



Granskning av intern kontroll 2022

Granskningsrapport
Region Dalarna

KPMG AB

2023-01-18

Antal sidor 13



Region Dalarna
Granskning av intern kontroll 2022

2023-01-18

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	4
2.1	Syfte, granskningsmål och avgränsning	4
2.2	Revisionskriterier	5
2.3	Metod	5
3	Resultat av granskningen	6
3.1	Styrande och stödjande dokument	6
3.2	Riskanalys, internkontrollplaner och uppföljning	7
3.3	Uppföljning av rekommendationer lämnade 2021	12
4	Slutsats och rekommendationer	13

1 Sammanfattning

KPMG har genom avtal med Region Dalarna uppdraget att utföra räkenskapsrevision. Uppdraget löper till och med årsredovisningen för 2023. I uppdraget ingår även att granska den interna kontrollen. I första hand sker det som en naturlig och nödvändig del av räkenskapsrevisionen vad gäller intern kontroll med betydelse för bokföring och redovisning.

Nämnderna upprättar riskanalyser och planer för uppföljning av intern kontroll. Planerna för uppföljning av intern kontroll är inte hela den interna kontrollen. Planerna ska fånga de risker för fel eller avvikelser som kan finnas trots ett bra regelverk för kontroller, både förebyggande och upptäckande. Om riskanalysen skulle indikera ett område med mycket hög risk för fel bör den första åtgärden vara att förstärka den interna kontrollen i den processens rutiner och aktiviteter.

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

I vårt uppdrag ingår vidare att varje år avge en rapport över den interna kontrollen.

Årets granskning av intern kontroll har utöver basgranskningen enligt ovan fokuserat på:

- Uppföljning av de rekommendationer vi lämnade efter granskningen 2021
- Bedömning av nämndernas egna redovisningar av den interna kontrollen 2022

Slutsatser och rekommendationer:

Vi rekommenderar utifrån genomförd granskning hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- Säkerställa att interna kontrollmoment återrapporteras i den utsträckning som de interna kontrollplanerna förskriver.

Vidare rekommenderar vi även kollektivtrafiknämnden och hjälpmedelsnämnden att:

- Fastställa tydliga återrapporteringsdatum i sina interna kontrollplaner.

2 Bakgrund

KPMG har av Region Dalarnas revisorer fått i uppdrag att granska och bedöma regionstyrelsens och nämndernas arbete med den interna kontrollen under 2022. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2022 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.

2.1 Syfte, granskningsmål 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 nämnderna är tillräcklig. Granskningen har varit av övergripande karaktär och har fokuserat på de delar av intern kontrollarbetet styrelse och nämnderna är involverade i. Regionens förvaltningar utför ett omfattande arbete vad gäller intern kontroll som inte har berörts inom ramen för den här granskningen.

I den granskning som redovisas i denna rapport har följande moment ingått:

- Bedömning av nämndernas egna redovisningar av den interna kontrollen 2022
- Uppföljning av de rekommendationer vi lämnade efter granskningen av 2021

Granskningen har avsett verksamhetsåret 2022.



Region Dalarna
Granskning av intern kontroll 2022

2023-01-18

2.2 Revisionskriterier

Vi har bedömt om regionens interna kontroll inom berörda områden är tillräcklig utifrån de krav som ställs i kommunallagens 6 kap 6§.

2.3 Metod

Granskningen har genomförts genom:

- Avstämning och intervju med processledare intern kontroll
- Dokumentgranskning och analys av interna policydokument och rutiner, tillämpliga internkontrollplaner, riskanalyser, delårsrapport 2022 och uppföljning av intern kontroll samt nämndernas protokoll

Rapporten är faktagranskad av medarbetare på regionstyrelsens centrala förvaltning och flertalet medarbetare från regionens övriga förvaltningar som även beretts möjligheter att lämna synpunkter och kommentarer till rapporten.

3 Resultat av granskningen

3.1 Styrande och stödjande dokument

Region Dalarna har ett antal styrande och stödjande dokument som styr deras arbete vad gäller intern kontroll. I följande kapitel beskrivs dessa dokument uppdelat utefter vilka som är politiskt antagna (styrande) och vilka som upprättats av förvaltningen (stödjande).

3.1.1 Styrande dokument

Regionfullmäktige beslutade 2021-02-19 att fastställa en policy kallad Region Dalarnas system för styrning och ledning. Dokumentet beskriver regionen övergripande styrning och ledningssystem, där intern styrning och kontroll (ISK) lyfts fram som en central beståndsdel. Policyn klargör att intern styrning och kontroll utförs av styrelse, nämnder, chefer och medarbetare och syftar till att ge en rimlig försäkran om att mål och resultatkrav uppnås, att organisationen följer författningar och regler samt har en tillförlitlig redovisning och rapportering.

Policyn pekar även på att samtliga verksamheter ska arbeta för att säkerställa en effektiv verksamhet genom att fortlöpande anpassa organisationen och införa metoder och rutiner för att säkerställa att verksamheten är ändamålsenligt och effektiv och att risker observeras, bedöms och förebyggs.

Enligt policyn ska Region Dalarnas interna styrning och kontroll utgå från två styrande principer:

1. Den interna styrningen och kontrollen ska utgå från kommunallagen och COSO:s ramverk, och
2. den interna styrningen och kontrollen ska tillämpas så att verksamheten bedrivs på ett effektivt, säkert och ändamålsenligt sätt utifrån gällande regelverk för att uppnå fastställda mål, uppdrag och resultatkrav.

Regionen har även två styrdokument, Region Dalarnas värdegrund och Ledarskapets riktning, som pekas ut som styrande och vägledande för hur regionens chefer ska bygga in kontroll och uppföljningssystem som säkrar en effektiv förvaltning och förhindrar att allvarliga fel och skador uppstår.

Utöver dessa policys har Region Dalarnas ett målsättningsdirektiv (beslutad av regionstyrelsen 2022-09-05 § 91) som syftar till att tydliggöra region Dalarnas styrmodell. I direktivet beskrivs COSO modellen, hur regionens verksamhet förväntas applicera den samt vilket uppdrag och ansvar respektive aktör har vad gäller intern styrning och kontroll.

3.1.2 Stödjande dokument

Regionen har en administrativ rutin, Rutin Intern kontrollplan, som beskriver Region Dalarnas årliga arbete med att ta fram, genomföra och följa upp interna kontrollplaner för att bidra till att verkställa regionstyrelsens uppsiktsplikt. Dokumentet är upprättat av förvaltningen och är tänkt att säkerställa ett gemensamt synsätt kring hur arbete med interna kontrollplaner ska tillämpas inom respektive nämnd. Dokumentet beskriver ansvar och roller, mål, nödvändiga förutsättningarna för upprättande av interna kontrollplaner, en processbeskrivning samt begreppsdefinitioner.

Utöver rutinen har förvaltningen upprättat en lathund för det praktiska arbetet och upprättandet av interna kontrollplaner, riskanalyser samt uppföljning. Av dokumentet framgår nödvändiga mallar, var dokument ska sparas samt viktiga tidpunkter för uppföljning. Regionen har även en rutin som beskriver hur stickprov vid intern kontroll och styrning ska utföras.

Regionen har även ett flertal malldokument för riskanalys, verksamhetsberättelse, årsredovisning, tertialrapport och delårsrapporter.

3.1.3 Bedömning

Vi bedömer att det finns ändamålsenliga styrdokument och mallar som stöd för arbetet med riskanalyser och uppföljning av intern kontroll.

3.2 Riskanalys, internkontrollplaner och uppföljning

Samtliga nämnder har upprättat riskanalyser och internkontrollplaner för 2022, som underlag för uppföljning av intern kontroll. I mallen för riskanalys finns en matris för riskbedömning och en beskrivning av metod för riskanalys, där anges förslag på processer som ska beaktas i riskanalysen, processer som föreslås är till exempel arbetsmiljö, ekonomi, värdegrund, IT- och informationssäkerhet, patientsäkerhet, HR, miljö- och klimat. Av mallen framgår det att risker med ett riskvärde över åtta ska åtgärdas. Av förvaltningarnas riskanalyser framgår det att ledamöter från patientnämnden varit delaktiga vid framtagandet av riskanalyserna. Det framgår däremot av dialog med representanter för förvaltningarna att nämndernas och styrelsens ledamöter är involverade i det interna kontrollarbetet på annat sätt. Bland annat genom att upprätta särskilda handlingsplaner för identifierade risker samt genom målworkshops.

I mallen för internkontrollplaner framgår följande rubriker: Process, Kontrollmoment, Kontrollmoment kopplat till risker, Kontrollansvar, Frekvens, Metod Rapporteras senast, Rapportering till, Kontroll utförd (JA/NEJ) Resultat (utan anmärkning/med anmärkning), vad anmärkningen innefattade samt föreslagna/vidtagna åtgärder. Samtliga nämnder har använt sig av regionens mall för riskanalys och internkontrollplan.

Av granskning av protokoll samt delårsrapporteringar framgår det att samtliga nämnder har följt upp sina interna kontrollplaner i samband med delårsrapportering. Vi noterar att Hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontrollplan har angivit andra tidpunkter än delårsrapport som återrapporteringstillfälle men vid tidpunkten för granskningen (2022-10-19) inte genomfört återrapportering vid dessa angivna tillfällen. Vi noterar även att vissa nämnders interna kontrollmoment saknar datum för återrapportering.

I följande avsnitt redogörs för samtliga nämnders riskanalyser, internkontrollplaner samt uppföljning av intern kontroll.

3.2.1 Regionstyrelsen

Regionstyrelsens riskanalys är uppdelad utefter åtta olika typer av verksamhetsprocesser, Administrativa, personaladministrativa, ekonomiska, Forskning och utveckling (FOU), vårdvals, Medicinsk Teknik och IT (MiT), ledningsstöd & strategi och kommunikationsprocesser. Regionstyrelseförvaltningen har sammanlagt identifierat 125 olika risker. I riskanalysen identifieras en ansenlig mängd risker med ett riskvärde över åtta. Den interna kontrollplanen för Regionstyrelsen innehåller fyra interna kontrollmoment.

Samtliga kontrollmoment har följts upp i samband med delårsrapport. Utöver dessa kontrollmoment har ytterligare sju kontrollmoment följts upp i samband med delårsrapport som inte var inkluderade i intern kontrollplanen.

3.2.2 Patientnämnden

Patientnämndens riskanalys innehåller totalt 35 identifierade risker varav åtta har ett riskvärde om åtta eller högre. Patientnämndens interna kontrollplan innehåller fem kontrollmoment. Tre av dessa kontrollmoment gäller risker med ett riskvärde under åtta. Av dialog med representanter från förvaltningen framgår det att bedömningen gjorts att vissa av riskerna hanteras genom styrande nyckeltal eller genom att upprätta ett kontrollmoment som avser kontroller för flera risker. Det framhålls även att för risker där annan nämnd/styrelse bör svara för kontrollen har förvaltningen informerat berörd nämnd/styrelsens förvaltning.

Samtliga kontrollmoment har följts upp i samband med tertialrapport och delårsrapport i enlighet med internkontrollplan.

3.2.3 Regional utvecklingsnämnd

Den regionala utvecklingsnämndens riskanalys innehåller totalt sju identifierade risker varav fem har ett riskvärde om åtta eller högre. Nämndens interna kontrollplan innehåller fem kontrollmoment utformade för dessa fem risker.

Samtliga kontrollmoment har följts upp i samband med delårsrapport i enlighet med internkontrollplan.

3.2.4 Hälsa- och sjukvårdsnämnd

Hälsa- och sjukvårdsnämndens riskanalys innehåller totalt 30 identifierade risker varav 16 har ett riskvärde om åtta eller högre. Nämndens interna kontrollplan innehåller 20 kontrollmoment varav 16 är utformade för de risker som har ett riskvärde över åtta.

Utöver en allmän hälsa- och sjukvårdsriskanalys och intern kontrollplan har även en riskanalys och intern kontrollplan vad gäller Hörsel och syn upprättats. Riskanalysen identifierar 56 risker varav två har ett riskvärde över åtta. Den interna kontrollplanen innehåller sex kontrollmoment men vi endast en av de identifierade riskernas process kontrolleras. Representanter från förvaltningen menar man att den andra risken rör en fråga nämnden inte har rådighet över. Man har därför informerat berörd verksamhet om risken.

Av protokollsgranskning framgår att kontrollmoment tre, fem, sex, 12 och 16 har följts upp och rapporterats till nämnd i enlighet med intern kontrollplan. Kontrollmoment ett, två ska återrapporteras i månadsrapporterna. I inga av de granskade månadsrapporterna har uppföljning av dessa moment återfunnits. Kontrollmoment 17 ska rapporteras vid varje sammanträde samt vid delårs- och bokslutsrapport. Vid protokollsgranskning har inga explicita referenser till kontrollmomentet hittats förutom vid delårsrapportering.

Det är otydligt huruvida kontrollmoment 20 redovisats till nämnd månadsvis såsom internkontrollplanen föreskriver eller inte. Vid varje sammanträde avlägger Hälsa- och sjukvårdsdirektören en rapport vilken innehåller en nulägesbild av förvaltningens arbete. Inga explicita referenser till intern kontroll har gjorts i dessa.

Övriga kontrollmoment ska avrapporteras vid bokslut. Samtliga interna kontrollmoment återrapporterats i samband tertialrapport och i samband delårsrapport.

Vad gäller särskild intern kontrollplan för Hörsel och syn har samtliga kontrollmoment följts upp i samband med delårsrapport vilket är i enlighet med internkontrollplan.

3.2.5 Kollektivtrafiknämnd

Kollektivtrafiknämndens riskanalys innehåller totalt åtta identifierade risker varav fem har ett riskvärde om åtta eller högre. Nämndens interna kontrollplan innehåller sju kontrollmoment utformade för dessa fem risker. Vi noterar att det inte finns en tydlig koppling mellan flera av de identifierade riskerna i riskanalysen och kontrollmomenten i nämndens interna kontrollplan.

Av sju kontrollmoment ska fyra följas upp både vid i delårsrapport och årsbokslut och två enbart vid årsbokslut. Ett av kontrollmomenten, nummer fyra, ska följas upp löpande, men senast under Q1. Kontrollmomentet avser kartläggning av behov av investeringar. Det framgår inte av intern kontrollplanen om Q1 2022 eller Q1 2023 avses. Av protokoll från nämndens sammanträde 2022-03-17 § 7 bilaga A framgår det att ledningen informerat om utförd omvärldsbevakning, det framgår dock inte om

informationen är kopplat till det interna kontrollmomentet. Samtliga kontrollmoment har följts upp i samband med delårsrapport.

3.2.6 Fastighetsnämnd

Fastighetsnämndens riskanalys är uppdelad utefter tolv olika typer av riskområden: informationsskydd, produktionsflöde, robusthet inklusive brandsäkerhet, arbetsmiljöskydd, miljöskydd, produktansvar, skydd mot ekonomisk brottslighet, kompetenssäkring, datasäkerhet, personskydd och krishantering, upphandling och kommunikation.

Fastighetsnämndens riskanalys innehåller totalt 99 identifierade risker varav åtta har ett riskvärde om åtta eller högre. Nämndens interna kontrollplan innehåller sex riskområden och 11 kontrollmoment varav tre kontrollmoment har en lägre identifierad risk än åtta. Av dialog med representanter för förvaltningen framgår det att man valt att inkludera dessa tre kontrollmoment då det finns en politisk vilja att kontrollera dessa processer trots dess låga riskvärde.

Samtliga kontrollmoment skall enligt intern kontrollplan följas upp årligen. Kontrollmoment två, tre, fyra, sju, åtta, och 12 har även följts upp i samband med delårsrapport.

3.2.7 Tandvårdsnämnd

Tandvårdsförvaltningens riskanalys innehåller totalt 115 identifierade risker varav 67 har ett riskvärde om åtta eller högre. Nämndens interna kontrollplan innehåller sex kontrollmoment. Av intern kontrollplan framgår det att kontrollmomenten ska följas upp i samband med bokslut.

Två kontrollmoment har följts upp i samband med delårsrapport. Övriga fyra kontrollmoment ska enligt delårsrapport följas upp under kvartal tre och fyra samt vid bokslut.

3.2.8 Servicenämnd och gemensam nämnd för kostsamverkan

Servicenämnden och den gemensamma nämnden för kostsamverkan har en gemensam riskanalys vilken innehåller totalt 21 identifierade risker varav sju har ett riskvärde om åtta eller högre. Nämnderna har även identiska interna kontrollplaner vilka innehåller sex kontrollmoment som fokuserar på fyra av de identifierade riskerna från riskanalysen. Samtliga av kontrollmomenten ska återrapporteras till både servicenämnden och till gemensam nämnd för kostsamverkan.

Fyra av nämndernas kontrollmoment ska återrapporteras senast 2022-12-31 till nämnderna. Återstående två kontrollmoment har ingen tidpunkt för återrapportering angiven. Samtliga kontrollmoment har återrapporterats till båda nämnderna i samband med respektive delårsrapport.

Mora kommun har sagt upp det gemensamma samverkansavtalet med Region Dalarna avseende gemensam kosthantering. Samarbetsavtalet löper ut till årsskiftet 2022/2023 och den gemensamma nämnden för kostsamverkan avvecklas.

3.2.9 Hjälpmedelsnämnd

Hjälpmedelsnämndens riskanalys innehåller totalt 13 identifierade risker varav tre har ett riskvärde om åtta eller högre. Nämndens interna kontrollplan innehåller sju kontrollmoment. Samtliga risker med ett riskvärde över åtta kontrolleras enligt intern kontrollplan. Vi noterar att det inte framgår när kontrollmomenten ska återrapporteras till nämnden.

Kontrollmoment nummer sex har rapporterats till hjälpmedelsnämnden en gång under verksamhetsåret 2022 och samtliga interna kontrollmoment har följts upp i samband med delårsrapport.

3.2.10 Kultur- och bildningsnämnd

Kultur- och bildningsnämndens riskanalys innehåller totalt sex identifierade risker där ingen har ett riskvärde över åtta. Riskerna har givits riskvärden om två, tre och som högst sex. Nämndens interna kontrollplan innehåller sex kontrollmoment. Vissa av kontrollmomenten är kopplade till identifierade risker i riskanalysen och vissa är nytillkomna. Samtliga kontrollmoment är kopplade till processer med identifierade risker med ett riskvärde över sex. En process, fastighetsutveckling, har givits ett riskvärde om nio.

Av sex kontrollmoment ska ett rapporteras till förvaltningschefens ledningsgruppsmöten, två ska följas upp både i delårsrapport och vid bokslut och ett ska endast följas upp vid bokslut. Ett kontrollmoment ska följas upp i samband med internkontrollrapport februari 2023. Samtliga kontrollmoment har följts upp i samband med tertialrapport och delårsrapport.

3.2.11 Bedömning

Utifrån genomförd granskning gör vi bedömningen att riskanalyserna och internkontrollplanerna i allt väsentligt är ändamålsenligt utformade. Det är tydligt att förvaltningarna och de förtroendevalda utför ett gediget arbete vad gäller intern kontroll.

Vidare gör vi bedömningen att uppföljning av intern kontroll överlag är ändamålsenligt utförd. Vi noterar dock att enstaka nämnder inte har fått återrapporterat interna kontrollmoment i den utsträckning som nämndens interna kontrollplan föreskriver även om samtliga nämnder och styrelse återrapporterat i samband med delårsbokslut. Vi rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att säkerställa att interna kontrollmoment återrapporteras i den utsträckning som de interna kontrollplanerna förskriver samt förtydliga på vilket sätt momenten ska återrapporteras. Vi



rekommenderar även kollektivtrafiknämnden och hjälpmedelsnämnden att fastställa tydliga återrapporteringsdatum i sina interna kontrollplaner.

3.3 Uppföljning av rekommendationer lämnade 2021

Efter granskningen av intern kontroll 2021 lämnade vi följande rekommendation:

- Styrelse och nämnder rekommenderas att säkerställa att det interna kontrollarbetet genomförs trots extraordinära händelser som påverkar verksamheten.

3.3.1 Uppföljning 2022

Under vår granskning har vi inte identifierat några tecken på att det interna kontrollarbetet inte har genomförts på grund av några extraordinära händelser. Av intervju framgår även att inga särskilda aktiviteter har genomförts för att säkerställa att kontrollarbetet genomförs trots extraordinära händelser då det inte har funnits ett behov av det.

3.3.2 Bedömning

Utifrån genomförd granskning gör vi bedömningen att styrelsen och nämnderna följt tidigare års rekommendation.

4 Slutsats och rekommendationer

Vår sammanfattande bedömning är att den interna kontrollen i allt väsentligt är tillräcklig och att omfattningen är ändamålsenlig. Vi kan konstatera att det finns tillräckliga styrande dokument och riktlinjer för arbetet, där också mallar finns att tillgå för nämnderna. Det framgår även att ett gediget internkontrollarbete görs. För ett fåtal nämnder ser vi däremot ett behov av att säkerställa en tillräcklig återrapportering i linje med upprättade interna kontrollplaner samt att i vissa fall tydliggöra återrapporteringsdatum för kontrollmoment.

Vi rekommenderar utifrån genomförd granskning hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- Säkerställa att interna kontrollmoment återrapporteras i den utsträckning som de interna kontrollplanerna förskriver.

Vidare rekommenderar vi även kollektivtrafiknämnden och hjälpmedelsnämnden att:

- Fastställa tydliga återrapporteringsdatum i sina interna kontrollplaner.

Datum som ovan

KPMG AB

Per Naartjärvi
Certifierad Kommunal yrkesrevisor

Alfred Tilly
Kommunal 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.