



Processen för intern kontroll

Revisionsrapport

Sammanfattning

Revisorerna har bedömt att det finns en risk för att processen för intern kontroll inte har implementerats fullt ut. En fungerande internkontrollprocess är väsentlig, eftersom den ska säkerställa att organisationen fullgör sina uppdrag och mål som rör verksamhet, rapportering och följsamhet gentemot lagar och regler.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om en ändamålsenlig process för den interna kontrollen har säkerställts.

Sammanfattande bedömning

Vi bedömer sammantaget att väsentliga åtgärder har vidtagits under 2018 för att utveckla processen för den interna kontrollen, framförallt genom de riktlinjer som Regionstyrelsen har utfärdat. Vi anser samtidigt att ett arbete i enlighet med processen inte har säkerställts i alla delar. För att processen ska kunna sägas vara ändamålsenlig behöver därför ett fortsatt utvecklingsarbete ske med bl.a. riskanalyser, riskhantering och uppföljning av den interna kontrollen. Vi har också noterat att ett pågående arbete pågår, framförallt med avseende på riskanalys och riskhantering.

Rekommendationer

Nedan framgår våra främsta rekommendationer i syfte att utveckla processen för den interna kontrollen.

- Se över behovet av att förtydliga Regionstyrelsens riktlinjer för att säkerställa att de får avsedd effekt.
- Utveckla regionens arbetssätt med riskanalyser och riskhantering.
- Utveckla internkontrollplanerna med uppföljning av den interna kontrollen med riskanalyser som grund.
- Säkerställ att uppföljning av den interna kontrollen rapporteras i enlighet med beslutade interkontrollplaner.
- Se över formerna för försäkran i enlighet med Regionfullmäktiges policy.
- Se över formerna för Regionstyrelsens bevakning av att övriga nämnder har ett tillfredsställande arbetssätt avseende intern styrning och kontroll.

I revisionsrapporten finns sådana frågor kommenterade som vi bedömer behöver beaktas inom ramen för ovanstående rekommendationer.

De rekommendationer som rör behovet av gemensamma principer och arbetssätt, förtydliganden av riktlinjer samt bevakning/uppsikt vänder sig till Regionstyrelsen. Att tillse att riskanalyser görs i tillräcklig utsträckning är däremot ett ansvar för respektive nämnd/styrelsen. Detsamma gäller utformningen av internkontrollplanen samt uppföljningen av densamma.

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	4
2	Syfte, revisionsfråga och avgränsning	4
3	Revisionskriterier	4
4	Avgränsning	5
5	Ansvarig nämnd/styrelse	5
6	Metod.....	5
7	Projektorganisation.....	5
8	Disposition.....	5
9	Allmänt om intern styrning och kontroll	6
9.1	Kommunallagen	6
9.2	Region Västernorrlands styrdokument	6
10	Resultat av granskningen.....	7
10.1	Styrelsens samordning.....	7
10.2	Organisation, regler och anvisningar.....	8
10.3	Riskanalys och riskhantering.....	9
10.4	Plan för uppföljning	12
10.5	Rapportering	13
10.6	Försäkran	14
10.7	Styrelsens uppsikt.....	15
11	Revisionell bedömning	16

1 Bakgrund

Revisorerna har bedömt att det finns en risk för att processen för intern kontroll inte har implementerats fullt ut. Revisorerna anser att en fungerande process är väsentlig, eftersom den ska säkerställa att organisationen fullgör sina uppdrag och mål som rör verksamhet, rapportering och följsamhet gentemot lagar och regler.

2 Syfte, revisionsfråga och avgränsning

Syftet med granskningen har varit att bedöma om en ändamålsenlig process för den interna kontrollen har säkerställts. Granskningen är avgränsad till nedanstående revisionsfrågor:

- om styrelsen har tillsett att processen för intern kontroll samordnas inom regionen
- om styrelsen och nämnderna har tillsett att en organisation upprättas och regler och anvisningar finns för den interna kontrollen,
- om styrelsen och nämnderna har tillsett att riskanalyser genomförs inom ramen för sin verksamhet,
- om styrelsen och nämnderna har säkerställt att aktiviteter har vidtagits för att minska risker utifrån riskanalyserna
- om styrelsen och nämnderna har beslutat om en plan för uppföljning av intern kontroll som bygger på en dokumenterad bedömning av risker i verksamheten,
- om styrelsen och nämnderna har tillsett att resultatet av uppföljningen rapporteras löpande, i enlighet med vad som framgår av planen,
- om styrelsen och nämnderna har tillsett att försäkran om att nödvändiga åtgärder för en uppnå en tillräcklig intern kontroll har avgetts.
- om styrelsen har bevakat att övriga nämnder har ett tillfredsställande arbetssätt avseende intern styrning och kontroll.

3 Revisionskriterier

De revisionskriterier som utgjort underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar är huvudsakligen följande:

- Kommunallagen¹, 6 kap. 6 §
- Policy: Samlad ledningsprocess²
- Riktlinje: Intern styrning och kontroll³

¹ SFS 2017:725

² Beslutad av Regionfullmäktige 2017-04-27, § 87

³ Beslutad av Regionstyrelsen 2018-05-09, § 156

4 Avgränsning

Granskningen är avgränsad till processen för intern kontroll. Den interna kontrollen i enskilda system och rutiner ingår således inte att bedöma.

5 Ansvarig nämnd/styrelse

Regionstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden och Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden utgör ansvarig styrelse/nämnd inom respektive verksamheter.

6 Metod

Granskningen har utförts genom intervjuer, utskickade frågor till förvaltningschefer och dokumentstudier.

Revisionsrapporten har kvalitetssäkrats enligt gällande rutiner, vilket bl.a. innebär att ett utkast till rapport har överlämnats för saklighetskontroll till berörda befattningshavare innan rapporten behandlades av Regionens revisor. Regiondirektören fick vid samma tidpunkt del av utkastet till rapport.

7 Projektorganisation

Granskningen har utförts av Tage Magnusson, Peter Lindholm och Anders Emnegard med Birgitta Arnberg som projektledare.

8 Disposition

Nedan beskrivs hur revisionsrapporten har disponerats utifrån de revisionsfrågor som framgår av avsnitt 2.

Revisionsfråga	Avsnitt
om styrelsen har tillsett att processen för intern kontroll samordnas inom regionen,	10.1
om styrelsen och nämnderna har tillsett att en organisation upprättas och regler och anvisningar finns för den interna kontrollen,	10.2
om styrelsen och nämnderna har tillsett att riskanalyser genomförs inom ramen för sin verksamhet,	10.3
om styrelsen och nämnderna har säkerställt att aktiviteter har vidtagits för att minska risker utifrån riskanalyserna,	10.3
om styrelsen och nämnderna har beslutat om en plan för uppföljning av intern kontroll som bygger på en dokumenterad bedömning av risker i verksamheten	10.4
om styrelsen och nämnderna har tillsett att resultatet av uppföljningen rapporteras löpande, i enlighet med vad som framgår av planen,	10.5
om styrelsen och nämnderna har tillsett att försäkran om att nödvändiga åtgärder för en uppnå en tillräcklig intern kontroll har avgetts.	10.6
om styrelsen har bevakat att övriga nämnder har ett tillfredsställande arbetssätt avseende intern styrning och kontroll.	10.7

9 Allmänt om intern styrning och kontroll

I det följande ges en övergripande beskrivning av den externa och interna reglering som finns rörande den interna kontrollen som är av betydelse för regionens verksamheter.

9.1 Kommunallagen

Av KL⁴, 6 kapitlet, 6 §, framgår följande om nämndernas ansvar för den interna kontrollen.

”Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Detsamma gäller när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap. 1 § har lämnats över till någon annan.”

KL innehåller inte, utöver ovan, någon närmare beskrivning eller definition av begreppet intern kontroll.

9.2 Region Västernorrlands styrdokument

Regionfullmäktige antog 2017-04-27, § 87, policyn ”Samlad ledningsprocess”. I policyn beskrivs intern kontroll enligt följande.

”Intern kontroll är den process som med rimlig säkerhet säkerställer att organisationen fullgör sina uppdrag och mål som rör verksamhet, rapportering och följsamhet gentemot lagar och regler.”

Av policyn framgår även vad arbetet med intern styrning och kontroll omfattar.

Regionstyrelsen beslutade 2018-05-09, § 156, om riktlinjen ”Intern styrning och kontroll”. Syftet med riktlinjen är att ge förutsättningar för ett systematiskt arbete med intern styrning och kontroll i Region Västernorrland.

Kommentar

Vi har noterat att COSO⁵-modellens komponenter; riskanalys, kontrollaktiviteter, information och tillsyn har kommit till uttryck i regionens regelverk. Regionens definition av intern kontroll utgår även från COSO:s ramverk.

Närmare beskrivningar av innehållet i regionens policy och riktlinje framgår av avsnitt 10.1 – 10.7.

⁴ Kommunallagen, SFS 2017:725

⁵ COSO, Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, är ett internationellt etablerat ramverk för utvärdering och utveckling av intern styrning och kontroll.

10 Resultat av granskningen

10.1 Styrelsens samordning

Styrelsen ska enligt kommunallagen, 6 kapitlet 1 §, leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter.

Av styrelsens reglemente framgår att den ska utfärda riktlinjer för den interna kontrollen. Därutöver anges att Regionstyrelsen ansvarar för att samordna styrningen av regionens verksamhet och att den ska ta initiativ till utveckling av arbetsformer, system och rutiner.

Vi har i vår granskning noterat att Regionstyrelsen fattat följande beslut som är av betydelse för dess samordning av den interna kontrollen.

- Beslut om att föreslå Regionfullmäktige att besluta om att fastställa policyn ”Samlad ledningsprocess”, som tydliggör regionens grundprinciper avseende planering, styrning och uppföljning, där kvalitet och intern kontroll finns integrerad (2017-04-04).
- Beslut om att fastställa riktlinjen ”Intern styrning och kontroll” (2018-05-09).

Regionstyrelsen beslutade även 2018-02-15 att uppdra till regiondirektören att vidta åtgärder för att stödja utvecklingen mot ett mer systematiskt arbetssätt med riskanalyser och riskhantering. Motsvarande uppdrag beslutades emellertid även av Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden samt Hälso- och sjukvårdsnämnden. Uppdraget, som senare har förnyats, beskrivs närmare i avsnitt 10.3.

Vi har i vår granskning efterfrågat övriga instruktioner och rutiner av betydelse, t.ex. principer för riskanalyser. Vi har noterat att det finns en mall för riskanalys och plan för uppföljning som används av Regionstyrelsen, Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden samt Hälso- och sjukvårdsnämnden. Ett arbete med att utveckla informationen om intern kontroll på intranätet har vidare gjorts vid Regionledningsförvaltningen. Vi har även uppfattat att metodstödet avses att stärkas. Som vi uppfattat det är åtgärderna en följd av det uppdrag som Regionstyrelsen och nämnderna beslutat om, vilket beskrivits i avsnitt 10.3.

Kommentarer

Vi bedömer sammantaget att Regionstyrelsen genom sitt beslut om riktlinjen ”Intern styrning och kontroll”, men även genom att ha föreslagit fullmäktige att besluta om policyn ”Samlad ledningsprocess” har vidtagit åtgärder som är av stor betydelse för en fungerande internkontrollprocess.

För att säkerställa att processen fungerar som det är tänkt anser vi dock att det utvecklingsarbete som pågår är av stor vikt. I avsnitt 10.2 - 10.7 berörs ett antal frågor som vi bedömer behöver beaktas i detta arbete.

10.2 Organisation, regler och anvisningar

Av Regionstyrelsen riktlinjer för intern styrning och kontroll framgår att nämnderna ska se till att en *organisation* upprättas och att *regler och anvisningar* finns för den interna kontrollen.

Enligt uppgift från Regionledningsförvaltningen avses med detta att respektive nämnd/styrelsen ska se till att det finns en struktur för den interna kontrollen, innefattande bl.a. arbetssätt, rapportering, modell och verktyg och att det finns personer som arbetar med detta.

Formuleringen ”att se till att det finns regler och anvisningar för den interna kontrollen” uppges dessutom innebära ”att se till att det vid behov finns övergripande riktlinjer för nämndens verksamheter”. Som exempel har angetts styrdokument för ett område som berör flera förvaltningar. Såvitt vi kunnat se finns inte några nämndspecifika riktlinjer som avser processen för den interna kontrollen. Styrande dokument som är av betydelse för en god intern kontroll, som t.e.x. delegationsordningar och balanserade styrkort, kan däremot identifieras.

Vi har i intervju med företrädare för Regionledningsförvaltningen ställt frågor för att få en uppfattning om vad som mer konkret avses med den organisation som ska upprättas för den interna kontrollen. Såsom vi uppfattat det förväntas inte nämnderna fatta något beslut rörande organisationen för den interna kontrollen. I stället har den organisering som finns vid Regionledningsförvaltningen, som stöd för förvaltningscheferna, framhållits. Enligt uppgift har diskussioner förts om internkontrollsamordnare vid regionens förvaltningar. För närvarande finns emellertid inte några särskilt utsedda befattningshavare med ansvar för sådan samordning.

Kommentarer

Utifrån den information som lämnats av Regionledningsförvaltningen kring hur riktlinjerna rörande organisation samt regler och anvisningar ska förstås har det inte framkommit något som tyder på att dessa bestämmelserna inte efterlevts. Vi vill dock lämna följande kommentarer.

- Regionstyrelsen och nämnderna har det yttersta ansvaret för att den interna kontrollen är tillräcklig inom sina verksamheter. I det ansvaret ingår bl.a. att utfärda de anvisningar som de finner nödvändiga för att säkerställa en ändamålsenlig process för den interna kontrollen. Behovet av sådana regler är vidare avhängigt förekomsten av regiongemensamma regler och anvisningar inom området.
- I syfte att säkerställa att riktlinjerna får avsedd effekt ser vi gärna att förtydliganden görs, d.v.s. vad som avses med den organisation samt regler och anvisningar som ska finnas samt vad som förväntas av nämnderna i detta avseende. Behovet av övriga förtydliganden ses med fördel även över.
- Vad gäller arbetssätt, rapportering, modell och verktyg, som beskrivs som centrala komponenter, vill vi hänvisa till våra kommentarer i efterföljande avsnitt.

10.3 Riskanalys och riskhantering

Av *policyn Samlad ledningsprocess* framgår att styrelse och nämnd som grund för sin styrning av det interna kontrollsystemet ska genomföra riskanalyser för sin verksamhet och besluta om en plan för uppföljning av intern kontroll.

Av *riktlinjen Intern styrning och kontroll* går bl.a. följande att utläsa:

- En riskbedömning syftar till att identifiera var verksamhetens risker finns, samt att bedöma om åtgärder behöver vidtas för att hantera risken.
- Analysen bör ta hänsyn till både externa och interna risker. Det gäller dels risker att målen i respektive perspektiv inte uppfylls, samt risker för att andra oönskade händelser inträffar, såsom att vi inte efterlever lagar och regler eller att oegentligheter uppstår.
- Ansvarig chef ska i samband med budgetskrivelse lyfta fram risker med förslag till handlingsplan, i enlighet med anvisningar för budgetarbetet.

Av *budgetskrivelsen för år 2018 och 2019* framgår att respektive förvaltning ska identifiera och analysera risker utifrån verksamhetens uppdrag, mål, lagar och regler som ett led i att skapa en god intern kontroll. Vidare anges att ”Utifrån riskanalys kan en rimlig, genomtänkt säkerhet byggas in i verksamhetens processer”.

Identifiering av lagar och regler

Av den regiongemensamma riktlinjen ”Intern styrning och kontroll” som Regionstyrelsen beslutat om framgår följande som rör lagar och regler:

- Nämnderna ska identifiera de lagar och regler som styrnämndens verksamhet.
- Utifrån uppdrag, mål, lagar och regler ska risker identifieras och analyseras.

Vi har i vår granskning efterfrågat rutiner för identifiering av lagar och regler. Vi har uppfattat att det finns olika grad av systematik vad gäller detta. Verksamheter som tillämpar ett kvalitetsledningssystem, som Laboratoriemedicin och Rättspsykiatriska regionkliniken, har angett att det sker inom dessa ramar. Inom Regional utveckling finns även ett systematiskt arbetssätt genom årlig identifiering inom ramen för verksamhetsplaneringen. Inom Regionledningsförvaltningen har chefernas ansvar för att identifiera lagar och regler framhållits.

Risکانالyser på verksamhetsnivå

Regionstyrelsen och nämnderna har inte ställt några uttryckliga krav på att riskanalyser ska upprättas på verksamhetsnivå. Som vi uppfattat Regionledningsförvaltningen förutsätts det emellertid då det ses som en nödvändighet för de riskanalyser som upprättas på förvaltningsnivå.

Enligt de uppgifter vi erhållit från förvaltningschefer förekommer riskanalyser på verksamhets-/enhetsnivå i begränsad utsträckning. Regional utveckling är emellertid, enligt den information som vi tagit del av, ett exempel där så sker. Även Regionledningsförvaltningen har uppgett att riskanalyser görs på verksamhetsnivå. Såsom det beskrivits för oss upprättas riskanalyser vanligen på förvaltningsnivå av ledningsgrupper eller motsvarande.

Vi har även uppfattat att det finns processer som inte har varit föremål för riskbedömningar, t.ex. sker i dagsläget inget systematiskt arbete med riskanalyser kopplat till redovisningsprocessen⁶. Någon samlad information om vilka processer eller verksamheter som varit föremål för riskbedömning har vi däremot inte.

Riskbedömningar

Vi har noterat att Regionstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden som Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden har erhållit riskanalyser för år 2018 och 2019 i samband med förvaltningarnas budgetskrivelser. Enligt vad som framgår av Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämndens protokoll och tillhörande handlingar innehöll dock inte Hälsocentralernas budgetskrivelse 2018 någon sådan analys. Enligt de uppgifter vi fått från förvaltningen har emellertid en riskanalys upprättats inför budgetåret.

Upprättade riskanalyser innefattar en bedömning av respektive risk utifrån dess sannolikhet och konsekvens, vilket överensstämmer med den mall som finns för ändamålet. Bedömningarna har dokumenterats med färgsymboler i form av grönt, gult eller rött. Någon beskrivning/definition av dem finns dock inte.

Riskacceptans och handlingsplaner

De riskanalyser som behandlats av Regionstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden, vilka kommenterats ovan, innefattar handlingsplaner till flertalet risker, framförallt för år 2019. Vi har samtidigt noterat att det inte finns några instruktioner eller principer om när en handlingsplan/åtgärd erfordras, d.v.s. vilka risknivåer som kan accepteras. Vid vår genomgång av budgetskrivelserna har även vi kunnat se att risker med högsta riskbedömningar inte alltid föranlett en handlingsplan. Huruvida det beror på att befintliga åtgärder bedöms som tillräckligt effektiva går inte att utläsa.

Av Regionstyrelsens riktlinje ”Intern styrning och kontroll”, som beslutades i maj 2018, framgår att handlingsplanerna ska följas upp i samband med delårs och helårsrapportering. Anvisningarna/mallarna till 2018 års verksamhetsberättelser innefattar dock ingen information om att sådan rapportering ska ske.

⁶ Riskanalys Regionens räkenskaper 18REV46

Däremot finns utrymme att rapportera övriga insatser som har bidragit till en förbättrad intern kontroll.

Enligt den information som vi fått från Regionledningsförvaltningen bedöms de krav som ställts på åiterrapporteringen utifrån internkontrollplanen avseende riskanalyser inbegripa nödvändig rapportering utifrån handlingsplanerna. Det har samtidigt uttryckts att kraven på åiterrapportering inte ska tolkas som att en fullständig rapportering erfordras av samtliga planerade åtgärder utifrån handlingsplanerna.

Utvecklingsuppdrag

I januari och februari 2018 fattade Regionstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden beslut om att uppdra till Regiondirektören ”att vidta åtgärder för att stödja utvecklingen mot ett mer systematiskt arbetssätt med riskanalyser och riskhantering”. Enligt uppgift har uppdraget effektuerats genom information/utbildning till Regionledningsgruppen. I samband med att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden i december 2018 beslutade om internkontrollplaner för 2019 togs återigen ett beslut med samma innebörd. Vi har dock inte granskat hur uppdraget har planerats, som t.ex. vilka åtgärder som avses att vidtas och när dem beräknas vara genomförda.

Kommentarer

Regionstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden har tillsett att riskanalyser har upprättats i samband med 2019 års budgetskrivelse. Även 2018 års budgetskrivelse innehåller riskanalyser med undantag för Hälsocentralerna.

Riskanalyserna innefattar även information om handlingsplan/planerade åtgärder. Vi bedömer dock att kraven på rapportering behöver tydliggöras för att säkerställa att det motsvarar Regionstyrelsens riktlinjer.

Nedan framgår ett antal kommentarer/bedömningar med anledning av vårt granskningsresultat, vilka vi rekommenderar beaktas t.ex. inom ramen för pågående utvecklingsuppdrag rörande riskanalyser och riskhantering.

- För att kunna säkerställa att väsentliga risker har identifierats behöver riskanalyser genomföras på verksamhetsnivå och för väsentliga processer.
- Tydliga och ändamålsenliga och bedömningsskalor gör det möjligt att bedöma risker och att kunna ta ställning till behovet av åtgärder för att motverka, minimera eller eliminera risker. Som angetts är den skala som Regionstyrelsen och nämnderna tillämpar inte definierad, vilket vi bedömer är en svaghet. Det behöver, enligt vår mening, även säkerställas att skalan är tillräckligt ”nyanserad” för att kunna identifiera de risker som behöver åtgärdas för att uppnå en rimlig säkerhet.
- Det behöver säkerställas att det finns rutiner/former för att identifiera lagar och regler av betydelse för verksamheten att beakta vid riskanalyser.

- En gemensam syn på riskacceptans, d.v.s. vilka risknivåer som kan betraktas som godtagbara, bör övervägas. I de fall risknivåerna överstiger denna nivå behöver således åtgärder planeras och vidtas. Detsamma gäller som vi ser det även rapportering.
- För att säkerställa nödvändig rapportering utifrån handlingsplaner bedömer vi att Regionstyrelsens bestämmelser inom området behöver framgå på ett tydligare sätt i t.ex. anvisningar och mallar till delårs- och helårsrapportering.

Vi bedömer även att det är väsentligt att tillräckligt stöd ges till berörda befattningshavare. Det arbete som påbörjats med att publicera information i ämnet på intranätet är en central del i detta.

10.4 Plan för uppföljning

Av såväl policyn ”Samlad ledningsprocess” som riktlinjen ”Intern styrning och kontroll” framgår att nämnderna ska besluta om plan för uppföljning av den interna kontrollen. Av riktlinjen framgår även att riskanalyserna ska utgöra grund för planen.

Vi har tagit del av Regionstyrelsens, Hälso- och sjukvårdsnämndens samt Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämndens planer för såväl 2018 som 2019.

Vi har noterat att Regionstyrelsens och nämndernas planer för dessa år främst är inriktade mot att vidareutveckla förvaltningarnas riskanalyser. Därtill finns ett antal övriga ”specifika områden för riskanalys” som i huvudsak avser identifiering och värdering av riskområden. Planerna innefattar nästintill inga uppföljningar av hur det interna kontrollsystemet fungerar. Uppföljning av efterlevnad av bisysslor är dock ett undantag som ingår i både 2018 och 2019 års internkontrollplaner för styrelsen och nämnderna. I Hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan ingår även att följa upp att det finns fastställda styrkort. Vi har i övrigt noterat att GDPR ingår i Regionstyrelsens internkontrollplan 2019, riskområdet är dock inte närmare specificerat.

Kommentarer

Vi kan konstatera att Regionstyrelsen och nämnderna har beslutat om internkontrollplaner för 2018 och 2019.

Att det sker en utveckling av den del i internkontrollprocessen som avser riskanalyser ser vi som väsentligt eftersom det är en viktig komponent för att säkra den interna kontrollen.

Vi anser samtidigt att det är väsentligt att uppföljning görs av befintligt kontrollsystem med anledning av styrelsens och nämndernas ansvar för den interna kontrollen. Genom uppföljning kan avvikelser upptäckas och åtgärdas för att få till stånd utveckling och förbättring. Att internkontrollplanerna endast i mycket begränsad utsträckning innehåller någon sådan uppföljning anser vi därför inte kan anses som tillfredsställande eftersom Regionstyrelsen och nämnderna därigenom inte tillförsäkras information om den interna kontrollen fungerar på avsett sätt. Av Regionfullmäktiges policy Samlad ledningsprocess framgår vidare att arbetet med intern styrning och kontroll bl.a. innefattar att ”följa upp hur det fungerar”.

Vi rekommenderar att Regionstyrelsen och nämnderna utvecklar interkontrollplanerna avseende uppföljning av den interna kontrollen med riskanalyser som grund.

Vi vill även hänvisa till våra kommentarer i avsnitt 10.3 angående betydelsen av att rapportering även sker av statusen vad gäller åtgärder utifrån handlingsplaner.

10.5 Rapportering

Av riktlinjen ”Intern styrning och kontroll” framgår att ”Nämnden ska tillse att resultatet av uppföljningen rapporteras i enlighet ned vad som framgår av planen.”

Vi har tagit del av Regionstyrelsens, Hälso- och sjukvårdsnämndens samt Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämndens rapportering vid delårsrapporten och verksamhetsberättelsen för år 2018.

Som angetts i avsnitt 10.4 är det endast bisysslor och styrkort som är en uppföljning av om gällande regelverk/rutiner efterlevs. Nedan sammanfattas den uppföljning som gjorts av dessa riskområden i delårsrapporten och i verksamhetsberättelsen som omfattar helåret.

- Rapporteringen till *Regionstyrelsen* avseende helåret 2018 innehåller information om att stickprov för bisysslor har utförts inom Regional utveckling. Regionledningsförvaltningen har inte utfört motsvarande stickprov. Huruvida stickprov gjorts inom Laboriemedicin går inte att utläsa av rapporteringen. Av delårsrapporterna framgick ingen information som tydde på att stickprov utförts vid någon förvaltning.
- Av den rapportering som gjorts till *Hälso- och sjukvårdsnämnden* avseende delåret och helåret 2018 framgår att inga stickprov gjorts av bisysslor, vare sig vid delåret eller helåret. Förvaltningarna bedömer dock att rutinerna fungerar väl alternativt att det inte finns några indikationer på avvikelser av betydelse. Vad gäller uppföljning av styrkort så framgår det inte av rapporteringen om samtliga länsverksamheter inom specialistvården har styrkort. Om styrkort brutits ned på verksamhetsnivå inom den rättspsykiatriska vården går vidare inte att utläsa.

- Den rapportering som gjorts till *Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden* avseende delåret och helåret 2018 innefattar information som rör följsamhet till rutinen för bisysslor. Omfattningen av stickprov kan däremot inte utläsas.

Av internkontrollplanerna framgår även att en sammanfattning ska rapporteras i den förstärkta månadsrapporten för april. Vi har dock inte kunnat se att sådan information har lämnats vid denna rapporteringstidpunkt.

När det gäller rapportering utifrån internkontrollplanernas delar som är inriktade mot att utveckla riskanalyserna, har vi noterat att rapportering skett. När det gäller Regionstyrelsens riskområde "Leverantörsfakturor, köpt vård" ingick även att ta fram en dokumenterad beskrivning av rutinen för fakturahantering för köpt vård, så har dock inte skett.

Kommentarer

Vi bedömer sammantaget, utifrån vårt granskningsresultat, att styrelsen och nämnderna inte har tillsett att resultatet av uppföljningen avseende bisysslor och styrkort har rapporterats löpande i enlighet med vad som framgår av internkontrollplanerna.

Den uppföljning som gjorts av bisysslor och styrkort motsvarar endast delvis ställda krav. När det gäller Folkhälso-, primärvårds- och tandvårdsnämnden har vi dock, som ovan angetts, noterat att rapportering av bisysslor skett för delår och helår, men huruvida rapporteringen baseras på stickprov kan vi inte bedöma.

När det gäller bisysslor kan det noteras, vilket också framgår av rapporteringen, att en ny digital rutin har införts. Implementering skedde under december 2018.

När det gäller "uppdragen" att utveckla riskanalyser har vi inte närmare bedömt huruvida rapporteringen kan sägas motsvara Regionstyrelsens och nämndernas krav/behov.

10.6 Försäkran

I policyn "Samlad ledningsprocess" anges att förvaltningsorganisationen ska avge en försäkran om att nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll. Vidare anges att detta ska ske i samband med att statusen rapporteras. Såsom vi uppfattat det avses statusen rörande uppföljningen av den interna kontrollen.

Vi har tagit del av de mallar som upprättats för rapportering av den interna kontrollen. Nedan framgår de två alternativa uttalanden som vi noterat:

1. "Med anledning av resultatet har följande åtgärder vidtagits/planerats att vidtas..."
2. "Resultatet föranleder inga ytterligare åtgärder utöver ett ständigt pågående ordinarie arbete med att utveckla och säkerställa bra rutiner och processer."

Vi har även tagit del av förvaltningarnas internkontrollrapportering för att få en bild av i vilken utsträckning försäkringar har lämnats. Vi har noterat att båda alternativen ovan har använts. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltningsberättelser innefattar endast uttalanden enligt punkt 2.

Kommentarer

Som beskrivits har uttalanden gjorts rörande behovet av åtgärder utifrån genomförda uppföljningar. Som vi ser det motsvarar däremot inte uttalandena fullt ut Regionfullmäktiges policy, d.v.s. en försäkran om att ”nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll”.

Vi rekommenderar att uttalandenas utformning ses över i syfte att säkerställa att de tillgodoser de behov som Regionfullmäktige har gett uttryck för.

Såvitt vi kunnat se har inga krav ställts på att styrelsen och nämnderna ska göra en bedömning av den interna kontrollen. Av SKL:s skrift ”Intern kontroll – För förtroende, trygghet och utveckling” framgår att det blir alltmer vanligt att ansvarig nämnd sammantaget bedömer den interna kontrollen men även att det förekommer att nämndernas bedömningar läggs till grund för en samlad bedömning av kommun- eller regionstyrelse.

10.7 Styrelsens uppsikt

Av riktlinjen ”Intern styrning och kontroll” framgår att ”Styrelsen ska bevaka att övriga nämnder har ett tillfredsställande arbetssätt avseende intern styrning och kontroll.”

Vi har i vår granskning efterfrågat uppgift om rutiner för ändamålet liksom på vilket sätt bevakningen dokumenteras. Enligt uppgift finns inga rutiner för detta utöver att Regionstyrelsen tar del av nämndernas protokoll. En allmän översyn av månads-, delårs-, och helårsrapporteringen uppges däremot pågå.

Kommentarer

Vi bedömer att styrelsens bevakning av att övriga nämnder har ett tillfredsställande arbetssätt avseende intern styrning och kontroll inte har varit tillräckligt ändamålsenlig.

Genom att ta del av nämndernas protokoll med tillhörande underlag får Regionstyrelsen visserligen del av såväl riskanalyser, internkontrollplaner som rapportering av den interna kontrollen. Den begränsade uppföljningen av det interna kontrollsystemet torde dock innebära svårigheter att bedöma huruvida den interna kontrollen kan anses som tillräcklig/ tillfredsställande. Rapporteringen har vidare inte varit fullständig. Vi vill även hänvisa till våra kommentarer i avsnitt 10.3, 10.5 och 10.6 som, enligt vår mening, är av betydelse för ett fungerande arbetssätt avseende intern styrning och kontroll. För att få till stånd en ändamålsenlig bevakning behöver således även processen vidareutvecklas, vilket åtminstone till viss del ingår i Regionstyrelsens ansvar.

Vi rekommenderar i övrigt att Regionstyrelsens informationsbehov rörande sitt bevakningsansvar identifieras och beaktas inom ramen för pågående översyn av rapporteringsformerna.

11 Revisionell bedömning

Syftet med granskningen har varit att bedöma om en ändamålsenlig process för den interna kontrollen har säkerställts.

Vi bedömer sammantaget att väsentliga åtgärder har vidtagits under 2018 för att utveckla processen för den interna kontrollen, framförallt genom de riktlinjer som Regionstyrelsen har utfärdat. Vi anser samtidigt att ett arbete i enlighet med processen inte har säkerställts i alla delar. För att processen ska kunna sägas vara ändamålsenlig behöver därför ett fortsatt utvecklingsarbete ske med bl.a. riskanalyser, riskhantering och uppföljning av den interna kontrollen.

Vad gäller de enskilda revisionsfrågorna vill vi hänvisa till respektive avsnitt i rapporten. Av avsnitt 8, "Disposition" framgår aktuellt avsnitt för respektive revisionsfråga.

Härnösand, 2019-03-20

Birgitta Arnberg
Certifierad kommunal revisor