



Intern kontroll – en uppföljande granskning

Revisionsrapport

Sammanfattning

Syftet med granskningen har varit att bedöma om Regionstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Nämnden för hållbar utveckling har vidtagit ändamålsenliga åtgärder med utgångspunkt från 2018 års granskning av ”Processen för intern kontroll”.

Sammanfattande bedömning

Vi har noterat att vissa åtgärder av betydelse har vidtagits sedan föregående granskning, framförallt genom de mallar och anvisningar som tagits fram. Vi anser dock inte att åtgärderna är tillräckliga.

Ett exempel på fortsatt utvecklingsområde är riskanalyser. Vi bedömer bl.a. att det kvarstår ett behov av att säkerställa att lag- och regelefterlevnad beaktas i samtliga verksamheters riskanalyser. Detsamma gäller implementering av riskanalyser på verksamhetsnivå och för regiongemensamma processer. Det initiativ som tagits för att bilda ett forum för att samordna arbetet med riskanalyser för väsentliga processer ser vi därför positivt på. Vi ser det också som viktigt att efterlevnaden av rutiner säkerställs. Att riskbedömningar har dokumenterats på olika sätt ser vi exempelvis inte som ändamålsenligt.

Ytterligare delar i processen som behöver utvecklas är uppföljning och rapportering. Det behöver bl.a. säkerställas att uppföljningen motsvarar beslutade internkontrollplaner. En fungerade uppföljning förutsätter även en tydlighet i det som ska följas upp. Vi anser att planerade aktiviteter för att hantera risker generellt behöver beskrivas tydligare. Vi har däremot noterat att uppföljningen av hur den interna kontrollen fungerar har getts ökat utrymme, i första hand genom att förvaltningarnas riskanalyser innehåller sådana aktiviteter. Det är dock fortfarande relativt begränsat, inte minst inom Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltningar.

Mot bakgrund av ovan bedömer vi sammantaget att Regionstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Nämnden för hållbar utveckling inte har vidtagit tillräckligt ändamålsenliga åtgärder med utgångspunkt från 2018 års granskning.

Rekommendationer

Nedan framgår våra främsta rekommendationer utifrån vår uppföljning. De baseras på de rekommendationer som lämnades vid 2018 års granskning. Aktuellt avsnitt i rapporten anges nedan inom parentes.

- Fortsätt arbetet med att utveckla riskanalyser och riskhantering (7.1).
- Fortsätt arbetet med att utveckla internkontrollplanerna (7.2).
- Säkerställ att uppföljning av den interna kontrollen rapporteras i enlighet med beslutade interkontrollplaner (7.3).

Rekommendationerna vänder sig till såväl Regionstyrelsen som nämnderna med beaktande av Regionstyrelsens ansvar för att se till att övergripande riktlinjer om intern kontroll utfärdas och att dessa riktlinjer följs.

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	4
2	Syfte, revisionsfråga och avgränsning	4
3	Revisionskriterier	4
4	Metod.....	5
5	Projektorganisation.....	5
6	Disposition.....	5
7	Resultat av granskningen.....	6
7.1	Risکانالys och riskhantering.....	6
7.2	Plan för uppföljning	11
7.3	Rapportering	13
7.4	Försäkran	15
7.5	Övrigt.....	16
8	Revisionell bedömning	16

1 Bakgrund

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.

År 2018 gjordes en granskning av processen för den interna kontrollen. Den visade att ett antal åtgärder hade vidtagits för att utveckla processen, framförallt genom de riktlinjer som Regionstyrelsen hade utfärdat. Samtidigt framkom att processen inte hade säkerställts i alla delar. Ett fortsatt utvecklingsarbete sågs därför som nödvändigt, bland annat vad gäller riskanalyser, riskhantering och uppföljning av den interna kontrollen.

Revisorerna har bedömt att det finns en risk för att tillräckliga åtgärder inte har vidtagits utifrån 2018 års granskning, varför en uppföljande granskning har beslutats ingå i revisionsplanen för år 2020.

2 Syfte, revisionsfråga och avgränsning

Syftet med granskningen har varit att bedöma om Regionstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Nämnden för hållbar utveckling har vidtagit ändamålsenliga åtgärder med utgångspunkt från 2018 års granskning. Granskningen är inriktad mot nedanstående revisionsfrågor¹.

- om regionens arbetssätt med riskanalyser och riskhantering har utvecklats,
- om internkontrollplanerna har utvecklats avseende uppföljning av den interna kontrollen med riskanalyser som grund,
- om uppföljning av den interna kontrollen rapporteras i enlighet med beslutade interkontrollplaner,
- om försäkran lämnas i enlighet med Regionfullmäktiges policy.

Nämnden för hållbar utveckling omfattades inte av 2018 års granskning, men har ingått i denna uppföljning eftersom rekommendationerna är generella.

3 Revisionskriterier

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

- Kommunallagen², 6 kap. 6 §
- Policy: Samlad ledningsprocess³
- Riktlinje: Intern styrning och kontroll⁴

¹ Revisionsfrågorna är baserade på rekommendationer i 2018 års revisionsrapport.

² Kommunallagen SFS 2017:725

³ Beslutad av Regionfullmäktige 2017-04-27, § 87

⁴ Beslutad av Regionstyrelsen 2018-05-09, § 156

4 Metod

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier. Förvaltningscheferna har även fått besvara ett antal frågor via e-post.

Revisionsrapporten har kvalitetssäkrats enligt gällande rutiner, vilket bland annat innebär att ett utkast till rapport har överlämnats för saklighetskontroll till de intervjuade och övriga uppgiftslämnare liksom förvaltningschef, hälso- och sjukvårdsdirektör och regiondirektör.

5 Projektorganisation

Granskningen har utförts av Anna Nordlöf, Peter Lindholm, Anders Emnegard och Birgitta Arnberg.

6 Disposition

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

Revisionsfråga	Avsnitt
om regionens arbetssätt med riskanalyser och riskhantering har utvecklats,	7.1
om internkontrollplanerna har utvecklats avseende uppföljning av den interna kontrollen med riskanalyser som grund,	7.2
om uppföljning av den interna kontrollen rapporteras i enlighet med beslutade interkontrollplaner,	7.3
om försäkran lämnas i enlighet med Regionfullmäktiges policy.	7.4

Respektive avsnitt har följande indelning: 2018 års granskning, svar på revisionsrapporten, vidtagna åtgärder samt kommentarer.

Noteringar liksom bedömningar och rekommendationer från 2018 års granskning beskrivs i sammandrag.

Styrelsens och nämndernas svar på 2018 års revisionsrapport återges i den utsträckning som kommenterar och planerade åtgärder har en tydlig koppling till området/avsnittet. Det bör även noteras att det endast är Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden som avlämnat svar. Folkhälso- och primärvårdsnämnden som ingick i granskningen upphörde vid årsskiftet 2018/2019 varför svar från nämnden inte efterfrågades. Nämnden för hållbar utveckling inrättades år 2019 och omfattades således inte av 2018 års granskning.

7 Resultat av granskningen

7.1 Riskanalys och riskhantering

I revisionsrapportens sammanfattning lämnades rekommendationen att utveckla regionens arbetssätt med riskanalyser och riskhantering. Rekommendationen innefattar insatser rörande identifiering av lagar och regler, riskanalyser på verksamhetsnivå, riskbedömningar samt riskacceptans och handlingsplaner. Dessa har därför redovisats var för sig i avsnitt 7.1.1 – 7.1.4.

7.1.1 Identifiering av lagar och regler

2018 års granskning

Av riktlinjen ”Intern styrning och kontroll” framgår att nämnderna ska identifiera de lagar och regler som styr nämndens verksamhet. Vidare anges att ”Utifrån uppdrag, mål, lagar och regler ska risker identifieras och analyseras.”

I granskningen framkom att det fanns olika grad av systematik gällande detta.

Bedömning/rekommendation: Det behöver säkerställas att det finns rutiner/former för att identifiera lagar och regler av betydelse för verksamheten att beakta vid riskanalyser.

Svar på revisionsrapporten

Vare sig Regionstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdsnämnden har kommenterat det behov av åtgärder som revisionen har framfört.

Regionstyrelsen anger däremot att den avser att säkra en ändamålsenlig internkontroll med utgångspunkt i de beslutade riktlinjerna.

Vidtagna åtgärder

Enligt uppgift kvarstår behovet av att systematisera riskanalyserarbetet för att säkerställa att de beaktar lag- och regelefterlevnad.

Ett arbete med att upprätta ett regionövergripande ramverk för ledningssystem har dock initierats utifrån beslut⁵ av Regiondirektören. Ramverket framhålls som viktigt för att förbättra tillgängligheten till regionens styrdokument och därigenom skapa förutsättningar för att identifiera och analysera riskerna för bristande regelefterlevnad.

⁵ Regionledningsgruppens protokoll 2020-04-06, p. 6.

Vi har i vår granskning efterfrågat information från förvaltningscheferna⁶ om det finns rutiner som säkerställer att lagar och regler av betydelse för verksamheten identifieras och beaktas vid riskanalyser. Inkomna svar har sammanställts nedan.

- Förvaltningen Rättspsykiatriska regionkliniken har hänvisat till en specifik rutin för ändamålet.
- Specialistvårdsförvaltningen anger att rutinerna för styrkort och månatliga uppföljningar tillgodoser detta.
- Förvaltningen Regional utveckling identifierar lagar och regler som en del av sitt riskanalyserarbete.
- Övriga förvaltningar har inte hänvisat till eller beskrivit någon särskild rutin eller arbetssätt för att säkerställa att lagar och regler av betydelse för verksamheten identifieras och beaktas vid riskanalyser.

Vi har tagit del av riskanalyserna som tillställts styrelsen och nämnderna inför 2020 och 2021 för att få en bild av om de innehåller risker relaterade till lagar och regler. Vi har noterat följande:

- Mallarna för riskanalys inför år 2020 innehöll kategorin ”Efterlevnad av regelverk”. Det är dock endast Regionledningsförvaltningen som har använt denna kategori.
- 2021 års mall innehåller inte kategorier på motsvarande sätt. Vanligtvis är hänvisningarna till lagar och regler begränsade eller otydliga. Ingen av de förvaltningar som använt den äldre mallen, Specialistvården och Regional utveckling, har dokumenterat risker inom kategorin ”Efterlevnad av regelverk”. Även om det inte framgår tydligt tolkar vi att vissa risker har sådan koppling.

Kommentar

Vi bedömer att det kvarstår ett behov av att säkerställa att lag- och regelefterlevnad beaktas i samtliga verksamheters riskanalyser. Vår rekommendation från 2018 års granskning kvarstår därför.

7.1.2 Riskanalyser på verksamhetsnivå

2018 års granskning

Regionstyrelsen och nämnderna hade inte ställt några uttryckliga krav på riskanalyser på verksamhetsnivå. Enligt Regionledningsförvaltningen förutsattes det dock att sådana upprättades då de sågs som en nödvändighet för de riskanalyser som upprättas på förvaltningsnivå. Granskningen visade emellertid att riskanalyser på verksamhets-/enhetsnivå endast förekom i begränsad utsträckning samt att det fanns processer som inte hade varit föremål för riskbedömningar.

⁶ En omorganisering har skett inom hälso- och sjukvården från och med den 1 januari 2021. Eftersom granskningen avser år 2020 har vi vänt oss till de som då var förvaltningschefer.

Bedömning/rekommendation: För att kunna säkerställa att väsentliga risker har identifierats behöver riskanalyser genomföras på verksamhetsnivå och för väsentliga processer.

Svar på revisionsrapporten

Regionstyrelsen uttryckte följande i sitt yttrande: ”I den fortsatta utvecklingen behöver på kort sikt fler processer riskanalyseras, med tillhörande åtgärdsplaner, och kunskap och goda exempel behöver fortsätta att spridas i organisationen.”

Hälso- och sjukvårdsnämnden har angett att ”De principer regionstyrelsen utfärdar är vägledande i nämndens arbete med intern kontroll, en process som förbättras fortlöpande i syfte att säkerställa en god intern styrning och kontroll med utgångspunkten i en tillitsbaserad styrning som säkras på respektive nivå.”

Vidare anger både Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden att de i samband med upprättande av 2019 års budgetskrivelse fattat beslut om ”att vidta åtgärder för att stödja utvecklingen mot ett mer systematiskt arbetssätt med riskanalyser och riskhantering.”

Vidtagna åtgärder

Uttryckliga krav på riskanalyser på verksamhets-/enhetsnivå har inte framställts efter 2018 års granskning. Däremot har det i våra intervjuer framhållits att avsikten är att riskanalyser ska upprättas på lägsta organisatoriska nivå, framförallt riskanalyser gällande lag- och regelefterlevnad. Samordnaren bedömer dock att det förutsätter utbildning, vilket har varit svårt att tillgodose och prioritera under covid19-pandemin. Det bedöms dessutom finnas ett behov av att tydliggöra riskanalysen för intern kontroll i förhållande till andra riskanalyser som görs inom organisationen. Frågan har även tagits upp med Hälso- och sjukvårdsnämnden⁷ i samband med beslut om internkontrollplan för 2021.

Ett forum planeras vidare att bildas under våren 2021 för att samordna arbetet med riskanalyser för väsentliga regiongemensamma processer. Enligt uppgift omfattas bland annat följande processer som Regionledningsförvaltningen har ägarskapet för: HR, ekonomi, miljö, patientsäkerhet och informationsäkerhet.

Vi har i vår granskning ställt frågor till förvaltningscheferna för att få en bild av om riskanalyser upprättas på verksamhetsnivå (enhetsnivå) samt om sådana krav har ställts. Inkomna svar tyder på att riskanalyser framförallt görs på förvaltningsnivå. De riskanalyser som upprättas på verksamhetsnivå är som vi tolkat det huvudsakligen hänförliga till specifika situationer/händelser, exempelvis rådande pandemi och verksamhetsförändringar. Inom förvaltningen Regional utveckling och Regionsledningsförvaltningen anges däremot att riskanalyser har upprättats på enhetsnivå.

⁷ 2020-12-18, § 171, bilaga 5a.

När det gäller Folktandvården kan det noteras att inga bedömningar har gjorts av identifierade risker inför verksamhetsåren 2020 och 2021. Hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträdeshandlingar saknar således information om riskernas bedömda sannolikhet och konsekvens. Det har av förvaltningen förklarats med att riskerna är kända och fleråriga.

Kommentar

Vår granskning har visat att arbete återstår med att implementera riskanalyser på verksamhetsnivå och för väsentliga regiongemensamma processer. Vår rekommendation från 2018 kvarstår därmed.

Att riskerna inom Folktandvården inte har värderats ser vi som en brist eftersom det ska utgöra underlag för bedömning av hur riskerna ska hanteras.

Vi vill även framhålla att vi ser positivt på det forum som ska tillskapas för att hantera regiongemensamma processer eftersom det torde ha förutsättningar att analysera risker som omfattar processerna i sin helhet. Vi ser även ett värde i att tydliggöra riskanalysen för intern kontroll i förhållande till andra riskanalyser som görs inom verksamheterna.

7.1.3 Riskbedömningar

2018 års granskning

Skalorna för bedömning av sannolikhet och konsekvens var inte beskrivna/definierade.

Bedömning/rekommendation: Tydliga och ändamålsenliga bedömningsskalor gör det möjligt att bedöma risker och att kunna ta ställning till behovet av åtgärder för att motverka, minimera eller eliminera risker. Den skala som Regionstyrelsen och nämnderna tillämpar är inte definierad, vilket vi bedömer är en svaghet. Det behöver även säkerställas att skalan är tillräckligt ”nyanserad” för att kunna identifiera de risker som behöver åtgärdas för att uppnå en rimlig säkerhet.

Svar på revisionsrapporten

Inga ytterligare kommentarer angående riskanalys och riskhantering har lämnats utöver det som återgetts i avsnitt 7.1.2.

Vidtagna åtgärder

En anvisning till den regiongemensamma mallen för riskanalys har tagits fram med avsikt att tillämpas från och med riskanalysen inför år 2021. Den innehåller bland annat en ny fyrgradig bedömningsskala för sannolikhet respektive konsekvens. Skalan är också definierad.

Vi har tagit del av förvaltningarnas riskanalyser för att verifiera om mallen med den nya bedömningsskalan har implementerats av samtliga förvaltningar, vilket inte visat sig vara fallet. De förvaltningar som använt de äldre bedömningsskalorna⁸ inför 2021 är Specialistvården och Regional utveckling. Tandvården har, som beskrivits i avsnitt 7.1.2, inte gjort någon analys av identifierade risker.

Kommentar

Vi bedömer att ändamålsenliga åtgärder har vidtagits. Tillämpningen behöver däremot säkerställas.

7.1.4 Riskacceptans och handlingsplaner

2018 års granskning

Det fanns inte några instruktioner eller principer för när en handlingsplan/åtgärd erfordras, d.v.s. vilka risknivåer som kunde accepteras.

Enligt Regionstyrelsens riktlinje ”Intern styrning och kontroll” ska handlingsplanerna följas upp i samband med delårs- och helårsrapportering. Anvisningarna/mallarna till 2018 års verksamhetsberättelser innefattade dock ingen information om att sådan rapportering ska ske.

Bedömning/rekommendation: 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 åtgärder planeras, vidtas och rapporteras. 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.

Svar på revisionsrapporten

Inga ytterligare kommentarer angående riskanalys och riskhantering har lämnats utöver det som återgetts i avsnitt 7.1.2.

Vidtagna åtgärder

I anvisningen som togs fram inför 2021 års riskanalys har det angetts att ”Höga riskvärden ska prioriteras att kontrollera och åtgärdas.”

Anvisningen innehåller även instruktioner om hur riskerna ska hanteras. Fyra typer av möjlig hantering framgår: eliminera/minimera, reducera, bevaka och acceptera. Det anges också att ”Överväg om det finns skäl att hantera en risk oavsett om riskpoängen är låg.”

Enligt anvisningen ska aktiviteter tas fram för att hantera orsakerna till de risker som inte accepteras. Det anges även att ”Aktiviteter kan antingen vara kontroller för att övervaka risker eller aktiviteter för att förebygga att risker inträffar och/eller minska allvarlighetsgraden av konsekvenserna av att risker kan inträffa.”

⁸ De innefattade färgsymbolerna grönt, gult och rött.

Som vi uppfattat det bedöms kopplingen mellan risknivå och hantering som ett fortsatt utvecklingsområde.

Vår granskning har visat att det till identifierade risker med högre bedömd sannolikhet/konsekvens finns information om planerad aktivitet/åtgärd. Informationen om vad aktiviteten består av är däremot ofta knapphändig.

Vi har i vår granskning efterfrågat information från förvaltningscheferna om det har tydliggjorts vid vilka risknivåer som handlingsplaner, med åtgärder för att reducera riskerna, ska utarbetas. Vi har inte uppfattat att det finns någon specifik risknivå/gräns, men att det förs dialog om behovet av handlingsplaner.

Kommentar

Vi bedömer att anvisningarna innehåller vissa tydliggöranden som vi ser som värdefulla vad gäller koppling mellan risk och åtgärd. Vi ser samtidigt ett behov av att vidareutveckla dessa principer, bl.a. vad som ska vara vägledande för om en risk ska accepteras. Vi ser även gärna att närmare vägledning ges avseende hanteringen av risker med låg riskpoäng. Enligt vår mening är dessa risker eftersträvansvärda att hantera under förutsättning att kostnaden för åtgärden står i proportion till nyttan. Vi anser dessutom att det behöver säkerställas att dokumentationen om planerade åtgärder är tillräcklig och möjlig att ta del av.

7.2 Plan för uppföljning

2018 års granskning

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

Granskningen visade att Regionstyrelsens och nämndernas planer främst var inriktade mot att vidareutveckla förvaltningarnas riskanalyser. Planerna innefattade nästintill inga uppföljningar av hur det interna kontrollsystemet fungerar.

Bedömning/rekommendation: 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 sådan uppföljning är därför inte tillfredsställande eftersom Regionstyrelsen och nämnderna därigenom inte tillförsäkras information om den interna kontrollen fungerar på avsett sätt.”. Vi rekommenderar att Regionstyrelsen och nämnderna utvecklar interkontrollplanerna avseende uppföljning av den interna kontrollen med riskanalyser som grund.

Svar på revisionsrapporten

Regionstyrelsen anger att ”På längre sikt, när basen med kontrollmiljö och riskanalys har utvecklats mer, så behöver uppföljningsdelen utvecklas så att mer kunskap nås i verksamheterna om hur väl de valda kontrollåtgärderna tar hand om de identifierade riskerna.”

Hälso- och sjukvårdsnämnden har inte närmare kommenterat planen för uppföljning av intern kontroll med avseende på de rekommendationer som lämnats.

Vidtagna åtgärder

Vi har tagit del av styrelsens och nämndernas planer för uppföljning av intern kontroll avseende år 2020 och 2021 för att få en bild av vilken utveckling som skett. Planerna innefattar i likhet med 2018 följande två delar:

- förvaltningens identifierade riskområden,
- specifika områden.

Vi har noterat att planerna innehåller få *specifika områden* att följa upp. För Hälso- och sjukvårdsnämnden och Nämnden för hållbar utveckling består området enbart av GDPR⁹. Det gäller såväl för år 2020 som år 2021. Regionstyrelsen har beslutat om fler specifika områden att följa upp för både år 2020 och 2021. Inriktningen på dessa består dock i huvudsak av att identifiera risker inom angivna områden och att bedöma åtgärdsbehov.

Inom ramen för *förvaltningens identifierade riskområden* finns ett antal planerade aktiviteter. Dessa består av åtgärder för att eliminera/ minimera eller reducera risker samt av kontroller av att den interna kontrollen fungerar. När det gäller det sistnämnda har vi noterat att det inom Regionledningsförvaltningen år 2020 ska göras uppföljning av arvoden, fakturor och journaler. Inom förvaltningen Regional utveckling har vi noterat att uppföljning har planerats av företagsstöd och resor. Som vi tolkat det planerades inga aktiviteter inom Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltningar år 2020 som rör uppföljning/kontroller av det interna kontrollsystemet. Vi har även tagit del förvaltningarnas riskanalyser inför år 2021 och noterat att bilden i stort motsvarar år 2020.

De planerade aktiviteter som inte utgörs av kontroller består av åtgärder för att eliminera/ minimera eller reducera risker, se vidare avsnitt 7.1.4.

Kommentar

Vi bedömer att den planerade uppföljningen av hur den interna kontrollen fungerar sammantaget har utökats, i första hand genom att förvaltningarnas riskanalyser innehåller sådana aktiviteter. Det är dock fortfarande relativt begränsat, inte minst inom Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltningar.

⁹ EU:s nya dataskyddsförordning General Data Protection Regulation

Som beskrivits i avsnitt 7.1.4 är samtidigt informationen om planerade aktiviteter i förvaltningarnas riskanalyser ofta summarisk, vilket försvårar möjligheterna att förstå dess inriktning och omfattning. Det innebär även att det inte kan säkerställas att rapporteringen motsvarar nämndens behov/förväntningar. Vi rekommenderar därför att aktiviteterna tydliggörs. Det är enligt vår mening väsentligt för samtliga typer av planerade aktiviteter, d.v.s. även för sådana som syftar till att eliminera/ minimera eller reducera risker. Mallen för riskanalys inför år 2021 innehåller visserligen kolumnen ”Metod”, men den har inte använts.

När det gäller internkontrollplanernas specifika områden innehåller de fortfarande mycket få riskområden att följa upp.

Vi vill även hänvisa till avsnitt 7.1.2. avseende det arbete som initierats för att åstadkomma samordning av regionens gemensamma processer. Vi ser positivt på sådan samordning eftersom det bör ge bättre förutsättningar för en riskbaserad uppföljning inom dessa områden.

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

7.3 Rapportering

2018 års granskning

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

Bedömning/rekommendation: Vi bedömer sammantaget, utifrån vårt granskningsresultat, att styrelsen och nämnderna inte har tillsett att resultatet av uppföljningen har rapporterats löpande i enlighet med vad som framgår av internkontrollplanerna. Säkerställ att uppföljning av den interna kontrollen rapporteras i enlighet med beslutade internkontrollplaner.

Svar på revisionsrapporten

Regionstyrelsen anger i sitt svar att den tar till sig av revisorernas rekommendation om att tydliggöra ansvaret för att uppföljning rapporteras enligt beslutade internkontrollplaner.

Av Hälso- och sjukvårdsnämndens svar framgår att nämnden tar till sig av revisorernas rekommendation om att tydliggöra nämndens ansvar för uppföljning av internkontrollåtgärder vid delårs- och helårsrapportering.

Vidtagna åtgärder

Vi har noterat att budgetanvisningarna inför år 2021 innehåller en anvisning till mallen ”Riskanalys intern kontroll”. Bland annat anges att tidplan och ansvariga till respektive aktivitet ska anges. Med tidplan avses ”när kontrollaktiviteten ska vara färdig och när uppföljning ska ske”.

Som angetts i avsnitt 7.1.3. har dock olika mallar använts inför riskanalys 2021.

Nedan framgår i sammandrag i vilken utsträckning som uppgift om ansvariga och tidplan har beaktats i förvaltningarnas riskanalyserna inför år 2021:

- Regionledningsförvaltningens riskanalys innehåller en tidplan. Primärvårdens riskanalys innehåller hänvisningar till andra tidplaner. Folktandvården och Rättspsykiatriska regionkliniken anger tidpunkter för uppföljning. När aktiviteterna ska vara utförda går dock inte tydligt att utläsa. Riskanalyserna för Specialistvården och Regional utveckling saknar information om tidplan.
- Ansvariga för aktiviteterna framgår av samtliga riskanalyser.

Vi har i vår granskning även tagit del av förvaltningarnas rapportering till styrelsen och nämnderna avseende uppföljning av intern kontroll år 2020. Nedan redovisas våra sammanfattande iakttagelser.

- Styrelsens och nämndernas planer för intern kontroll innehåller uppgift om rapporteringstidpunkter, vilka är den förstärkta månadsrapporten (april), delåret och helåret. Vi har tagit del av protokoll för att verifiera förekomsten av rapportering. Vår granskning har visat att rapporteringen motsvarar beslutade planer med undantag för att den rapportering som Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltningar gjorde i samband med den förstärkta månadsrapporten. Den rapporteringen har inte behandlats av nämnden.
- När det gäller GDPR, som är ett riskområde i både styrelsens och nämndernas riskanalyser, har förvaltningarnas rapportering avseende helåret 2020 innefattat en beskrivning av vidtagna åtgärder inom området. Huruvida riskinventering och värdering har gjorts i enlighet med beslutade planer framgår däremot inte.
- Rapporteringen innefattar inte samtliga planerade åtgärder enligt förvaltningarnas riskanalyser. Specialistvårdens rapportering för del- och helåret 2020 saknar exempelvis information om statusen på åtgärder utifrån ”respektive förvaltnings egna identifierade viktiga riskområden.” Regionledningsförvaltningens rapportering är inte heller heltäckande i denna del. Exempel på riskområden som inte rapporterats vare sig vid delåret eller helåret är ”Uppföljning Länshälsan”, ”Organisationsförändring RLF” och ”Verkställighet av politiska beslut”. Regional utvecklings rapportering på helårsbasis omfattar i stort samtliga riskområden. Risken som avser ”Tredje parts utförande kopplat till statsbidrag” har dock inte kommenterats. Så var också fallet vid delårsrapporteringen, som för övrigt saknade information om vidtagna åtgärder till fler riskområden.
- Som beskrivits i avsnitt 7.1.4 och 7.2 är informationen om planerade aktiviteter mycket kortfattat beskrivna i riskanalyserna. Det gör att möjligheterna att bedöma om rapporterade aktiviteter motsvarar det som planerats försvåras.

Kommentar

Vi bedömer utifrån vår uppföljning att styrelsen och nämnderna inte har säkerställt att rapporteringen motsvarar beslutade internkontrollplaner. Vår rekommendation från 2018 års granskning kvarstår därmed.

Vi vill även framhålla vikten av tydlighet i planeringen, såväl vad gäller aktivitetens innehåll som när de förväntas vara genomförda. I annat fall påverkas uppföljningens värde.

7.4 Försäkran

2018 års granskning

I policyn ”Samlad ledningsprocess” anges att förvaltningsorganisationen ska avge en försäkran om att nödvändiga åtgärder har vidtagits för att uppnå en tillräcklig intern kontroll.

Bedömning/rekommendation: Som vi ser det motsvarar 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.

Svar på revisionsrapporten

Vare sig Regionstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdsnämnden har i sina svar kommenterat formerna för försäkran.

Vidtagna åtgärder

Mallen med exempel på uttalanden har kompletterats med ett utlåtande som motsvarar den försäkran som regleras i policyn ”Samlad ledningsprocess”.

Äldre förslag på uttalanden finns dock fortfarande med som alternativ. Det har därför, i samband med vår granskning, angetts att dessa kommer att ses över.

Vår granskning har visat att följande förvaltningar, såväl vid delåret som helåret, har använt det nyare uttalandet: Regionledningsförvaltningen, Regional utveckling och Folk tandvården. Även Rättspsykiatriska Regionkliniken har använt det vid sin helårsrapportering. Primärvården och Specialistvården har använt äldre uttalanden, som fortfarande finns som alternativ.

Kommentar

Vi anser att det är positivt att mallen med uttalanden har kompletterats för att tillgodose syftet med försäkran enligt Regionfullmäktiges policy. De äldre uttalandena behöver dock utgå alternativt omarbetas. Som vi förstått det är det också avsikten.

7.5 Övrigt

Som vi uppfattat det finns en viss otydlighet i internkontrollsamordnarens uppdrag. Eftersom vi bedömer funktionen som viktig för att vidareutveckla processen anser vi att förutsättningarna förbättras om uppdraget är tydligt.

8 Revisionell bedömning

Syftet med granskningen har varit att bedöma om Regionstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Nämnden för hållbar utveckling har vidtagit ändamålsenliga åtgärder med utgångspunkt från 2018 års granskning av ”Processen för intern kontroll”.

Vi bedömer att vissa åtgärder av betydelse har vidtagits sedan föregående granskning, framförallt genom de mallar och anvisningar som tagits fram. Vi anser dock inte att åtgärderna är tillräckliga. Exempel på områden som fortfarande behöver utvecklas är riskanalyser och riskhantering samt uppföljning och rapportering av den interna kontrollen.

Mot bakgrund av ovan bedömer vi att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden inte har vidtagit tillräckligt ändamålsenliga åtgärder med utgångspunkt från 2018 års granskning. Vi anser inte heller att de åtgärder som Nämnden för hållbar utveckling har vidtagit är tillräckliga.

Vad gäller de enskilda revisionsfrågorna vill vi hänvisa till respektive avsnitt i rapporten, 7.1-7.4.

Rekommendationer

Nedan framgår våra främsta rekommendationer. De baseras på de rekommendationer som lämnades vid 2018 års granskning.

- Fortsätt arbetet med att utveckla riskanalyser och riskhantering.
- Fortsätt arbetet med att utveckla internkontrollplanerna.
- Säkerställ att uppföljning av den interna kontrollen rapporteras i enlighet med beslutade interkontrollplaner.

Rekommendationerna vänder sig till såväl Regionstyrelsen som nämnderna med beaktande av Regionstyrelsens ansvar¹⁰ för att se till att övergripande riktlinjer om intern kontroll utfärdas och att dessa riktlinjer följs.

Birgitta Arnberg
Certifierad kommunal revisor
Revisionsdirektör

¹⁰ Policy Samlad ledningsprocess, beslutad av Regionfullmäktige 2017-04-27, § 87