



Granskning av intern kontroll

Rapport

Region Dalarna

KPMG AB

2024-03-25

Antal sidor 25



Region Dalarna
Granskning av intern kontroll

2024-03-25

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	2
2	Bakgrund	6
2.1	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	6
2.2	Revisionskriterier	7
2.3	Metod	7
3	Resultat av granskningen	8
3.1	Övergripande styrdokument och organisering avseende internkontroll	8
3.2	Styrelsens och nämndernas arbete vad gäller intern kontroll	12
4	Samlad bedömning och rekommendationer	23
A	Processkarta internkontrollplan	25

1 Sammanfattning

KPMG har av Region Dalarnas revisorer fått i uppdrag att granska regionens interna kontroll.

Syftet med granskningen av den interna kontrollen har varit att ge de förtroendevalda revisorerna underlag för att bedöma om den interna kontrollen i styrelsen och nämnderna är tillräcklig.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att styrelsens och nämndernas interna kontroll i allt väsentligt är ändamålsenlig.

Av granskningen framgår det att det i all väsentlighet finns ändamålsenliga rutiner och styrdokument avseende den internkontrollen. Vidare har alla nämnder och styrelsen upprättat internkontrollplaner som har inkluderat riskområden som tagits upp i risk- och väsentlighetsanalyserna. Styrelsen och majoriteten av nämnderna har även fått en åiterrapportering som överensstämmer med vad som anges i internkontrollplanerna och i Region Dalarnas rutiner för internkontroll.

Däremot har vi noterat att vissa rutiner behöver uppdateras då giltighetstiden för dessa har utgått, samt att vissa förtydliganden bör göras. Vidare bedömer vi att kollektivtrafiknämnden inte fullt ut säkerställt åiterrapportering av kontrollmomenten i den utsträckning som föreskrivs i internkontrollplanerna, samt att alla kontroller inte har genomförts som angetts i servicenämndens internkontrollplan och i hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan för hörsel och syn.

I det följande redovisas våra bedömningar och rekommendationer kopplat till revisionsfrågorna.

Revisionsfråga	Bedömning: i all väsentlighet	Rekommendationer
Finns ändamålsenliga styrdokument som definierar intern kontroll för styrelse och nämnder, samt finns det system och rutiner för en tillfredsställande intern kontroll?	Vår bedömning är att det i all väsentlighet finns ändamålsenliga styrdokument som definierar internkontroll för styrelse och nämnder. Vi bedömer även att det finns system och rutiner för en tillfredsställande internkontroll.	Vi rekommenderar regionstyrelsen att: <ul style="list-style-type: none">- Uppdatera rutiner för riskhantering samt internkontroll då deras giltighetstid har upphört- Tydliggör när risker med ett högt riskvärde ska tas upp i internkontrollplanen, respektive när det är tillräckligt att risken tas upp i handlingsplanerna.

Revisionsfråga	Bedömning: I all väsentlighet	Rekommendationer
Har riskbedömningar/ riskanalyser utförts och dokumenterats för styrelsens och nämndernas verksamhetsområden?	<p>Vår bedömning är att riskbedömningar/riskanalyser har utförts och dokumenterats för styrelsens och nämndernas verksamhetsområden.</p> <p>vi tagit del av riskanalyser från samtliga förvaltningar. Dessutom finns det för majoriteten av förvaltningarna upprättade handlingsplaner eller andra åtgärder för de risker som har identifierats i riskanalyserna.</p>	<p>Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi regionstyrelsen och kollektivtrafiknämnden att:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tillse att åtgärder vidtas i enlighet med Region Dalarnas rutin för riskhantering för de risker som identifierats vara av hög risk som inte tagits upp i internkontrollplanen eller i handlingsplanen.
Revisionsfråga	Bedömning: I all väsentlighet	Rekommendationer
Har styrelse och nämnd upprättat interna kontrollplaner samt ligger valda kontrollaktiviteter i linje med bedömningarna i riskbedömningarna/analyserna?	<p>Vår bedömning är att styrelse och nämnder har upprättat internkontrollplaner samt att valda kontrollaktiviteter i all väsentlighet ligger i linje med bedömningarna i riskanalyserna.</p> <p>nämndernas internkontrollplaner Innehåller risker som har identifierats i riskanalyserna.</p> <p>Däremot finns risker som förvaltningarna har bedömt vara höga men som inte har tagits upp i nämndens/styrelsens internkontrollplan, och inte heller fullt ut hanterats genom upprättande av handlingsplan eller annan åtgärd av förvaltningarna under kollektivtrafiknämnden samt regionstyrelsen.</p>	Inga rekommendationer.
Revisionsfråga	Bedömning: I all väsentlighet	Rekommendationer

<p>Har styrelsen och nämnd mottagit återrapportering av intern kontroll i den utsträckning som föreskrivs i regionens styrande dokument samt i styrelsens och nämndernas interna kontrollplaner?</p>	<p>Vår bedömning är att styrelsen och nämnderna i all väsentlighet har mottagit återrapportering av intern kontroll i den utsträckning som föreskrivs i regionens styrande dokument samt i styrelsens och nämndernas interna kontrollplaner.</p> <p>Nämnderna och styrelsen har i samband med delårsrapportering mottagit återrapportering av resultat från de kontrollmoment som angetts i internkontrollplanerna. Samtliga nämnder har även återrapporterat resultat avseende 2023 års internkontroll.</p> <p>Vi noterar att det finns vissa brister gällande kontrollmoment som inte genomförts samt frekvens för rapportering.</p>	<p>Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi servicenämnden att:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Under år 2024, genomföra det kontrollmomentet, i form av en enkät, som inte genomfördes under år 2023. <p>Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi Hälso-och sjukvårdsnämnden att:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Säkerställa att kontroller genomförs i enlighet med internkontrollplanen för hörsel och syn på de avdelningar där kontroller inte ännu genomförts. <p>Vidare rekommenderar vi kollektivtrafiknämnden att:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Återrapportera resultat av kontrollmomenten i den utsträckning som anges i internkontrollplanerna.
<p>Revisionsfråga (uppföljning av tidigare rekommendation)</p>	<p>Bedömning: Ja</p>	<p>Rekommendationer</p>
<p>Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderades att säkerställa att interna kontrollmoment återrapporteras i den utsträckning som de interna kontrollplanerna förskriver.</p>	<p>Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt att de interna kontrollmomenten återrapporteras i den utsträckning som de interna kontrollplanerna föreskriver.</p>	<p>Inga rekommendationer.</p>
<p>Revisionsfråga (uppföljning av tidigare rekommendation)</p>	<p>Bedömning: Ja</p>	<p>Rekommendationer</p>
<p>Kollektivtrafiknämnden och hjälpmedelsnämnden</p>	<p>Vår bedömning är att kollektivtrafiknämnden och</p>	<p>Inga rekommendationer.</p>



Region Dalarna
Granskning av intern kontroll

2024-03-25

rekommenderades att fastställa tydliga återrapporteringsdatum i sina interna kontrollplaner.	hjälpmedelsnämnden har fastställt tydliga återrapporteringsdatum i sina internkontrollplaner.	
---	--	--

2 Bakgrund

KPMG har av Region Dalarnas revisorer fått i uppdrag att granska och bedöma regionstyrelsens och nämndernas arbete med den interna kontrollen under 2023. Uppdraget har ingått i revisionsplanen för år 2023 som en del av räkenskapsrevisionen. Intern kontroll är en process genom vilken styrelser och nämnder, ledning och annan personal skaffar sig rimlig säkerhet för att regionens mål uppnås inom följande områden:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer med mera.

Styrelser och nämnder ansvarar för den interna kontrollen enligt kommunallagen (2017:725) 6 kap 6§. Nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Revisorerna ska enligt kommunallagen 12 kap 1§ bland annat pröva om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig.

Granskningen av intern kontroll sker med olika insatser under varje revisionsår. En grundläggande insats är att ta del av och bedöma nämndernas riskanalyser och aktiviteter under året enligt planer för uppföljning av intern kontroll.

I vårt uppdrag avseende räkenskapsrevision och granskning av intern kontroll ingår inte att granska verksamhetsprocesser, däremot att bedöma nämndernas övergripande processer för riskanalyser och intern kontroll.

2.1 Syfte, revisionsfrågor och avgränsning

Det övergripande syftet med granskningen av intern kontroll har varit att ge de förtroendevalda revisorerna underlag för att bedöma om den interna kontrollen i styrelsen och nämnderna är tillräcklig.

Granskningen har besvarat följande revisionsfrågor:

- Finns ändamålsenliga styrdokument som definierar intern kontroll för styrelse och nämnder, samt finns det system och rutiner för en tillfredsställande intern kontroll?
- Har riskbedömningar/riskanalyser utförts och dokumenterats för styrelsens och nämndernas verksamhetsområden?
- Har styrelse och nämnd upprättat interna kontrollplaner?
 - Ligger valda kontrollaktiviteter i linje med bedömningarna i riskbedömningarna/analyserna?
- Har styrelsen och nämnd mottagit återrapportering av intern kontroll i den utsträckning som föreskrivs i regionens styrande dokument samt i styrelsens och nämndernas interna kontrollplaner?

Utöver att besvara ovan syfte och revisionsfrågor har granskningen även följt upp de rekommendationer vi lämnade i vid granskningen 2022:

- hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderades att säkerställa att interna kontrollmoment återrapporteras i den utsträckning som de interna kontrollplanerna förskriver.
- kollektivtrafiknämnden och hjälpmedelsnämnden rekommenderades att fastställa tydliga återrapporteringsdatum i sina interna kontrollplaner

Granskningen har varit av övergripande karaktär och fokuserar på de delar av internkontrollarbetet styrelse och nämnderna är involverade i. Granskningen avser verksamhetsåret 2023. Regionens förvaltningar utför ytterligare kvalitets- och kontrollarbete som inte har berörts inom ramen för den här granskningen.

2.2 Revisionskriterier

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen 6 kap § 6
- Region Dalarnas system för styrning och ledning (policy)
- Tillämpbara interna regelverk, policys och beslut

2.3 Metod

Granskningen har genomförts genom:

- Avstämning/intervju med processledare för intern kontroll.
- Dokumentgranskning och analys av interna policydokument och rutiner, riskbedömningar/riskanalyser, interna kontrollplaner, delårsrapport 2023 och uppföljning av intern kontroll samt nämndernas protokoll.

Processledare för intern kontroll samt representanter från Folkandvårdens kansli, Patientnämndsförvaltningen, Kultur- och bildning, Hjälpmedel Dalarna/Borlänge, Ledningsstöd och strategi Hälso- och sjukvård Dalarna, Regionens service Ledning, Dalatrafik, Regionala utvecklingsförvaltningen, Regionstyrelsens förvaltning samt Regionfastigheter har givits möjlighet att faktakontrollera rapporten.

3 Resultat av granskningen

3.1 Övergripande styrdokument och organisering avseende internkontroll

3.1.1 Region Dalarnas system för styrning och ledning (Policy)

I policyn¹ för region Dalarnas system för styrning och ledning anges att intern styrning och kontroll är en process utförd av styrelsen, nämnder, chefer och medarbetare. Den är utformad i syfte att ge en rimlig försäkran om uppnåendet av mål och resultatkrav, att organisationen följer författningar och regler samt har en tillförlitlig redovisning och rapportering. Samtliga verksamheter inom Region Dalarna ska arbeta för att säkerställa en effektiv verksamhet, genom att fortlöpande anpassa organisationen och införa metoder och rutiner för att säkerställa att verksamheten är ändamålsenlig och effektiv och att risker observeras, bedöms och förebyggs.

Styrande principer

- Intern styrning och kontroll ska utgå från kommunallagen samt COSO ramverk.
- intern styrning och kontroll ska tillämpas så att verksamheten bedrivs på ett effektivt, säkert och ändamålsenligt sätt utifrån gällande regelverk för att uppnå fastställda mål, uppdrag och resultatkrav.

3.1.2 Rutin för internkontroll

I samband med granskningen har vi tagit del av region Dalarnas rutin² för intern kontroll. Vi noterar att rutinen endast var giltig till och med 2023-07-01. Syftet med rutinen är att säkerställa ett gemensamt synsätt kring hur arbetet med intern kontrollplan skall tillämpas inom respektive nämnd i regionen.

Vidare anger rutinen att regionstyrelsen ansvarar för uppsiktsplikt över den interna kontrollen och att nämnderna ansvarar för att årligen upprätta en internkontrollplan och följa upp den. Det är ekonomidirektören som är processägare för framarbetande och uppföljning av internkontrollplanerna medan förvaltningschefen ska ansvara för att utse en processledare och tillsätta resurser för arbetet med internkontrollplanen.

Rutinen för internkontroll anger att den interna kontrollplanen syftar till att tillse att följande mål uppnås:

- Att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv (god ekonomisk hushållning)
- Att informationen om verksamheten och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig
- Att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt gällande regelverk

¹ Region Dalarnas system för styrning och ledning, Policy, version 1. Godkänd 2021-03-11, giltig t.o.m. 2024-03-11, Diarienummer RD19/00944. Fastställd av regionfullmäktige 2021-02-22 § 9

² Rutin Intern kontrollplan, versionsnummer 2.0, giltig t.o.m. 2023-07-01

2024-03-25

- Att möjliga risker löpande observeras, bedöms och förebyggs

Vidare anger rutinen förutsättningar för den interna kontrollplanen. Dessa är följande

- **Rimlig grad av säkerhet, kontrollnytta** – Innebär bland annat att regionstyrelsen och nämnder vid utformningen av rutiner skall göra en avvägning mellan kontrollkostnad och kontrollnytta. Vid bedömningen av kontrollnytta ska inte endast ekonomiska faktorer vägas in utan även vikten av att upprätthålla förtroendet för verksamheten hos olika intressenter. Avsikten med den internkontrollen är att eventuella tveksamheter eller direkta felaktigheter ska kunna undanröjas eller stoppas.
- **Risk- och väsentlighetsanalys är grunden** – Processen för att ta fram en internkontrollplan ska börja med risk- och väsentlighetsanalys som tydliggör vilka hot som föreligger som en konsekvens av påverkbara eller opåverkbara risker och som kan inverka på verksamhetens möjlighet att uppnå uppsatta mål.
- **Nämnden beslutar om internkontrollplanen** – Nämnder och styrelse ska varje år anta en internkontrollplan. Den interna kontrollplanen ska beslutas i december året innan den börjar gälla och planen ska minst innehålla vilka rutiner och kontrollmoment som ska följas upp, omfattningen på uppföljningen (frekvensen och kvantiteten, vem som ansvarar för att utföra uppföljningen, när rapporteringen ska ske genomförd riskbedömning och åtgärdsplan/aktivitetsplan.
- **Genomförande av kontrollmoment enligt internkontrollplanen** – Förvaltningschef utser ansvariga för respektive kontrollmoment. Ansvariga genomför, mäter och följer upp kontrollmomenten.
- **Uppföljning av internkontrollplanen** – Regionstyrelsen ansvarar för att den interna kontrollen följs upp och avrapporteras i enlighet med rutinen. Nämnder ska försäkra sig om att internkontrollplanen är tillräcklig.

Vidare anger rutinen hur upprättandet, genomförandet och uppföljningen av den interna kontrollen ska gå till. I rutinen finns en processkarta som illustrerar tillvägagångssättet (se bilaga A). Processen ska påbörjas genom att förvaltningschefen ska kalla internkontrollgruppen till uppstartsmöte inför kommande års internkontrollarbete. Förvaltningschefen säkerställer att en tydlig internkontrollorganisation upprättas samt utser en processledare för förvaltningen som skall driva processen från start till mål. Processledaren ska säkerställa att internkontrollgruppens deltagare får den utbildning i internkontroll som behövs för att bedriva processen inom förvaltningen. Efter uppstartsmötet ska man gå igenom data, i form av egenkontrollrapport och resultat från tidigare års granskningsåtgärder.

Sedan ska en risk- och väsentlighetsanalys göras, där syftet är att identifiera potentiella händelser som kan påverka organisationen och hantera risker inom ramen för dess riskbenägenhet. En väl genomförd risk- och väsentlighetsanalys ska tydliggöra vilka hot mot verksamheten som föreligger (som konsekvens av påverkbara eller opåverkbara risker), och som kan inverka på dess möjlighet att uppnå uppsatta mål. Risk- och väsentlighetsanalysen ska även beakta antikorrupsions- och oegentlighetsaspekterna. Utifrån dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys ska förvaltningschef välja ut ett antal områden som särskilt behandlas under

verksamhetsåret för att verifiera att mål uppnås samt att riktlinjer och fastlagda kontroller upprätthålls alternativt genomförs. När områdena är valda, upprättas förslag till en internkontrollplan att genomföra under kommande år.

Vidare anger rutinen att processledare ska sammankalla förvaltningens internkontrollgrupp vid två tillfällen, under datagenomgången och riskhanteringsarbetet samt en avstämning under nämndernas förslag till internkontrollmoment. En kontroll av erforderliga rutiner och beslut ska göras i syfte att tillse att det finns rutiner och beslut som tydliggör ansvar och tillvägagångssätt för internkontrollmomenten.

Internkontrollmomenten ska dokumenteras i avsedd mall, nämnden ska granska, redigera och komplettera förslaget samt besluta om förslaget. En internkontrollplan ska antas i samband med beslut om verksamhetsplan.

Internkontrollmomenten ska sedan mätas under året enligt beslutad internkontrollplan och informationen ska presenteras löpande till nämnden.

Nämnderna ska i samband med delårsbokslutet och verksamhetsberättelsen skriftligen rapportera resultatet från uppföljningen av internkontrollen till regionstyrelsen. Rapporten skall innehålla omfattning av utförd uppföljning, utfallet och eventuellt vidtagna åtgärder. Rapporten ska också vid behov innehålla förslag på åtgärder för förbättring av regiongemensamma rutiner. Allvarigare brott mot eller brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras av nämnden till regionstyrelsen.

Processledare ska sammankalla internkontrollgruppen för en genomgång av och diskussion kring årets internkontrollarbete och kommande rapportering till förvaltningsledning och nämnd. Vid eventuella problem ska detta genast rapporteras till berörd nämnd. Processledaren avrapporterar till förvaltningsledning för vidare rapportering till nämnd. Processägare (ekonomidirektör) får en övergripande rapport för vidare rapportering till regionstyrelsen. Förslag till handlingsplan utifrån analys av rapport medföljer. Rapporten sänds, efter beslut i nämnd, till regionstyrelsen i syfte att fullgöra styrelsens uppsiktsplikt. Regionstyrelsen skickar vidare till regionfullmäktige samt revisionskollegiet för kännedom. Processledare mäter och följer upp processens effektivitet och rapporterar detta till processägare för eventuell åtgärd.

3.1.3 Rutin för riskhantering

I samband med granskningen har vi tagit del av en rutin för riskhantering³. Vi noterar att rutinen endast var giltig till och med 2023-07-06. Rutinen anger att syftet med riskhantering är att medvetandegöra chefer och medarbetare om risker i det vardagliga arbetet och öka kunskapsnivån om sårbarheter i den egna organisationen samt att hantera identifierade risker.

Rutinen fastställer även ansvarsfördelning och roller. Chefer ska ansvara för att risker fortlöpande identifieras, analyseras, bedöms, hanteras, åtgärdas, följs upp och dokumenteras i landstingets avvikelshanteringssystem. Medarbetare ska ansvara för att rapportera risker till sin närmsta chef samt dokumentera risker i avvikelshanteringssystemet.

³ Rutin för riskhantering, godkänd 2021-07-06, DNR LD13/01853

Vidare anges tillvägagångssättet från en riskanalys till en riskhantering. Riskidentifiering ska göras i den löpande verksamheten, vid verksamhetsplanering och när en förändring planeras i verksamheten.

En beskrivning av hur en riskbedömning ska göras presenteras i rutinen. Inom respektive område ska de risker som identifierats bedömas utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet utifrån en skala från 1–4 där 1 är en mycket liten sannolikhet / mindre allvarligt och 4 är en mycket stor sannolikhet / katastrofal allvarlighetsgrad. Genom att multiplicera värdet för allvarlighetsgrad med värdet för sannolikhet erhålls en riskpoäng mellan 1–16. Värden som får en riskpoäng mellan 1–3 anses vara en acceptabel risk. För risker som får en riskpoäng mellan 4–7 bör en åtgärds övervägas. För risker som får en riskbedömning mellan 8–16 krävs åtgärder. Vi noterar att det inte framgår av rutinen vilken typ av åtgärd som ska övervägas eller vidtas.

Av granskningen har det framgått att för vissa risker som har fått ett riskvärde mellan 8–16 har åtgärder vidtagits genom att risken kontrolleras för i nämndernas interna kontrollplaner och för vissa av riskerna har åtgärder vidtagits genom upprättande av separata handlingsplaner.

3.1.4 Stödjande dokumentation

Region Dalarna har upprättat en lathund⁴ som stöd för arbetet med internkontroll. I lathunden anges beskrivningar för vilka mallar som ska användas för riskanalys, internkontrollplan samt uppföljning. Vidare anger lathunden vart dessa mallar kan hittas. Det finns även ett dokument⁵ som ger stöd vid användandet av stickprov som kontrollmetod. Vi har även tagit del av en tidplan⁶ för intern styrning och kontroll.

3.1.5 Bedömning

Vår bedömning är att det i all väsentlighet finns ändamålsenliga styrdokument som definierar internkontroll för styrelse och nämnder. Vi bedömer även att det finns system och rutiner för en tillfredsställande internkontroll.

Region Dalarna har upprättat en policy, en rutin för internkontroll, en rutin för riskhantering samt stödjande dokument i form av en lathund, mallar och tidsplanering för internkontroll. Vår bedömning är att dessa dokument är ändamålsenliga till sitt innehåll. Vi noterar dock att rutinen för riskhantering endast var giltig till och med 2023-07-06 och att rutinen för internkontroll endast var giltig till och med 2023-07-01. Vidare noterar vi att det är otydligt i rutinen avseende vilken åtgärd en risk med ett riskvärde högre än åtta ska resultera i.

⁴ Lathund internkontrollversionsnummer 5.0, 2022-07-01

⁵ Stickprov vid Intern styrning och kontroll

⁶ Tidplan Intern styrning och kontroll version 1, 2023-01-11

3.2 Styrelsens och nämndernas arbete vad gäller intern kontroll

3.2.1 Regionstyrelsen

3.2.1.1 Risk- och väsentlighetsanalys

I samband med granskningen har vi tagit del av regionstyrelsens risk- och väsentlighetsanalys för 2023. Riskanalysen omfattar förvaltningens planeringsavdelning, analysavdelning, den gemensamma utlämningsfunktionen, kansliavdelningen, regionarkivet, ekonomienheten, personalenheten samt enheterna för forskning och utveckling (FOU), vårdval, säkerhet, medicinsk teknik och IT (MiT), ledningsstöd & strategi och kommunikation. Av den sammanställda riskanalysen framgår att regionstyrelseförvaltningen sammanlagt har identifierat 203 risker, varav en mängd risker har ett riskvärde över 8 och därmed utgör en hög risk. I riskanalysen finns det en handlingsplan eller åtgärdsförslag presenterade för majoriteten av de risker som har identifierats. Däremot finns det inte en handlingsplan eller åtgärdsförslag för alla risker som bedömts vara höga.

3.2.1.2 Internkontrollplan

Regionstyrelsen har upprättat en internkontrollplan⁷ för 2023. I Internkontrollplanen ingår nio risker och tillhörande kontrollmoment. Dessa avser regionstyrelsens uppsiktsplikt, styrning och ledning, en attraktivare arbetsmiljö, diskrimineringsfrågor, informationssäkerhet, rekrytering av nyanställda och systematiskt arbetsmiljöarbete. Vi noterar att det ingår två risker i internkontrollplanen med ett riskvärde mellan 1–3, vilket enligt rutinerna för riskhantering bedöms vara en acceptabel risk. Vidare har ingen hög risk (risker med ett riskvärde mellan 8–16) inkluderats i intern kontrollplanen, trots att en mängd sådana identifierades i risk- och väsentlighetsanalysen. För de kontroller som tagits med i internkontrollplanen framgår vem som är ansvarig för kontrollen, hur ofta en kontroll ska genomföras, metoden för kontrollen samt när det senast ska återsäkras.

3.2.1.3 Uppföljning av intern kontroll

I delårsrapporten⁸ för Region Dalarna anges att styrelse och nämnder totalt har fastställt 74 kontrollmoment för 2023. Vid delårsrapporten har 64 av 74 kontrollmoment genomförts. Det är 81% av de 64 kontrollmomenten som har "inga eller godtagbara avvikelser".

I bilagan⁹ till delårsrapporten anges att sju av de nio kontrollmoment för regionstyrelsen som ingått i internkontrollplanen visar att inga eller godtagbara avvikelser finns. För de resterande två kontrollmomenten har avvikelser/brister observerats. De två kontrollmoment där avvikelser/brister har observerats är följande:

⁷ Intern kontrollplan för Regionstyrelsen 2023 §173 2022-12-19, diariet RS2022/1719

⁸ Delårsrapport 2023 för Region Dalarna, beslutad av regionfullmäktige 2023-10-16 §83, diarienummer RS2023/1301

⁹ Delårsrapport 2023 Bilaga 1

2024-03-25

- **Säkerställa ett systematiskt och aktivt arbetssätt med diskrimineringsfrågorna**
- **Systematiskt arbetsmiljöarbete**

Angående kontrollmomentet att säkerställa ett systematiskt och aktivt arbetssätt med diskrimineringsfrågorna anges att det pågår arbete med en övergripande handlingsplan, vilken blivit försenad. Vidare anges att arbetet med handlingsplanen, enligt ny planering, kommer att presenteras för regionstyrelsens ledamöter under hösten. Arbetet ska följas upp under augusti månad för att säkerställa leverans.

Angående kontrollmomentet avseende systematiskt arbetsmiljöarbete anges att det kvarstår problematik genom att det saknas teknisk lösning och modul. Vidare anges att denna brist är problematisk och behöver ses över för att säkerställa leverans under hösten.

3.2.2 Regional utvecklingsnämnd

3.2.2.1 Risk- och väsentlighetsanalys

I den regionala utvecklingsförvaltningens risk- och väsentlighetsanalys har fyra risker identifierats. Samtliga risker har bedömts vara höga. Riskerna avser ekonomistöd till utvecklingsnämndens projekt, tillgängliggörande av information på regionens hemsida, uppföljning av beslut kring projektfinansiering och risker avseende jäv, mutor, korruption och andra oegentligheter. I riskanalysen ingår en handlingsplan med förslag till åtgärder för samtliga risker.

3.2.2.2 Intern kontrollplan

Den regionala utvecklingsnämnden har antagit en intern kontrollplan¹⁰ för 2023. I internkontrollplanen ingår fyra risker och tillhörande kontrollmoment, vilka svarar mot riskerna i risk- och väsentlighetsanalysen. I internkontrollplanen framgår bland annat vem som är ansvarig för kontrollen, hur ofta en kontroll ska genomföras, metoden för kontrollen samt när det senast ska återrapporteras.

3.2.2.3 Uppföljning av intern kontroll

Regionala utvecklingsnämnden har godkänt den regionala utvecklingsförvaltningens delårsrapport för 2023¹¹ anges att tre av fyra kontrollmoment har visat inga eller godtagbara avvikelser. För ett kontrollmoment har avvikelser/brister observerats. Detta kontrollmoment avser rekvisition av medel till regionala utvecklingsnämndens projekt.

Regionala utvecklingsnämnden har godkänt återrapporeringen av den interna kontrollen för år 2023¹². Bilagan¹³ till beslutet visar samma resultat som framgår av

¹⁰ Beslut om regionala utvecklingsnämnden internkontrollplan 2023, beslutad av regionala utvecklingsnämnden 2022-10-21 §98, diarienummer RUN2022/334

¹¹ Godkänd av regionala utvecklingsnämnden 2023-08-24 § 74

¹² Beslut om återrapporering av internkontrollplan 2023, regionala utvecklingsnämnden 2024-02-20 §13

¹³ 87 Intern styrning och kontroll 2023

bilagan till årsredovisningen. Det anges i bilagan att detta kontrollmoment även ska finnas med i internkontrollplanen för år 2024.

3.2.3 Hälsa- och sjukvårdsnämnd

3.2.3.1 Risk- och väsentlighetsanalys

I hälso- och sjukvårdsnämndens riskanalys har 22 risker identifierats. Riskerna avser medborgare, medarbetare och ledarskap, hållbar utveckling, digitalisering samt hälso- och sjukvårdens kvalitet. Totalt har 12 risker identifierats som höga. För alla höga risker utom en framgår det om risken ska hanteras inom ramen för ordinarie intern kontroll, genom nämndens verksamhetsplan eller genom särskild handlingsplan,

3.2.3.2 Internkontrollplan

Hälso- och sjukvårdsnämnden har antagit en internkontrollplan för 2023¹⁴ där tio risker och tillhörande kontrollmoment ingår. Kontrollmomenten avser tio av de 12 risker som identifierades som höga i risk- och väsentlighetsanalysen. Även den risk som i riskanalysen inte hade en utpekad åtgärd är inkluderad. I internkontrollplanen framgår vem som är ansvarig för kontrollen, hur ofta en kontroll ska genomföras, metoden för kontrollen samt när det senast ska återrapporteras.

Utöver den generella internkontrollplanen för hälso- och sjukvårdsnämnden har även en ytterligare internkontrollplan tagits fram för verksamheten hörsel och syn¹⁵. I denna internkontrollplan ingår fyra kontrollmoment som alla har givits ett riskvärde 6.

3.2.3.3 Uppföljning av intern kontroll

I hälso- och sjukvårdsnämndens generella internkontrollplan anges för flera kontrollmoment att rapportering ska ske månadsvis. Under granskningen har vi varit i kontakt med förvaltningen som angett att hälso- och sjukvårdsdirektören vid samtliga sammanträden med hälso- och sjukvårdsnämnden har rapporterat aktuella åtgärder som planerats. Vidare har en rapportering av internkontroll lämnats i tertiärrapporten¹⁶ och i delårsrapporten¹⁷.

I delårsrapporten anges att sju av tio kontrollmoment visar inga eller godtagbara avvikelser. För de resterande tre kontrollmomenten har avvikelser/brister observerats. Dessa är följande:

- **Säkerställa att patientsäkerheten upprätthålls genom att minimera brister i planering och förebygga kompetensbrist**
- **Säkerställa att styrning, ledning och uppföljning sker effektivt**
- **Säkerställa att nödvändiga resurser (ej personella) finns tillgängliga**

¹⁴ Internkontrollplan 2023 hälso- och sjukvårdsnämnden, beslutad av hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-12-06 § 159

¹⁵ Intern kontrollplan 2023 för Hörsel och syn, fastställd av hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-12-06 §161

¹⁶ Tertiärrapport 2023 Hälso- och sjukvården Dalarna, godkänd av hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-05-30 §54

¹⁷ Fastställd av Hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-08-29 § 65

2024-03-25

Hälso- och sjukvårdsnämnden har fastställt återrapporteringen av internkontrollen för år 2023¹⁸. Bilagan till beslutet visar samma resultat som bilagan till delårsrapporten.

Kontrollmomentet att säkerställa att patientsäkerheten upprätthålls genom att minimera brister i planering och förebygga kompetensbrist har visat att det finns brister i form av svårigheter gällande rekrytering, men att åtgärder har stärkts under året. Vidare anges att fortsatt arbete krävs.

Angående kontrollmomentet att säkerställa att styrning, ledning och uppföljning sker effektivt anges att budgeten har överskridits och att åtgärder har vidtagits. En genomlysning av ekonomin har utförts och åtgärder är påbörjade. Åtgärderna ska följas upp genom budget- och uppföljningsprocessen av hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. Vid hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträden redovisar hälso- och sjukvårdsdirektören status på arbetet. Rapportering ska ske i nämndens verksamhetsberättelse.

Kontrollmomentet avseende att säkerställa att nödvändiga resurser (ej personella) finns tillgängliga innebar enligt återrapporteringsdokumentationen att kontrollera att det löpande arbetet i samband med beredskap säkerställer tillgången på nödvändiga resurser. Förvaltningen har fattat beslut om lokal utvecklingsplan, centralt buffertlager för sjukvårdsmaterial och IT-stöd för läkemedelsförsörjning. Hälso- och sjukvården samarbetar med Säkerhets-, risk- och beredskapsavdelningen.

Angående den interna kontrollen för hörsel och syn anges i delårsrapporten för Hörsel och Syn¹⁹ att tre av fyra kontrollmoment har genomförts. Av de tre som har genomförts uppges att inga eller godtagbara avvikelser finns.

I bilagan till uppföljning av intern kontroll för 2023 avseende Hörsel och Syn²⁰ anges att två kontrollmoment är utan anmärkning, varav en inte har varit aktuellt då den identifierade risken berörde en ombyggnation som blivit försenad. De resterande två kontrollmomenten berörde säkerhet och informationssäkerhet. Dessa kontroller uppges inte ha genomförts på alla avdelningar på grund av prioritering av arbete med tillgänglighet. Vidare uppges det att på avdelningar där kontroller ej har genomförts kommer kontroller att genomföras under våren 2024.

3.2.4 Tandvårdsnämnd

3.2.4.1 Risk- och väsentlighetsanalys

I tandvårdsförvaltningens risk och väsentlighetsanalys har totalt 160 risker identifierats, varav en 76 av dessa bedöms vara höga. Riskerna berör områden som innefattar strategisk styrning och ledning, personalresurser, tillgodoseende av patienters behov, hantering av anskaffning, hantering av avvikelser, hantering av ekonomin, intern och extern kommunikation, miljö, säkerhet och kompetensutveckling. I tandvårdsförvaltningens riskanalys ingår en handlingsplan med förslag till åtgärder för samtliga risker.

¹⁸ Fastställd av hälso- och sjukvårdsnämnden 2024-02-20 § 14

¹⁹ Fastställd av hälso- och sjukvårdsnämnden 2024-08-29 § 66

²⁰ Fastställd av hälso- och sjukvårdsnämnden 2024-02-20 § 15

3.2.4.2 Intern kontrollplan

I tandvårdsnämndens plan för intern styrning och kontroll 2023²¹ anges att utöver de kontrollmoment som anges i internkontrollplanen finns ett omfattande egenkontrollarbete inbyggt som en del av tandvårdsförvaltningens ledningssystem. Utöver dessa löpande kontrollaktiviteter har tandvårdsnämnden antagit en internkontrollplan för 2023²² där sex särskilda kontrollpunkter har valts ut. Samtliga dessa kontrollområden avser höga risker. I internkontrollplanen framgår vem som är ansvarig för kontrollen, hur ofta en kontroll ska genomföras, metoden för kontrollen samt när det senast ska återrapporteras.

3.2.4.3 Uppföljning av intern kontroll

I Region Dalarnas delårsrapport²³ anges att samtliga kontroller är pågående eller ska ske under Q3 och Q4. I bilagan till delårsrapporten framgår en bedömning avseende ett kontrollmoment, vilket avser granskning av följsamhet av rutin för behörighetsstyrning. I bilagan till delårsrapporten uppges att detta kontrollmoment pågår men att brister redan har observerats trots att kontrollen inte är klar. Vidare anges att förvaltningen arbetar med att se över styrande dokument på området och att kontrollmomentet kommer att återrapporteras till tandvårdsnämnden enligt fastställd tidplan, i samband med bokslutsrapporteringen.

I bilagor till tandvårdsförvaltningens verksamhetsberättelse för 2023²⁴ redovisas årsuppföljning av intern kontroll till nämnden. För samtliga sex kontrollmoment finns även en bilaga där det framgår mer information om risker, metod för kontroll samt resultat för kontrollmomenten.

Av uppföljningen av den interna kontrollen framgår att åtgärder har beslutats för den risk som under delårsrapporteringen uppvisat brister (granskning av följsamhet till rutin "behörighetsstyrning"). Vidare är återkontroll inplanerad för år 2024.

För kontrollmomentet "granskning av nyttan och effektiviteten av ortodontibehandlingar inom Allmäntandvården" anges att kontrollen visat att nuvarande behandlingar inte har kostnadstäckning. Det anges även att en utredning pågår och ska presenteras för förvaltningens ledningsgrupp under februari 2024.

Det anges även att åtgärder bör vidtas avseende kontrollmomentet "delutvärdering av genomförd omorganisation" då genomförd omorganisation inte har uppnått sitt syfte att bidra till att förvaltningens kliniker arbetar gemensamt med att förbättra ekonomin i området som helhet. Det anges även att samtliga verksamheter ska arbeta med handlingsplan för hållbar framtid och att regionövergripande förvaltningsstruktur kan påverka organiseringen i framtiden.

²¹ Tandvårdsnämndens plan för intern styrning och kontroll 2023, Godkänd av Tandvårdsnämnden 2022-12-08, diarienummer TVN 2022/195

²² Tandvårdsnämndens plan för intern styrning och kontroll 2023, antagen av tandvårdsnämnden 2022-12-08 §42

²³ Godkänd av tandvårdsnämnden 2023-08-31 § 21

²⁴ Bokslut 2023, godkänd av tandvårdsnämnden 2024-02-15 §13

Vidare framgår att kontrollen gällande rutinen för "tandvård till egen personal" i stort har uppvisat bra resultat, men att alla medarbetare inte har kännedom om rutinen. Åtgärder kopplat till information om rutinen är inplanerade det första kvartalet 2024.

3.2.5 Kollektivtrafiknämnd

3.2.5.1 Risk- och väsentlighetsanalys

I kollektivtrafikförvaltningens risk- och väsentlighetsanalys har 14 risker identifierats. Riskerna berör områden som innefattar kärnverksamheten, ekonomin, den stödjande verksamheten och arbetsmiljön. Av de 14 identifierade riskerna bedöms fyra risker vara höga. I kollektivtrafikförvaltningens riskanalys ingår även en handlingsplan med förslag till åtgärd för en risk som har bedömts vara på medelnivå. I kontakt med förvaltningen anges att det inte finns några ytterligare handlingsplaner men att för vissa andra risker är projekt startade eller insatser gjorda.

3.2.5.2 Internkontrollplan

Kollektivtrafiknämnden har antagit en internkontrollplan²⁵ där fem risker och tillhörande kontrollmoment ingår varav fyra bedöms avse höga risker. Samtliga risker i internkontrollplanen går att härleda till risker i förvaltningens risk- och väsentlighetsanalys med riskvärden om åtta eller högre även om formuleringen inte är identisk. Vi noterar däremot att en av riskerna med högt riskvärde i risk- och väsentlighetsanalysen inte motsvaras av en risk och tillhörande kontrollmoment i internkontrollplanen. Av internkontrollplanen framgår vem som är ansvarig för kontrollen, hur ofta en kontroll ska genomföras, metoden för kontrollen samt när resultatet senast ska återrapporteras.

3.2.5.3 Uppföljning av intern kontroll

Vi noterar att i det i kollektivtrafiknämndens internkontrollplan anges att återrapportering ske månadsvis för vissa kontrollmoment. I samband med granskningen har vi varit i kontakt med förvaltningen som har angett att rapportering har skett i februari och september, samt i tertial-, delårsrapportering och i verksamhetsberättelse. Det framgår av kollektivtrafiknämndens delårsrapport²⁶ att samtliga kontrollmoment visar inga eller godtagbara avvikelser.

Kollektivtrafiknämnden har godkänt uppföljningen av intern styrning och kontroll för år 2023²⁷. Av bilagan till beslutet framgår ett annat resultat än i delårsrapporten, nämligen att två av fem kontrollmoment uppvisar inga eller godtagbara avvikelser. De resterande tre kontrollmomenten, som uppvisar avvikelser är följande:

- **Kundnöjdhet**
- **Systemstöd**
- **Kundärendehantering**

²⁵ Intern kontrollplan för kollektivtrafiknämnden 2023, antagen av kollektivtrafiknämnden 2022-12-20 §60

²⁶ Godkänd av kollektivtrafiknämnden 2023-08-23 § 54

²⁷ Godkänd av kollektivtrafiknämnden 2024-02-22 § 10

För kontrollmomentet avseende kundnöjdhet anges att kontrollmomentet avser att säkerställa samverkan med kommuner, regionala utvecklingsförvaltningen och trafikföretag. Genom uppföljning av stickprov har det konstaterats att samverkansmöten sker i planerad omfattning men att brister och avvikelser har observerats. Vidare anges att det pågår ett fortsatt arbete vid dessa samverkansmöten för att åtgärda bristerna.

Avseende kontrollmomentet kring systemstöd anges det att risken avser att etablera nya portföljssystem på förvaltningen och att säkerställa att ledningsgruppen får kännedom och kunskap om dessa. Det uppges att avvikelser och brister har observerats och att åtgärder bör övervägas för att säkerställa en röd tråd för planering och uppföljning. Vidare redovisas åtgärder för att utveckla ledningsgruppsarbete inom området.

3.2.6 Servicenämnd

3.2.6.1 Risk- och väsentlighetsanalys

I servicenämndens risk- och väsentlighetsanalys har totalt 21 risker identifierats där sex risker har bedömts vara höga. Riskerna berör områden som innefattar hållbar utveckling, digitalisering, medarbetare och ledarskap samt medborgare. I riskanalysen finns en handlingsplan för samtliga risker med beslutade åtgärder för riskerna.

3.2.6.2 Internkontrollplan

Servicenämnden har antagit en internkontrollplan²⁸ för 2023 där fyra risker och tillhörande kontrollmoment ingår. De fyra kontrollmomenten avser risker som har identifierats i risk- och väsentlighetsanalysen och bedömts vara höga. Av internkontrollplanen framgår vem som är ansvarig för kontrollen, hur ofta en kontroll ska genomföras, metoden för kontrollen samt när det senast ska återrapporteras.

3.2.6.3 Uppföljning av intern kontroll

I servicenämndens delårsrapport för 2023²⁹ anges att två av fyra kontrollmoment har visat inga eller godtagbara avvikelser. För de resterande två kontrollmomenten anges att avvikelser eller brister har observerats. Det ena kontrollmomentet där avvikelser har observerats berör ekonomi i balans och de ekonomiska utmaningar som finns p.g.a. förändrat omvärldsläge. Det andra kontrollmomentet där avvikelser har observerats berör tvätterisamverkan med Region Värmland, då det finns oklarheter kring hur verksamheten ska drivas i samarbete regionerna emellan.

Servicenämnden har godkänt uppföljningen³⁰ av intern styrning och kontroll för år 2023. Av en av bilagorna³¹ till beslutet framgår att inga avvikelser avseende kontrollmomenten har observerats. Däremot noterar vi att i en annan bilaga³² till beslutet att ett kontrollmoment inte har genomförts. Det gäller en enkät för

²⁸ Intern styrning och kontroll samt riskanalys 2023, antagen av servicenämnden 2022-10-06 §25

²⁹ Godkänd av servicenämnden 2023-09-25 § 32

³⁰ Uppföljning av intern styrning och kontroll år 2023, godkänd av servicenämnden 2024-02-22 §7

³¹ 7.2 Rapport intern styrning och kontroll 2023

³² Intern kontrollplan 2023, Servicenämnden Regionenservice, SN 2022/94

kunduppföljning av kost- och måltidshantering där det bedömdes att enkäten inte skulle ge rättvisande svar då regionen byter måltidssystem under 2023-2024. Enkäten skjuts därför fram till år 2024.

3.2.7 Kultur- och bildningsnämnd

3.2.7.1 Risk- och väsentlighetsanalys

I samband med granskningen har vi tagit del av riskanalys för Malungs folkhögskola där sju risker har identifierats varav ingen har bedömts vara hög. Vi har även tagit del av riskanalys för Bild och form Dalarnas där en risk har bedömts vara hög. I riskanalys för kansliet har fyra risker identifierats. Ingen risk har bedömts vara hög. I riskanalys för Moras folkhögskola tas fyra risker upp som alla bedöms vara höga. I riskanalys för länsbiblioteket anges fyra risker, ingen bedöms vara hög. I riskanalys för musikkonservatoriets identifieras sju risker, varav två har bedömts höga. I samtliga riskanalyser finns det handlingsplaner för hur riskerna ska hanteras.

3.2.7.2 Internkontrollplan

Kultur- och bildningsnämnden har antagit en internkontrollplan³³ för 2023 där sex risker och tillhörande kontrollmoment ingår. Alla områden som de sex kontrollmomenten berör svarar mot risker i de riskanalyser som vi har tagit del av. För vissa av de risker som har identifierats som höga i riskanalysen saknas kontrollmoment i internkontrollplanen. Av de kontrollmoment som har tagits med i internkontrollplanen bedöms fyra risker avse risker på medelnivå och två avse höga risker. Av internkontrollplanen framgår vem som är ansvarig för kontrollen, hur ofta en kontroll ska genomföras, metoden för kontrollen samt när det senast ska återrapporteras.

3.2.7.3 Uppföljning av intern kontroll

I kultur- och fritidsnämndens delårsrapport för 2023³⁴ anges att fyra av sex kontrollmoment har visat inga eller godtagbara avvikelser. Det är ett kontrollmoment där avvikelser/brister observerats, detta avser IT och digitalisering. Vidare är det ett kontrollmoment där betydande avvikelser/brister observerats, detta avser ekonomi i balans.

Kultur- och bildningsnämnden har godkänt³⁵ internkontrollrapporten för år 2023. I tjänsteutlåtandet³⁶ till beslutet redovisas utfallet av genomförda kontrollaktiviteter. Där anges att av 4 av 6 kontrollaktiviteter uppvisar inga eller godtagbara avvikelser medan resterande två kontrollmomenten uppvisar avvikelser.

³³ Internkontrollplan 2023-kultur- och bildningsnämnden, antagen av kultur- och bildningsnämnden 2022-12-06 §66

³⁴ Godkänt av kultur- och bildningsnämnden 2023-09-13 § 44

³⁵ Internkontrollrapport 2023, kultur- och bildningsnämnden 2024-02-14 §6

³⁶ Tjänsteutlåtande, Internkontrollrapport 2023, 2023-01-04 KBN 2024/4

3.2.8 Patientnämnd

3.2.8.1 Risk- och väsentlighetsanalys

I patientnämndens riskanalys har 24 risker identifierats. Riskerna innefattar områden som oegentligheter och korruption, kommunikation, digitalisering, IT- och informationssäkerhet, kvalitet och patientsäkerhet, likabehandling, ekonomi, arbetsmiljö och kompetensförsörjning. Av de 24 riskerna har fyra bedömts vara höga. I riskanalysen finns en handlingsplan med beslutade åtgärder för samtliga risker.

3.2.8.2 Internkontrollplan

Patientnämnden har antagit en internkontrollplan för 2023³⁷ där sex risker och tillhörande kontrollmoment ingår. Samtliga kontrollmoment svarar mot risker i riskanalysen. Det finns risker i riskanalysen som har bedömts vara höga som inte har tagits upp i internkontrollplanen. Av internkontrollplanen framgår vem som är ansvarig för kontrollen, hur ofta en kontroll ska genomföras, metoden för kontrollen samt när det senast ska återrapporteras.

3.2.8.3 Uppföljning av intern kontroll

I patientnämndens delårsboksut för 2023³⁸ anges att samtliga kontrollmoment visar inga eller godtagbara avvikelser.

Patientnämnden har godkänt patientnämndsförvaltningens årsrapport avseende intern styrning och kontroll för år 2023³⁹. I bilagan till beslutet anges det liksom i delårsrapporten att inga eller godtagbara avvikelser har observerats för samtliga kontrollmoment.

3.2.9 Hjälpmedelsnämnd

3.2.9.1 Risk- och väsentlighetsanalys

I risk- och väsentlighetsanalysen för hjälpmedelsnämnden har 29 risker identifierats. Riskerna berör patientsäkerhet, organisation, arbetsmiljö, medborgare, hållbar utveckling, IT-säkerhet, ekonomi, digitalisering samt kvalitet. Av de 29 risker har sex bedömts vara höga. I riskanalysen finns en handlingsplan med beslutade åtgärder för samtliga risker.

3.2.9.2 Internkontrollplan

I internkontrollplanen för hjälpmedelsnämnden ingår åtta risker och tillhörande kontrollmoment. Av dessa bedöms tre risker vara höga. Det finns risker i risk- och väsentlighetsanalysen som bedömts vara höga men som inte inkluderats i internkontrollplanen. Av internkontrollplanen framgår vem som är ansvarig för

³⁷ Internkontrollplan 2023, Patientnämnden, antagen av patientnämnden 2022-10-26 §37

³⁸ Godkänd av patientnämnden 2023-09-20 § 30

³⁹ Godkänd av patientnämnden 2024-02-28 § 15

kontrollen, hur ofta en kontroll ska genomföras, metoden för kontrollen samt när det senast ska återrapporteras.

3.2.9.3 Uppföljning av intern kontroll

I bilagan⁴⁰ till Region Dalarnas delårsrapport för 2023 anges att sex av åtta kontrollmoment har visat inga eller godtagbara avvikelser. För de resterande två kontrollmomenten har avvikelser eller brister observerats. De områden som har uppvisat avvikelser eller brister är följande:

- **Att säkerställa leverans av rätt hjälpmedel/tjänst i rätt tid till kund och patient**
- **Följa och reagera på personalomsättning**

Hjälpmedelsnämnden har i samband med hantering av verksamhetsberättelse godkänt uppföljningen av den interna kontrollen för år 2023⁴¹.

Ett kontrollmoment där avvikelser rapporterades i delårsrapporteringen uppges även i årsuppföljningen ha uppvisat avvikelser. Det avser att säkerställa leverans av rätt hjälpmedel/tjänst i rätt tid till kund och patient. Det rapporteras även för det kontrollmomentet att uppföljning och utveckling av samarbetet med Samhall har skett under året. Ny upphandling för rekonditionering av hjälpmedel är påbörjad.

Vidare rapporteras det att ett kontrollmoment ha visat betydande avvikelser/brister. Det avser att reviderad/upprättad handlingsplan för IT-säkerhetsarbete på förvaltningen finns och följs. Av redovisningen framgår att flera aktiviteter i planen genomförts men att flera ännu kvarstår att genomföra.

3.2.10 Bedömning

Vår bedömning är att riskbedömningar/riskanalyser har utförts och dokumenterats för styrelsens och nämndernas verksamhetsområden.

I samband med granskningen har vi tagit del av riskanalyser från samtliga förvaltningar. Dessutom finns det en handlingsplan eller andra åtgärder för de risker som har identifierats i riskanalysen för förvaltningarna under tandvårdsnämnden, kollektivtrafiknämnden, servicenämnden, kultur- och bildningsnämnden, patientnämnden, hjälpmedelsnämnden, regionala utvecklingsnämnden, hälso- och sjukvårdsnämnden samt för vissa risker som enheterna under regionstyrelsen har identifierat.

Vår bedömning är att styrelse och nämnder har upprättat internkontrollplaner samt att valda kontrollaktiviteter i all väsentlighet ligger i linje med bedömningarna i riskanalyserna.

De risker som har identifierats i riskanalyserna tas i de flesta fall upp i nämndernas internkontrollplaner. Vi har noterat att det finns risker som förvaltningarna har bedömt vara höga som inte har tagits upp i internkontrollplanen för regionstyrelsen, hälso- och

⁴⁰ Delårsrapport 2023 Bilaga 1

⁴¹ Godkänd av hjälpmedelsnämnden 2024-02-22 § 10

2024-03-25

sjukvårdsnämnden, patientnämnden, servicenämnden och tandvårdsnämnden. Däremot finns, som framgår ovan, en handlingsplan eller annan dokumenterad åtgärd för förvaltningarna under vissa av nämnderna, vilket innebär att de risker som har identifierats som höga kan ha tillgodosetts på andra sätt än att ha inkluderats i internkontrollplanen. Vi har noterat att sådana handlingsplaner saknas för, en risk från kollektivtrafikförvaltningens riskanalys samt för vissa risker identifierade för enheter under regionstyrelsen.

Vår bedömning är att styrelsen och nämnderna i allt väsentligt har mottagit återrapportering av intern kontroll i den utsträckning som föreskrivs i regionens styrande dokument samt i styrelsens och nämndernas interna kontrollplaner.

Nämnderna och styrelsen har i samband med delårsrapportering mottagit återrapportering av resultat från de kontrollmoment som angetts i internkontrollplanerna. Samtliga nämnder har även återrapporterat resultat avseende 2023 års internkontroll.

Vi noterar att det finns vissa brister gällande kontrollmoment som inte genomförts samt frekvens för rapportering.

Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt att de interna kontrollmomenten återrapporteras i den utsträckning som de interna kontrollplanerna föreskriver.

Återrapportering har skett i samband med tertialrapport och delårsrapportering för samtliga kontrollmoment som ingår i den generella internkontrollplanen för hälso- och sjukvårdsnämnden. Vidare har återrapportering i form av en slutrapport för den interna kontrollen lämnats till nämnden. Dessutom har hälso- och sjukvårdsdirektören enligt uppgift rapporterat aktuella åtgärder som planerats vid samtliga sammanträden i hälso- och sjukvårdsnämnden under 2023.

Vår bedömning är att kollektivtrafiknämnden och hjälpmedelsnämnden har fastställt tydliga återrapporteringsdatum i sina internkontrollplaner.

4 Samlad bedömning och rekommendationer

Syftet med granskningen av den interna kontrollen har varit att ge de förtroendevalda revisorerna underlag för att bedöma om den interna kontrollen i styrelsen och nämnderna är tillräcklig.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att styrelsens och nämndernas interna kontroll i all väsentlighet är ändamålsenlig.

Av granskningen framgår det att det i all väsentlighet finns ändamålsenliga rutiner och styrdokument avseende den internkontrollen. Vidare har alla nämnder och styrelsen upprättat internkontrollplaner som har inkluderat riskområden som tagits upp i risk- och väsentlighetsanalyserna. Styrelsen och majoriteten av nämnderna har även fått en återrapportering som överensstämmer med vad som anges i internkontrollplanerna och i Region Dalarnas rutiner för internkontroll.

Däremot har vi noterat att vissa rutiner behöver uppdateras då giltighetstiden för dessa har utgått, samt att vissa förtydliganden bör göras. Vidare bedömer vi att kollektivtrafiknämnden inte fullt ut säkerställt återrapportering av kontrollmomenten i den utsträckning som föreskrivs i internkontrollplanerna, samt att alla kontroller inte har genomförts som angetts i servicenämndens internkontrollplan och i hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan för hörsel och syn.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi regionstyrelsen att:

- Se över och gör eventuella uppdateringar av rutinen för riskhantering och rutinen för intern kontroll då dessa endast var giltig till och med 2023-07-06 respektive 2023-07-01
- Tydliggör när risker med ett högt riskvärde ska tas upp i den internkontrollplanen, respektive när det är tillräckligt att risken tas upp i handlingsplanerna.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi regionstyrelsen och kollektivtrafiknämnden att:

- Tillse att åtgärder tas i enlighet med Region Dalarnas rutin för riskhantering angående de risker som identifierats vara av hög risk som inte tagits upp i internkontrollplanen eller i handlingsplanen.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi servicenämnden att:

- Under år 2024, genomföra det kontrollmomentet, i form av en enkät, som inte genomfördes under år 2023.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi Hälso-och sjukvårdsnämnden att:

- Säkerställa att kontroller genomförs i enlighet med internkontrollplanen för hörsel och syn på de avdelningar där kontroller inte ännu genomförts.

Vidare rekommenderar vi kollektivtrafiknämnden att:



Region Dalarna
Granskning av intern kontroll

2024-03-25

- Återrapportera resultat av kontrollmomenten i den utsträckning som anges i internkontrollplanerna

Datum som ovan

KPMG AB

Veronica Hedlund Lundgren
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Alfred Tilly
Verksamhetsrevisor

Lisa Lohi
Verksamhetsrevisor

Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument. Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.

A Processkarta internkontrollplan

