <li>Incidentrapportering till säkerhetsamordnare på respektive sjukvårdsområde</li> <li>Avvikelse rapportering på verksamhetsnivå</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kända och implementerade rutiner/checklistor på verksamhetsnivå behövs.</li> <li>Behov finns av ett systematiskt säkerhetsarbete för att förebygga hot och våldshändelser i vård-</li> </ul>

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
		<ul style="list-style-type: none"> <li>IA-systemet uppföljning arbetsmiljö</li> </ul> <p>Antalet incidentrapporter ökar vilket tyder på en ökad risk för hot/våld från patient och besökare.</p>	<p>miljö. Där ingår att tydliggöra/ta fram/genomföra;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ansvar och organisation.</li> <li>Vilka risker och rutiner som finns</li> <li>Säkerhetszoner och larm</li> <li>Utbildning/övning ska genomföras/har genomförts</li> <li>Kontroll och uppföljning</li> </ul>

**Patienter/medarbetare - vårdskada/-olycka/tillbud**

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
12.1 Risker inom patientsäkerhet, smittskydd, strålsäkerhet och vårdhygien.	12.1 Hälso- och sjukvårdsdirektör lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur kopplat till risken, samt resultat från genomförda kontroller	● Fastställda handlingsplaner som följs upp årligen	
12.2 Risker inom driftsäkerhet	12.2 Stabschef lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur kopplat till risken, samt resultat från genomförda kontroller	● Lämplig kontrollstruktur kopplat till risken finns på plats. Bedömningen är att internkontrollen är väl avvägd mellan risk och resurs samt att fördelningen av ansvar och befogenheter är tillfredsställande. Resultaten av genomförda kontroller förändrar inte den bedömningen och avvikelser omhändertas löpande. Genomförda kontrollaktiviteter och direktåtgärder kopplade till driftsäkerhet inkluderar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reviderat Regional kris- och beredskapsplan</li> <li>• Reviderat lokala kris- och beredskapsplaner</li> <li>• Genomfört RSA (Risk- och sårbarhetsanalys) resultat skickat till Socialstyrelsen och Länsstyrelsen</li> </ul>	


Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utbildat regional- och lokala krisledning i stabsmetodik, stabschefsutbildning</li> <li>• Genomfört nationella övningar (Giron / Vilde)</li> <li>• Infört en ny TiB-organisation</li> <li>• Utbildat TiB-organisationen</li> <li>• Förstärkt regional- och lokala krisledning med fler personer på funktionerna</li> <li>• Genomfört några säkerhetsdialoger (kontroll över verksamheternas rutiner och checklistor)</li> <li>• Utbildat Säkerhetsskyddschef i regionen</li> <li>• Förstärkt säkerhetsenheten personalmässigt med fler funktioner</li> </ul>	
12.3 Risker inom Brandsäkerhet	12.3 Divisionschef Regionstöd lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur kopplat till risken, samt resultat från genomförda kontroller	 <p>Under 2022 har omorganisation skett inom brandsäkerhet. Numera är hela ansvaret för brandsäkerhet (både organisatorisk och fysisk brandsäkerhet) inom fastighetsavdelningen. Tidigare var detta uppdelat mellan fastigheter och säkerhetsenheten. Nu pågår</p>	Fortsatt implementering av brandskyddsåtgärder inom fastigheter under 2023.

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
		uppbyggnad av arbetssätten för att säkerställa kontinuitet i detta arbete. Regionen har under året deltagit i myndighetskontroller och agerar enligt resultat.	
12.4 Risker inom MT-säkerhet	12.4 IT/MT-direktör lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur kopplat till risken, samt resultat från genomförda kontroller	● Den kontrollstruktur som är utvecklad är anslutna system i risk och avvikelshanteringssystemet Synergi. Genomförda kontroller är återrapporterade i patientsäkerhetsberättelsen.	




### Patienter/medarbetare - arbetsplatsolycka/tillbud

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
13.1 Risker kopplade till det övergripande säkerhetsarbetet avseende arbetsplatsolycka/tillbud	13.1 HR-direktör rapporterar angående övergripande säkerhetsarbete för att förebygga och hantera arbetsplatsolycka/tillbud	● Löpande aktiviteter och åtgärder genomförs beroende på verksamheternas behov för att förebyggande arbete för att minimera arbetsplatsolyckor och tillbud.	

**Medarbetare - ohälsosam stress/psykisk ohälsa**


Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
14 Ohälsosam stress/psykisk ohälsa i arbetet	14 HR-direktör rapporterar om förekomst av lämpliga kontroller, resultat från uppföljning samt uppföljning av eventuella åtgärder för verksamheter med högre risk för arbetsplatsolycka/tillbud	 <p>Material för att undersöka och följa upp organisatorisk och social arbetsmiljö finns tillgängligt och stöd via HR-funktionen och Företagshälsovården finns att avropa. Uppföljning sker även via medarbetarundersökningen</p>	

**Högt IT-beroende**

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
15.1 Policy inom området är inte tillgänglig/ uppdaterad	15.1 IT/MT-direktör rapporterar status på policy	 <p>Anvisning för IT och informationssäkerhet är framtagen och publicerad våren 2022.</p>	
15.2 Policy inom området är inte känd	15.2 IT/MT-direktör inhämtar information och lämnar en bedömning om policy är känd i verksamheterna	 <p>Arbete pågår med att stärka IT- och informationssäkerhetsområdet i alla led. Det arbetet kommer att fortsätta under 2023. I nuläget kan ingen bedömning göras avseende hur känd anvisning är i verksamheterna.</p>	
15.3 Risk för dataintrång	15.3 IT/MT-direktör inhämtar information och rapporterar om förekomst av lämpliga	 <p>Under 2022 har de tekniska miljöerna</p>	

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
	kontroller samt resultat från uppföljning	kommit på plats som möjliggör IT-säkerhetsarbetet. En IT-säkerhetsfunktion är under uppbyggnad samt att under kvartal tre 2022 har arbete genomförts med att ta fram lämpliga kontroller. Några exempel på kontroller: - Antal intrångsförsök mot regionens datorer - Antal intrångsförsök från internet Uppföljningen påbörjas under 2023	

### Miljöpåverkande verksamhet


Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
16. Risk för skadlig miljöpåverkan	16. Divisionschef Regionstöd och stabschef inhämtar information från samtliga avdelningsdirektörer- och divisionschefer med berörd verksamhet. Rapporteringen ska innehålla bedömning av lämplig kontrollstruktur kopplat till aktuell risk samt resultat från genomförda kontroller.	 <p>Kontrollstruktur finns på plats för att motverka risker för skadlig miljöpåverkan. Genomförda direktåtgärder/kontrollaktiviteter för att minska risken inkluderar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antagen hållbarhetsstrategi som syftar till ett mer systematiskt hållbarhetsarbete i dialog med avdelningsdirektörer och divisionschefer.</li> <li>• För varje dimension finns en framgångsfaktor och ett styrmått antagen i</li> </ul>	



Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
		<p>regionstyrelsens plan, som därmed följs upp i varje division och avdelning.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strategin har också resulterat i en hållbarhetsgrupp, med syfte att skapa en sammanhållen bild och uppföljning av hållbarhetsarbetet i alla divisioner och avdelningar.</li> <li>• Varje dimension av hållbarhet har fått ett ansvarigt regionråd utsett.</li> <li>• Arbete med att bygga agendapyramider ökar verksamheternas kunskap om hur det befintliga hållbarhetsarbetet ser ut samt eventuell obalans mellan dimensionerna social, ekonomisk och miljömässig hållbarhet.</li> <li>• Utbildning till divisionschefer</li> <li>• Systematisk dialog med planerare, verksamhetutvecklare och kvalitetsansvariga gällande deras ansvar i arbetet med social, ekonomisk och miljömässig hållbarhet samt utbildning inom området för dessa grupper.</li> </ul> <p>Styrmått finns framtagna i hållbarhetsplanen och dess följs av division Regionstöd och rapporteras till hållbarhetsstrateg.</p>	







## Förvaltningsrisk

### Förändringar i/brott mot gällande lagar och regler

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
17.1 Risk att arbetssätt för att säkerställa efterlevnad av lagar och regler på regionövergripande nivå, är bristfälliga	17.1 Stabschef rapporterar om arbetssätt som säkerställer kunskap och efterlevnad av lagar och regler på regionövergripande nivå.	 Arbetssätt för att säkerställa kunskap och efterlevnad av lagar och regler på regionövergripande nivå finns på plats. Direktåtgärder/kontrollaktiviteter inkluderar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spridning av Riktlinjer mot mutor, korruption och jäv via olika forum, ex. utbildningsdagar för förtroendevalda, arbetsplatsträffar i verksamheten och utskick.</li> <li>• Årlig återrapportering om RN:s arbete mot mutor, korruption och jäv</li> <li>• Delårlig genomgång/uppdatering av information i ledningssystemet</li> <li>• Information och genomgång av RN policy, lagar och regler vid rekrytering av personal</li> <li>• Årlig genomgång av regler för utlämnande av allmänna handlingar och journalhandlingar, regler för hantering av sekretess och samtycke när patienten är ett barn samt sekretessförbin-</li> </ul>	



Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
		delse, samt andra dokument och handlingar som rör sekretess, lagar och regler <ul style="list-style-type: none"> <li>Publicering av "Månadens tips från juristerna" på Insidan</li> <li>Checklista vid introduktion av nyanställda, med länk till policy.</li> </ul>	
17.2 Risk att arbetssätt för att säkerställa efterlevnad av lagar och regler i verksamheten, är bristfälliga	17.2 Ekonomidirektör rapporterar om arbetssätt som säkerställer kunskap och efterlevnad av aktuella verksamhetsspecifika lagar och regler inom verksamheten.	 Bedömningen är att internkontrollen i regionens processer är väl avvägd mellan risk och resurs samt att fördelningen av ansvar och befogenheter är tillfredsställande vilket även gäller kunskapsnivån om lagar, regler och andra legala och interna styrande förutsättningar. Ansvaret för aktualisering mot förändringar är tydliggjort för utsedda processledare. Arbete har under 2022 genomförts med att uppdatera policy och styrande dokument liksom att nyttja regionens ledningssystem för att publicera processrelaterad ekonomiinformation samt uppdatera styrande dokument och riktlinjer med aktuella mallar med mera.	
	17.2 HR-direktör rapporterar om arbetssätt som säkerställer	 För att säkerställa kunskap och efterlevnad av aktuella verksamhetsspecifika lagar och	

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
	kunskap och efterlevnad av aktuella verksamhetsspecifika lagar och regler inom verksamheten.	regler finns arbetssätt på plats. Arbetssätten inkluderar: - Omvärldsbevakning inom sakområdet. - Löpande genomgång/uppdatering av information i styrande dokument samt övrig information på Insidan, ledningssystemet, SAM-modulen i Stratsys etc. - Avvikelser omhändertas löpande.	
	17.2 Hälso- och sjukvårdsdirektör rapporterar om arbetssätt som säkerställer kunskap och efterlevnad av aktuella verksamhetsspecifika lagar och regler inom verksamheten.	 Rutindokument och arbetssätt kopplat till aktuella lagar och förordningar säkerställs	
	17.2 IT/MT-direktör rapporterar om arbetssätt som säkerställer kunskap och efterlevnad av aktuella verksamhetsspecifika lagar och regler inom verksamheten.	 För att säkerställa kunskap och efterlevnad av aktuella verksamhetsspecifika lagar och regler inom IT/MT-området så är ledningssystemet uppbyggt efter ISO-standard.	
	17.2 Kommunikationsdirektör rapporterar om arbetssätt som säkerställer kunskap och efter-	 Bedömningen är att internkontrollen är väl avvägd mellan risk och resurs samt att fördelningen av ansvar och befogenheter är	

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
	levnad av aktuella verksamhetsspecifika lagar och regler inom verksamheten.	tillfredsställande. Resultaten av genomförda kontroller förändrar inte den bedömningen och avvikelser omhändertas löpande.	
	17.2 Stabschef rapporterar om arbetssätt som säkerställer kunskap och efterlevnad av aktuella verksamhetsspecifika lagar och regler inom verksamheten.	 Arbetssätt för att säkerställa kunskap och efterlevnad av aktuella verksamhetsspecifika lagar finns på plats. Genomförda direktåtgärder/kontrollaktiviteter inkluderar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Årlig översyn och insatser för att sprida riktlinje mot mutor, korruption och jäv inom RN.</li> <li>• Publicering av "Månadens tips från juristerna" på Insidan</li> <li>• Månatlig kunskapsspridning vid arbetsplatsträffar (apt)</li> <li>• Årlig genomgång av introduktions- och utbildningsmaterial.</li> <li>• Årlig genomgång av regler för utlämnande av allmänna handlingar och journalhandlingar, regler för hantering av sekretess och samtycke när patienten är ett barn samt sekretessförbin-</li> </ul>	

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
		<p>delse, samt andra dokument och handlingar som rör sekretess.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Delårlig genomgång/uppdatering av information i ledningssystemet</li> <li>• Omvärldsbevakning inom sakområdet av respektive strateg.</li> </ul>	

### Förvaltningsansvar separata juridiska personer

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
18.1 Policy för ägarstyrning är inte tillgänglig/uppdaterad	18.1 Regional utvecklingsdirektör rapporterar om status på policyn	 <p>Policy finns men behöver uppdateras för att stämma överens med regionens organisationsform och övriga styrdokument.</p>	Att policyn för ägarstyrning uppdateras i syfte att vara i överensstämmelse med regionens organisationsform samt med riktlinje för Regionstyrelsens ledning, styrning och uppföljning.
18.2 Risk för bristande insyn, påverkansmöjlighet i delägda bolag, kommunalförbund mm	18.2 Regional utvecklingsdirektör rapporterar om uppföljning av efterlevnad av ägardirektiv	 <p>Årshjulet för ägarstyrningen samt för ärendehantering i RUN säkerställer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Att bolagens rapportering inkommer, analyseras och delges RUN, RS och RF</li> <li>• Att dialog förs med bolagsledning och ägare kring ägardirektiven och uppfyllnad av dessa</li> </ul>	

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Att ägardirektiven uppdateras vid behov</li> </ul>	


### Övrigt icke värdeskapande/ändamålsenligt användande av resurser/resursslöseri

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
19. Risk för resursslöseri till följd av övrigt icke värdeskapande/ändamålsenligt användande av resurser	—	— Frågeställningen är för omfattande för att besvara på ett tillfredsställande sätt	

### Felaktig redovisning och rapportering

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
20. Risk för felaktig redovisning och rapportering	20. Ekonomidirektör lämnar bedömning av lämplig kontrollstruktur kopplat till risken, samt resultat från genomförda kontroller	● Bedömningen är att internkontrollen i regionens redovisningsprocesser är väl avvägd mellan risk och resurs samt att fördelningen av ansvar och befogenheter är tillfredsställande. Resultaten av genomförda kontroller förändrar inte den bedömningen och avvikelser omhändertas löpande.	

**Verksamhet bedrivs ej enligt fastställda mål**

Risk	RS internkontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
21. Risk för att verksamheten inte bedrivs enligt fastställda mål	21. Ingår i rutin för rapportering	 <p>Bedömningen är att internkontrollen i regionens uppföljnings- och planeringsprocesser är väl avvägd mellan risk och resurs samt att fördelningen av ansvar och befogenheter är tillfredsställande. Resultaten av uppföljning förs löpande in i planeringsprocess och uppföljningsrapporter. Avvikelser av måluppfyllelse har rapporterats i samband med delårs- och årsrapportering och resultaten av uppföljning m.a.p ekonomi, personal, produktion och tillgänglighet har rapporterats månadsvis via regiondirektörens rapport. Analysrapporter görs för att göra fördjupade studier inom utpekade områden. Dialogtillfällen har genomförts tertialvis m.a.p uppföljning av divisionsplanerna.</p>	

**NORRBOTTEN.SE**