

Uppföljning av Intern styrning och kontroll 2025 i Region Dalarna

Nämnd / förvaltning	Sidan
Intern styrning och kontroll.....	2
Hälso- och sjukvårdsnämnd / Hälso- och sjukvård Dalarna	5
Hälso- och sjukvårdsnämnd / Hörsel och syn.....	11
Regionstyrelsen / Regionstyrelsens förvaltning.....	15
Regionstyrelse / Fastighetsnämnd.....	18
Servicenämnd.....	21
Kultur och bildningsnämnd.....	24
Tandvårdsnämnd.....	27
Kollektivtrafiknämnd.....	31
Patientnämnd.....	35
Hjälpmedelsnämnd Dalarna.....	39
Regional utvecklingsnämnd.....	43

Intern styrning och kontroll

Internkontroll är grunden för en stabil och tillförlitlig verksamhet. Den interna kontrollen inom nämnder och styrelse bygger på en helhetssyn avseende regionens verksamhet och mål. I praktiken innebär det att den interna kontrollen omfattar mål, strategier, styrning och uppföljning. Inom ovannämnda områden ska det finnas inbyggda kontroll- och uppföljningssystem som säkrar en effektiv förvaltning och förhindrar att allvarliga fel och skador uppstår.

Den interna kontrollen handlar om att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga har en god ekonomisk hushållning
- att informationen om en verksamhet och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig
- att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt uppsatta riktlinjer
- att möjliga risker observeras, bedöms och förebyggs

Styrdokument

Region Dalarna har fastställt en policy och målsättningsdirektiv för intern styrning och kontroll. För det operativa arbetet finns en administrativ rutin och ett antal stödjande dokument.

Enligt den Regionplanen för 2025–2027 ska kompletta internkontrollplaner tas fram av nämnderna. Besluten om internkontrollplanerna för kommande år beslutades mellan oktober och december. Samtliga nämnder ska också löpande följa upp arbetet med internkontroll och rapportera minst två gånger per år.

Genomförande

Samtliga nämnder har följt internkontrollprocessens tidplan och fastställt en internkontrollplan för 2025 innan årsskiftet. Under året har nämnder och förvaltningar arbetat med att genomföra internkontroll-punkterna och samtliga nämnder har lämnat en rapport till regionstyrelsen om resultatet av nämndernas arbete med internkontroll 2025.

I samband med starten av internkontrollprocessen inför 2025 har nämnder och förvaltningar genomfört riskanalyser inom sina respektive verksamhetsområden och därefter tagit fram internkontrollplaner för det nya året.

Den regiongemensamma arbetsgruppen med processledare har under året bistått nämnder och

förvaltningar i arbetet med riskhantering, framtagande av internkontrollplaner, uppföljning och utveckling av arbetsmetoder.

Arbetet med intern styrning och kontroll har under året inte haft samma utrymme som under tidigare år. Resursbrist i kombination med byte av processledare har inneburit att utvecklingstakten tillfälligt har avtagit. Trots detta har flera viktiga steg tagits för att stärka strukturen och skapa bättre förutsättningar för ett mer systematiskt och långsiktigt arbete framåt.

En utveckling under året är att en modul för intern styrning och kontroll har införts i ledningsportalen. Samtliga förvaltningar har därigenom genomfört sina riskanalyser och upprättat internkontrollplaner för 2026 inom samma digitala miljö. Den nya lösningen möjliggör fortlöpande rapportering och uppföljning samt innebär att arbetet nu är integrerat i befintliga ekonomirapporter, vilket stärker kopplingen mellan verksamhetsstyrning, riskhantering och ekonomisk uppföljning.

Samtidigt har förändringar i introduktionsprogrammet för chefer medfört att moment kopplade till intern styrning och kontroll, inklusive COSO-modellen, inte längre ingår i samma utsträckning som tidigare. Detta har identifierats som ett utvecklingsområde inför kommande år, då kunskap och förståelse för strukturerad intern kontroll är en förutsättning för ett effektivt och enhetligt arbetssätt i organisationen.

Under året har även betydande insatser lagts på att utveckla en mer enhetlig och förbättrad process för riskhantering. Arbetet har resulterat i en ny övergripande riktlinje som tydliggör ansvar, metodik och uppföljning. Denna riktlinje utgör en viktig grund för att successivt stärka organisationens förmåga att identifiera, värdera och hantera risker på ett systematiskt sätt.

Året har i övrigt präglats av ett stabilt genomförande med få frågor från processledarna, vilket indikerar att befintliga strukturer och arbetssätt i huvudsak har fungerat väl. Sammantaget bedöms förutsättningarna vara goda för att under kommande år åter öka tempot i utvecklingsarbetet och ytterligare stärka den interna styrningen och kontrollen.

Granskning

Regionens revisorer genomförde en uppföljande granskning av intern kontroll för 2025. Revisorerna noterade att vissa rutiners giltighetstid har löpt ut. Uppdatering av giltighetstid har genomförts så långt det är möjligt.

Revisorerna önskade en översyn av regionens riskanalyser för att få en ökad delaktighet med nämnderna.

Granskningen påvisade också en önskan om ett förtydligande vilket riskvärde som krävs för att en risk ska bli en internkontrollpunkt.

Vidare rekommenderas att fortsatt arbeta med att säkerställa att förvaltningars interna kontrollmoment återspeglar och genomförs i den utsträckning som de interna internkontrollplanerna förskriver. Främst är det Regionstyrelse och Hälso- och sjukvårdsnämnden som har fått detta som rekommendation.

Revisorernas sammanfattande bedömning är att den interna kontrollen i allt väsentligt är tillräcklig och att omfattningen är ändamålsenlig. Revisorerna konstaterar att det finns tillräckliga styrande dokument och riktlinjer för arbetet, där också mallar finns att tillgå för nämnderna. Generellt framgår det av revisorerna att ett gediget internkontrollarbete utförs inom Region Dalarna.

Uppföljning av nämndernas särskilda kontrollaktiviteter 2025

I tabellen nedan redovisas resultatet av internkontrollpunkterna för respektive nämnd. Internkontrollpunkter som har fått resultat grönt visar inga eller godtagbara avvikelser, medan punkter som har resultat gult eller rött behöver behandlas vidare för att uppnå önskat resultat.

Resultat av granskade processer/moment			
Antal resultat per nämnd			
Hälso- och sjukvårdsnämnd/ Hälso- och sjukvård	5	1	
Hälso- och sjukvårdsnämnd/ Hörsel och syn		2	1
Regionstyrelse / Regionstyrelsens förvaltning	3	1	1
Regionstyrelse / Fastighetsnämnd	2		
Servicenämnd / Gemensam nämnd för kostsamverkan	4		
Kultur- och bildningsnämnd	4		
Tandvårdsnämnd	4	2	
Kollektivtrafiknämnd	3	2	
Patientnämnd	6		
Gemensam nämnd Hjälpmedel Dalarna	5		2
Regional utvecklingsnämnd	3	2	
Summa	39	10	4

 Inga eller godtagbara avvikelser finns

-  Avvikelse/brister observerade - åtgärd bör övervägas
-  Betydande avvikelse/brister observerade - åtgärd krävs

Av nämndernas totalt 54 internkontrollpunkter för 2025 har 39 punkter redovisats med resultat "inga eller godtagbara avvikelser", 10 punkter med "avvikelse/brister observerade – åtgärd bör övervägas" och 4 punkter redovisats med "betydande avvikelse/brister observerade - åtgärd krävs". De punkter som bedömts som röda eller gula kommer i många fall att återkomma i kommande internkontrollplaner.

Region fastigheter kunde ej genomföra ett kontrollmoment då uppförandekod inte tagits fram av regionstyrelsen.

Följande nämnder har rapporterat betydande avvikelser:

Nämnd		Orsak
Hälso- och sjukvårdsnämnd/ Hörsel och syn	Kontroll av att informationssäkerhetsron genomförts på alla avdelningar	Vid tidpunkten för granskningen hade informationssäkerhetsron ännu inte genomförts
Regionstyrelse/ Regionstyrelsens förvaltning	Uppförandekod - Beslut om ny policy samt implementering	Arbetet har av olika anledningar försenats. Förslag till ny uppförandekod för Region Dalarna är framtagna och planeras läggas fram för beslut under första halvåret 2026 med efterföljande implementering
Gemensam nämnd Hjälpmedel Dalarna	Ekonomistöd – Uppföljning om verksamheten fått stöd i arbetet med uppdatering av prismodell och internfakturering	Trots påbörjat arbete kvarstår ett tydligt behov av mer samlat och kontinuerligt stöd för att säkerställa en robust ekonomistyrning och långsiktigt hållbara processer inom förvaltningen.
Gemensam nämnd Hjälpmedel Dalarna	Kompetensförsörjning – Följa upp konsekvenserna av neddragning av tjänster inom verksamheten samt att plan för kompetensförsörjning finns	Sammantaget visar granskningen att neddragning av tjänster har haft negativa konsekvenser för verksamheten, både när det gäller tillgänglighet och service till förskrivare samt gällande arbetsmiljö och arbetsbelastning inom vissa funktioner

Ovanstående avvikelser har åtgärdats eller kommer att åtgärdas.

Nämndernas fullständiga rapporter finns sammanställda i dokumentet Uppföljning av intern styrning och kontroll 2025 som behandlas av regionstyrelsen. Utdrag ur nämndernas rapporter finns i bilaga till årsredovisningen.

Nämndernas rapporter till regionstyrelsen om intern styrning och kontroll är sammanställda i detta dokument. För vissa av nämndernas internkontrollpunkter finns Rapport särskilda internkontrollpunkter, med detaljerad redovisning av genomförd kontroll, hos respektive nämnd. I bilaga till regionens årsredovisning för 2025 finns utdrag ur nämndernas rapporter om intern styrning och kontroll.

Hälso- och sjukvårdsnämnd

Hälso- och sjukvård

Nämndens ansvar för intern kontroll regleras i kommunallagen 6 kap 6 § (KL):

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

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

Internkontroll är grunden för en stabil och tillförlitlig verksamhet. Den interna kontrollen inom nämnder och styrelse ska bygga på en helhetssyn avseende regionens verksamhet och mål. I praktiken innebär det att den interna kontrollen ska omfatta mål, strategier, styrning och uppföljning. Inom ovannämnda områden ska det finnas inbyggda kontroll- och uppföljningssystem som säkrar en effektiv förvaltning och förhindrar att allvarliga fel och skador uppstår.

Hälso- och sjukvårdens arbete med intern styrning och kontroll

Förvaltningens arbete med intern styrning och kontroll tar sin utgångspunkt i det internationella ramverket för intern kontroll. Ramverket är utgivet av *The Committee of the Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) och baseras på 17 fundamentala principer kopplade till fem komponenter som processen för Intern styrning och kontroll baseras på;

- Styr- och kontrollmiljö
- Riskhantering
- Kontrollåtgärder
- Information och kommunikation
- Övervakande aktiviteter

Den interna kontrollen handlar sammanfattningsvis om att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga har en god ekonomisk hushållning,
- att informationen om en verksamhet och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig,
- att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt uppsatta riktlinjer,
- att möjliga risker observeras, bedöms och förebyggs.

Styr- och Kontrollmiljö

Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över nämnderna och dess verksamheter. Det är respektive nämnd som ansvarar för att utforma en god intern kontroll. Hälso- och sjukvårdsnämnden, HSN, har i beslutade delegeringsbestämmelser fastställt vem som ska utföra visst arbete. I regionens interna styrande dokument ”*Intern styrning och kontroll*” framgår hur verksamheten systematiskt ska styras och kontrolleras. Utöver detta arbete ska varje nämnd årligen besluta vilka särskilda interna kontrollmoment som ska kontrolleras.

I all väsentlighet utgör ledningssystem, på koncern- respektive förvaltnings-/verksamhetsnivå, ryggraden i förvaltningens kontrollmiljö. Här återges gällande rutiner, arbetsbeskrivningar, ansvar och roller samt hur uppföljning skall ske. Ledningssystemet är under ständig utveckling.

Till kontrollmiljön räknas även linjechefens och medarbetarens ansvar i att skapa delaktighet och förståelse samt att tillsammans värna de värderingar och attityder som gagnar verksamheten och ytterst patienten.

Divisionerna har under 2021 bland annat arbetat på temat produktion och tillgänglighet samt uppföljning och kontroll av uppdrag, bland annat högspecialiserad vård. Samtidigt har den alltjämt pågående pandemin kraftigt påverkat och förändrat planerade prioriteringar gällande verksamhetsplanering och tillgänglighet.

Inom Hälso- och sjukvården, HS, pågår en systematisk utveckling av en gemensam kontrollmiljö, med utgångspunkt från SOSFS 2011:9 *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

Det har identifierats en skörhet avseende stödresurser i verksamheterna. Allt fler administrativa uppgifter ligger på en person, vilket påverkar kvaliteten i styr- och kontrollmiljön. Från och med årsskiftet 2021 har Hälso- och sjukvårdsförvaltningen en egen stödorganisation i form av den nya enheten Ledningsstöd och strategi som samlar de övergripande stödverksamheterna som i många fall tidigare funnits inom Central förvaltning.

Risikanalys

Risikhantering är de aktiviteter och rutiner som är avsedda att hantera, åtgärda och minimera risker och potentiella skador som nämndens verksamhet kan vålla eller drabbas av.

Risikanalysen syftar till att identifiera och utvärdera de väsentligaste riskerna i verksamheten. En väl genomförd riskanalys ska tydliggöra vilka hot som föreligger och kan inverka på verksamhetens möjlighet att uppnå uppsatta mål. I riskanalysen är det även viktigt att identifiera eventuella risker för bedrägeri och oegentligheter.

Sammanställning av risker i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har tagits fram via input från verksamhetsberättelser och årsbokslut, ledningens genomgång, avvikelser samt via verksamheternas inrapporterade

riskidentifieringar. Hänsyn har även tagits till de externa revisioner och myndighetsgranskningar som utförts.

Inom hälso- och sjukvården sker riskhantering utifrån flera perspektiv:

- risker i säkerhet, kris och beredskap
- risker i patientsäkerhetsarbetet
- risker ur ett arbetsmiljöperspektiv
- miljörisker
- risker inom administration
- risker inför förändringsarbete, förändringar av rutiner eller sommarplanering.

Vid allvarliga eller återkommande händelser används händelseanalys som metod i det förebyggande arbetet.

Inom ramen för nämndens internkontrollplan har verksamhetschefsrepresentanter utsetts i divisionerna för att identifiera de risker i verksamheten som utgör hinder att nå överenskomna uppgifter/mål. Ett förvaltningsgemensamt riskdokument har legat till grund för dialog med tjänstemannaledningen avseende verksamhetsplanering och med nämnden avseende områden för internkontrollpunkter.

Kontrollåtgärder

Kontrollåtgärder är de åtgärder och rutiner som utarbetas för att fel ska upptäckas, åtgärdas och/eller förebyggas. Aktiviteterna kan vara inbyggda i såväl organisationsstruktur som rutiner och utgör då kontrollmiljön.

Hälso- och sjukvården har sitt kontrollsystem inbyggt i ledningssystemet, överenskomna arbetssätt och värderingar. Utifrån dokumenterad riskanalys har handlingsplan/aktivitetsplan samt särskilda internkontrollaktiviteter tagits fram för att förebygga de största övergripande riskerna. Riskanalysen ligger även till grund för verksamhetsplaneringen och styrkort med framgångsfaktorer och målnivåer.

Riskanalys, avvikelser och resultat ligger även till grund för den *Egenkontroll* förvaltningen tillämpar. Detta sker i form av att granska kritiska processer och försäkra sig om dess kvalitet och effektivitet avseende praktiskt utförande av det dagliga arbetet. Rapportering av resultatet av utförda egenkontroller sammanställs för respektive division och rapporteras till förvaltningen via dialoger i linjen samt Ledningens genomgång.

Inom divisionerna genomförs egenkontroll, där verksamheternas ”nyckelprocesser” och styrkortets olika delmål granskas fyra gånger per år.

Information och kommunikation

Information och kommunikation är grundläggande förutsättningar för att intern styrning och kontroll ska fungera. Kommunikation i form av utbyte av aktuell och

relevant information mellan medarbetare och ledning är nödvändiga. För att uppsatt regelverk skall efterlevas krävs löpande dialog och väl utvecklade kommunikationskanaler.

Information och interna styrdokument inom förvaltningen finns tillgängligt för alla berörda medarbetare på INTRA. Information och kommunikation kring verksamhetsstyrning och ekonomisk rapportering har fortlöpande givits till alla divisionschefer och verksamhetschefer genom genomförda ledningsgrupper på förvaltningsnivå samt divisionschefer- och verksamhetschefsträffar.

Övrig informationskanal inom förvaltningen är ledningens nyhetskanal ”Ledarforum”. Där delges löpande information från tjänstemannaledningen.

Ledningen tillhandahåller även ämnesorienteringar i form av utbildningstillfällen.

Avvikelsehanteringssystemet används i syfte att uppmärksamma uppkomna avvikelser och identifierade risker ur ett kvalitetsförbättrande perspektiv.

Divisionscheferna har månadsvisa ledningsgruppsmöten med verksamhetschefer för att säkerställa information och kommunikation av aktuella såväl som strategiska frågor. Kommunikation och information sker vid mötena, samt dokumenteras i mötesanteckningar. Mötesanteckningarna kommuniceras vidare i verksamhetschefernas ledningsgrupper och vidare ut i verksamheterna.

Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp har haft täta sammanträden under året på grund av olika anledningar; bland annat byte av förvaltningschef, pandemin och låg tillgänglighet.

2021 har även det varit ett extraordinärt år där pandemin har påverkat hela hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården har behövt ställa in, ställa om och omprioritera verksamheterna för att kunna hantera pandemins konsekvenser. Till stor del har detta gett en effekt på det planerade och strategiska ledningsarbetet då det fått kliva åt sidan under en stor del av året till förmån för hantering av pandemin och upprätthållandet av patientsäkerheten och en god hälso och sjukvård.

Övervakande aktiviteter

Övervakande aktiviteter ska säkerställa att en rimlig grad av intern styrning och kontroll uppfylls. Detta sker genom löpande avrapportering av verksamhetens utveckling på fastställda tjänstemanna- och nämnsammanträden. De instrument som förvaltningen har för att tillse att den interna styrningen och kontrollen fungerar ute i verksamheten sker genom egenkontroll, ledningens genomgång, löpande verksamhetsuppföljning, avrapportering av särskilda kontrollinsatser beslutade av HSN samt extern revision och myndighetsgranskning.

Avrapportering om förvaltningens rådande läge och utveckling har fortlöpande återkopplats till HSN under 2021.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2025

Samtliga beslutade särskilda internkontrollaktiviteter är genomförda och avslutade enligt fastställd tidplan förutom kontrollmoment 7 och 12 som inte genomförts 2021 på grund av tidsbrist och brist på kommunikation. Vissa kommer att återkomma eller vidareutvecklas i internkontrollplan 2021.

Nr	Granskad process/moment	Resultat
1	Uppföljning av vårdgarantin	●
2	Kontrollera att punktprevalensmätningar utförs enligt nationell planering	●
3	Arbetsmiljöpolicy	●
4	Uppföljning av sjukfrånvaro	●
5	Bisyssla i konkurrerande verksamhet	●
6	Uppföljning av handlingsplan i verksamhetsplan och riskanalys	▲
7	Tydligt uppdrag och mandat för chefsrollen	Ej genomförd
8	Systematiskt miljöarbete	●
9	Avtal inom LOU och större direktupphandlingar registreras i Avtalsdatabasen	●
10	Kontroll av kostnadsutveckling samt kvalitet- och produktionsuppföljning	●
11	Upprättade beredskapsplaner som är kommunicerade	●
12	Kontroll av beslutsattester	Ej genomförd
13	Uppföljning av högspecialiserad vård	●
14	Investeringsplan för medicintekniska produkter	●

- Inga eller godtagbara avvikelser finns
- ▲ Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas
- Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

1. Uppföljning av vårdgarantin

Kontrollmomentet innebar att kontrollera att bakomliggande orsak och åtgärd fanns dokumenterade när verksamheter inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen inte levde upp till vårdgarantilagen 0-3-30-90-90. Under hela året 2021 har pandemin påverkat tillgängligheten negativt. I den specialiserade vården har det fått kännbara effekter på uppskjuten vård. Primärvården har varit hårt belastad med provtagning och vaccinering vilket påverkat

telefontillgängligheten och bedömning inom 3 dagar i negativ riktning. I slutet av året nådde dock några av verksamheterna uppsatta mål relaterade till överenskommelsen Bättre tillgänglighet i hälso- och sjukvården och fick del i prestationsersättning. Ledningsportalen är ännu inte implementerad i hälso- och sjukvården och det finns därför inte möjlighet att skriftligt kommentera avvikelser enligt vårdgarantin i våra gemensamma analysystem. Varje månad tas en vårdgarantirapport fram som även skickas som information till Hälso- och sjukvårdsnämnden. En särskild ledningsgrupp för produktion och tillgänglighet där stora delar av förvaltningens ledning deltagit, har varit aktiv under 2021. Kontrollpunkten anses besvarad men fortsatt arbete under 2022 behövs i samband med att Ledningsportalen implementeras och fortsatt arbete med en förbättrad tillgänglighet och kortare väntetider.

Kontrollmomentet anses besvarat.

2. Kontrollera att punktprevalensmätningar utförs enligt nationell planering

Kontrollmomentet innebar att kontrollera att Region Dalarna deltog i nationella punktprevalensmätningar för att tillse att verksamheterna har god följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har deltagit i nationell punktprevalensmätning 2021.

Under vecka 11-12 2021 bjöd SKR in till nationell punktprevalensmätning av basala hygienrutiner och klädregler (PPM-BHK) där Region Dalarna deltog och där totalt 902 personer observerades. Följsamheten till BHK i samtliga åtta steg var i stort sett oförändrad (cirka 73%) jämfört med den nationella mätningen hösten 2020. För riket låg siffran på 83,4 %.

Kontrollmomentet anses avklarat.

3. Arbetsmiljöpolicy

Kontrollmomentet innebar att säkerställa att Region Dalarnas arbetsmiljöpolicy är implementerad och känd i verksamheterna. En inventering av stöd och förutsättningar på regionens intranät samt inläsning av regionens arbetsmiljörapport (för 2019) har utförts och det kan konstateras att arbetsmiljöpolicyen verkar känd och implementerad i merparten av verksamheterna. En djupare kartläggning med stöd av regionens arbetsmiljöhandläggare vore dock av mervärde för att säkerställa implementeringen och kommer att utföras under 2022. Redovisning av arbetsmiljöarbetet sker i den årliga Arbetsmiljöenkäten som är en del av årsredovisningen.

Kontrollmomentet anses besvarat.

4. Uppföljning av sjukfrånvaro

Kontrollmomentet innebar att följa upp nyckeltal, jämförelse med föregående månad. Detta har följts upp i månadsrapport, tertial- och delårsrapport samt i bokslut.

Kontrollmomentet anses besvarat.

5. Bisyssla i konkurrerande verksamhet

Kontrollmomentet innebar att kartlägga hur många medarbetare som har bisyssla inom konkurrerande verksamhet genom uttag från regionens personalhanteringssystem Heroma. Inom Hälso- och sjukvårdens förvaltning har 558 personer rapporterat in bisyssla, 554 av dessa är beslutade och 5 är förbjudna (varav 4 med angiven orsak konkurrerande).

Kontrollmomentet anses besvarat.

6. Uppföljning av handlingsplan i verksamhetsplan och riskanalys

Kontrollmomentet innebar att regelbunden uppföljning av handlingsplan i verksamhetsplan och riskanalys med syfte att säkerställa att beslutade aktiviteter och kontroller utförs. Här har pandemin påverkat i stor grad. Handlingsplan har inte kunnat färdigställas, verksamhetsplan har kompletterats av styrning utifrån Omfallsplan under stor del av 2021. Därav har vissa delar i handlingsplanen följts upp och utförts men som helhet är kontrollmomentet inte besvarat.

Kontrollmomentet ej besvarat.

7. Tydligt uppdrag och mandat för chefsrollen

Kontrollmomentet innebar att inventera befattningsbeskrivningar, attest och delegationsordning och att arbetsmiljödelegation finns för varje chef.

Kontrollmomentet ej genomfört på grund av tidsbrist kopplat till pandemin samt inväntande av rekryterad förvaltningschef.

8. Systematiskt miljöarbete

Kontrollmomentet innebar att säkerställa att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar med systematiskt miljöarbete enligt Region Dalarnas miljöpolicy. Region Dalarna har sedan många år en fastställd miljöpolicy (fastställd av Landstingsfullmäktige 2009-11-23). Under 2019 har en hållbarhetspolicy processats fram. Hållbarhetspolicyen beslutades i Regionfullmäktige 2020-03-02, diarienummer RD19/03346. Hållbarhetspolicyen ersätter miljöpolicyen från det datumet. Varje år görs en miljöredovisning på förvaltningsnivå, där förvaltningens utsedda representanter i miljørådet ansvarar för redovisningen. Varje förvaltning har en utsedd representant till regionens miljøråd.

Det finns utsedda miljöombud vid alla verksamheter/avdelningar som har i uppdrag att stödja cheferna med det lokala miljöarbetet vid sina respektive arbetsplatser. Miljöombudsträffar arrangeras på olika platser i länet. Miljöombudsträffarna syftar till att utbilda, informera och dela erfarenheter.

Det nya hållbarhetsprogrammet är politiskt beslutat i november 2021. Hållbarhetsprogrammet är färdplanen för Region Dalarnas omställning till en hållbar organisation. Det är vägledande för regionens samtliga verksamheter och integrerat i ordinarie ledning och styrning.

Kontrollmomentet anses besvarat och återkommer på beslutad internkontrollplan för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen under 2022.

9. Avtal inom LOU och större direktupphandlingar registreras i databasen

Kontrollmomentet innebar att genom en enkät säkerställa att alla avtal som regleras inom ramen för LOU (inkluderat större direktupphandlingar) var registrerade i Avtalsdatabasen. En enkät skickades ut till 25 verksamhetschefer, fem från varje division, hösten 2021. Fråga ställdes om man genom samverkan med Upphandlingsavdelningen har registrerat upphandlingar och större direktupphandlingar enligt LOU i Avtalsdatabasen. Alla deltagare svarade att man alltid hade kontakt med Upphandlingsavdelningen i samband med större inköp eller att man använde sig av befintliga avtal.

Kontrollmomentet anses besvarat.

10. Kontroll av kostnadsutvecklingen samt kvalitet- och produktionsuppföljning

Kontrollmomentet innebar att kontrollera att kostnadsutvecklingen inte överstiger fastslagen nivå i budget samt att kvalitets- och produktionsuppföljning sker i samtliga verksamheter. Samtliga divisioners kostnadsutveckling har följts under hela 2021 i samband med gängse månads-, tertial- och delårsrapportering. Som en konsekvens av framför allt pandemin har samtliga divisioner, undantaget Division psykiatri och habilitering, haft en kostnadsutveckling som överstigit fastslagen nivå i budget. Den ökade kostnadsutvecklingen har dock mötts av en ännu högre intäktsutveckling vilket resulterat i ett positivt helårsresultat för förvaltningen. Produktion- och tillgänglighetsuppföljning har skett månadsvis dels via rapporter, dels i ledningsgruppen för produktion och tillgänglighet.

Kontrollmomentet anses avklarat

och sjukvårdsnämndens beslutade internkontrollplan för
Hälsö- och sjukvården.

Åsa Dederling
Förvaltningschef
Hälsö- och sjukvården Dalarna

Intern styrning och kontroll

Nämnd: Hälso- och sjukvårdsnämnd

Förvaltning: Hörsel och syn

Nämndens ansvar för intern kontroll regleras i kommunallagen 6 kap 6 § (KL):

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

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

Internkontroll är grunden för en stabil och tillförlitlig verksamhet. Den interna kontrollen inom nämnder och styrelse ska bygga på en helhetssyn avseende regionens verksamhet och mål. I praktiken innebär det att den interna kontrollen ska omfatta mål, strategier, styrning och uppföljning. Inom ovannämnda områden ska det finnas inbyggda kontroll- och uppföljningssystem som säkrar en effektiv förvaltning och förhindrar att allvarliga fel och skador uppstår.

Regionfullmäktige fastställde under 2022 en ny policy, Region Dalarnas system för styrning och ledning (Dnr RD19/00944). Styr- och ledningssystemet är ett ramverk som ska tillämpas av regionens samtliga verksamheter och det består av fyra delar:

- Organisation och ansvar
- Styrande dokument
- Styrmodell
- Ledningsprocess

Policyns avsnitt om styrmodellen beskriver principerna för den interna styrningen och kontrollen inom Region Dalarna.

Hörsel och syns arbete med intern styrning och kontroll



Förvaltningens arbete med intern styrning och kontroll tar sin utgångspunkt i det internationella ramverket för intern kontroll. Ramverket är utgivet av the *Committee of the Sponsoring Organizations of the Treadway*

Commission (COSO) och baseras på 17 fundamentala principer kopplade till fem komponenter. Processen för Intern kontroll baseras på dessa fem komponenter;

- Kontrollmiljö
- Riskanalys
- Kontrollåtgärder
- Information och kommunikation
- Tillsyn och uppföljning.

Den interna kontrollen handlar sammanfattningsvis om att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga har en god ekonomisk hushållning,
- att informationen om en verksamhet och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig,
- att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt uppsatta riktlinjer,
- att möjliga risker observeras, bedöms och förebyggs.

Kontrollmiljö

Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över att det bedrivs god intern kontroll inom nämnderna och dess verksamheter. Men det är respektive nämnd som ansvarar för att utforma en god intern kontroll.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i beslutade delegeringsbestämmelser fastställt vem som ska utföra visst arbete. I regionens interna styrande dokument "*Intern styrning och kontroll*" framgår hur verksamheten systematiskt ska styras och kontrolleras. Utöver detta arbete ska varje nämnd årligen besluta vilka särskilda interna kontrollmoment som ska kontrolleras.

I all väsentlighet utgör ledningssystem, på region- och verksamhetsnivå, ryggraden i förvaltningens kontrollmiljö. Centralt återfinns rutiner och riktlinjer för förvaltningsgemensamma processer medan verksamheten i sitt organisatoriska arbetsrum har vårdrelaterade rutiner inom respektive verksamhetsområde. Region Dalarnas övergripande ledningssystem är under utveckling.

Arbete med att säkerställa en god kontrollmiljö

Under februari månad tillträdde en ny förvaltningschef för förvaltningen Hörsel och syn. Dessförinnan hade förvaltningen en tillförordnad förvaltningschef under halva 2024. När rutinerade medarbetare lämnar och nya personer tillträder och kan kontrollmiljön tendera att begränsas under en period då det tar tid att sätta sig in i en ny verksamhet. Så bedöms också vara fallet under 2025 på förvaltningsövergripande nivå men detta har även varit ett faktum inom hörselvården som under året fått två nya avdelningschefer under föregående år och året som gått. Därtill skall tilläggas

att det stora implementationsarbetet med nytt journalsystem även det inneburit att kontrollmiljön varit försvagad framförallt i samband och efter implementeringen av nytt system. Kontrollmiljön bedöms vara något försvagad även under 2026 till dess att verksamheten har säkerställt tillförlitligheten i rapporter och statistik från nytt system.

I början på 2025 följde förvaltningsledning upp årets som gått dels genom upprättande av verksamhetsberättelse men även 7 stycken säkerhetsrapporter kopplat till områdena arbetsmiljö, patientsäkerhet, informationssäkerhet, katastrof och beredskap, brand och miljö. Förvaltningsledning har följt upp och återrapporterat verksamhetens utveckling, mål och ekonomiska status fortlöpande enligt Region Dalarnas ordinarie uppföljningsrutiner till Hälso- och sjukvårdsnämnden.



Utöver ovannämnda aktiviteter har verksamhetschef och första linjens chefer haft en viktig roll att skapa delaktighet, förståelse och säkerställa att verksamheten bedrivs mot nämndens fastställda mål. En utmaning under året som gått har varit att flera chefer haft en tung arbetsbelastning, dels på grund av införande av nytt vårdinformationssystem men också på grund av, chefsupdragens storlek. Under hösten genomfördes en chefomfördelning inom Hörselvårdens avdelningar för att avlasta högt arbetsbelastade chefer.

Riskhantering

Riskhantering är de aktiviteter och rutiner som är avsedda att hantera och minimera risker och de potentiella skador som nämndens verksamhet kan vålla eller drabbas av. Riskanalysen syftar till att identifiera och utvärdera de väsentligaste riskerna i verksamheten. En väl genomförd riskanalys ska tydliggöra vilka hot som föreligger som en konsekvens av påverkbara eller opåverkbara risker som kan inverka på verksamhetens möjlighet att uppnå uppsatta mål. I riskanalysen är det även viktigt att identifiera eventuella risker för bedrägeri och oegentligheter.

Inför beslutet om 2025 års plan för intern styrning och kontroll upprättades ingen riskanalys innan Hälso och sjukvårdsnämnden fastställde vilka

internkontrollpunkter som skulle genomföras under det kommande året. Detta berodde främst på att verksamheten under hösten hade en tillfälligt bemannad ledningsfunktion, vilket innebar att den samlade kunskapen om processen inte var fullt ut etablerad vid tidpunkten för beslutet.

Kontrollaktiviteter

Kontroll- och styrningsåtgärder omfattar de rutiner och arbetssätt som säkerställer att fel upptäcks, hanteras och förebyggs. Dessa åtgärder kan vara integrerade i både organisationsstrukturen och verksamhetens processer.

Under året har en betydande del av arbetstiden ägnats åt att skapa förutsättningar för, samt genomföra, införandet av det nya journalsystemet. Bedömningen är att detta, tillsammans med en hög arbetsbelastning på chefsnivå, har medfört att förvaltningens kontrollaktiviteter kopplade till ledning och styrning varit mindre robusta än önskat.

De kontrollaktiviteter som prioriterats har framför allt varit den löpande återrapporteringen till ledningsgrupp och Hälso- och sjukvårdsnämnden, vilken genomförts i enlighet med den fastställda processen.

Information och kommunikation

Information och kommunikation är grundläggande förutsättningar för att intern styrning och kontroll ska fungera. Kommunikation i form av utbyte av aktuell och relevant information mellan medarbetare och ledning är nödvändiga. För att uppsatt regelverk skall efterlevas krävs löpande dialog och väl utvecklade kommunikationskanaler.

Information och interna styrdokument inom förvaltningen finns tillgängligt för alla berörda medarbetare på regionens intranät "Intra". Information och kommunikation kring verksamhetsstyrning och ekonomisk rapportering har fortlöpande givits till alla chefer via ledningsgruppens möten. Förvaltningschef har ansvaret att via verksamhetschef och avdelningschefer förse medarbetarna med aktuell information avseende övergripande karaktär likväl som verksamhetschef ansvarar för följa upp verksamheten och förse förvaltningschef med väsentlig information om vad som händer i verksamheten och hur man når upp till beslutade mål.

Övriga kommunikationskanaler inom förvaltningen är ledningens informationsmail som gått ut fortlöpande under året om det är information som ska delges samtliga medarbetare inom förvaltningen. Respektive avdelnings arbetsplatsträffar är det viktigaste forumet för uppföljning och dialog nära medarbetaren.

Året börjades med att extra insatta informationsmöten genomfördes till samtliga medarbetare inom Hörsel och syn samt Hjälpmedel kopplat till ett eventuellt kommande stort mattbyte på Skomakargatan. Detta var en extraordinär händelse där samtliga

medarbetare fick ta del av information direkt via förvaltningsledning genom kortare Teamsmöte. I slutet av 2025 har man genom extra mätningar kunnat konstatera att inga åtgärder är nödvändiga vilket även det kommuniceras ut till samtliga medarbetare.

Under hösten förvaltningsövergripande ledningsgrupp fått kompletterande information från verksamhetens införandeledare av nytt journalsystem för att säkerställa att övergången och implementationen skede på ett kvalitetssäkrat sätt samt för att ge stöd och råd och kunna ta direkta beslut tillsammans med införandeledarna. Implementeringen gick i stort bra även om kontrollmiljön fortsatt är något begränsad.

I övrigt har informationsflödet i stort sätt gått inom ordinarie linjeorganisation.

Tillsyn och uppföljning

Tillsyn och uppföljning ska säkerställa att en god rimlig grad av intern styrning och kontroll uppfylls. Detta sker genom löpande avrapportering av verksamhetens utveckling på fastställda nämndsammanträden. De instrument som förvaltningen har för att tillse att den interna styrningen och kontrollen fungerar ute i verksamheten sker genom egenkontroll, upprättande av säkerhetsrapporter som återrapporterats till den centrala ledningens genomgång, löpande verksamhetsuppföljning enligt fastställd tidsplan, avrapportering av särskilda kontrollinsatser beslutade av Hälso- och sjukvårdsnämnden samt extern revision och myndighetsgranskning.

År 2025 års uppföljning på både verksamhets- och förvaltningsnivå har skett enligt plan. Avrapportering om förvaltningens rådande läge och utveckling har fortlöpande återkopplats till Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Förvaltningen har inte varit föremål för några externa myndighetsgranskningar under året.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2025

Samtliga beslutade särskilda internkontrollaktiviteter är genomförda och avslutade enligt fastställd tidplan.

Nr	Granskad process/kontrollmoment	Utfall
1	Att medarbetarna har en tydlighet kopplat till förväntningar i arbetet	▲
2	Att reservrutiner för kritiska Verksamhetssystem finns	▲
3	Kontroll av att informationssäkerhetsrond genomförts på alla avdelningar	■

● Inga eller godtagbara avvikelser finns

▲ Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas

■ Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

Kontroll 1: Att medarbetarna har en tydlighet kopplat till förväntningar i arbetet

Under våren genomfördes en medarbetarenkät där frågan om tydlighet i förväntningar fick ett högt resultat på 4,2 av 5. Samtidigt har behov av ökad tydlighet i ledning och styrning lyfts på flera chefsnivåer, särskilt kring framtida riktning, prioriteringar och chefsrollens uppdrag. Detta bedöms delvis bero på förändringar i förvaltningsledningen det senaste året. För att förstärka detta har dialoger kring prioriteringar först under hösten i samband med planering för 2026 fortsatt arbete är dock nödvändigt för att få till en röd tråd mellan ledningen på olika nivåer under 2026 särskilt om beslut skulle tas att organisera Hörsel och syn inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Trots utvecklingsbehov på chefsnivå visar resultatet i medarbetarenkäten att medarbetarna i stort upplever tydlighet i sina dagliga uppdrag.

Kontroll 2: Att reservrutiner för kritiska verksamhetssystem finns

Verksamheterna har i flera fall tillgång till övergripande reservrutiner för sina mest centrala system, och vissa egna rutiner finns framtagna. Samtidigt saknas mer specifika reservrutiner för några system exempelvis inom Tolkverksamheten, vilket visar att det finns utvecklingspotential i arbetet med beredskap och kontinuitet. Bedömningen är dock att nuvarande situation inte innebär någon akut eller allvarligt kritisk risk, men att ett fortsatt utvecklingsarbete behövs för att stärka robustheten ytterligare. Utvecklingsfokuset avseende att stärka robusthet och beredskap har prioriterats ner under året på grund av chefsbyten, Cosmicinförande och hög arbetsbelastning på avdelningsnivå inom förvaltningen under året.

Kontroll 3: av att informationssäkerhetsrond genomförts på alla avdelningar

Vid tidpunkten för granskningen hade informationssäkerhetsronderna ännu inte genomförts inom avdelningarna för Hörsel och syn. Genomförandet av ronderna är antingen genomförda eller planerade till början av 2026. Under hösten har verksamheten saknat tillgänglig resurs för samordning av informationssäkerhetsarbetet, vilket kan ha påverkat möjligheten att genomföra ronderna enligt plan.

För att säkerställa en mer konsekvent och återkommande uppföljning framöver kan en tydligare introduktion samt ett mer strukturerat årshjul för chefernas egenkontroll vara värdefulla stöd i det systematiska arbetet.

Sammanfattning av ISK 2025

Förvaltningen Hörsel och Syn har under året arbetat systematiskt med intern styrning och kontroll för att säkerställa att verksamheten fullgör sina uppgifter, när

fastställda mål och bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning och verksamhetskrav.

Kontrollmiljön har dock påverkats negativt under året, dels på grund av förändringar i förvaltningsledningen, dels på grund av hög arbetsbelastning inom chefsleden. Belastningen har främst orsakats av bytet av journalsystem samt att flera chefer haft ett alltför omfattande uppdrag.

De särskilda internkontrollpunkter som beslutats för 2025 har genomförts, och resultaten rapporteras till Hälso- och sjukvårdsnämnden den 17 februari 2026 genom denna årsrapport.

Anna Rinstad

Förvaltningschef Hörsel och syn

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Rapport - Intern styrning och kontroll Regionstyrelsen 2025

Regionstyrelseförvaltningen

Nämndens ansvar för intern kontroll regleras i kommunallagen 6 kap 6 § (KL):

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

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

Internkontroll är grunden för en stabil och tillförlitlig verksamhet. Den interna kontrollen inom nämnder och styrelse ska bygga på en helhetssyn avseende regionens verksamhet och mål. I praktiken innebär det att den interna kontrollen ska omfatta mål, strategier, styrning och uppföljning. Inom ovannämnda områden ska det finnas inbyggda kontroll- och uppföljningssystem som säkrar en effektiv förvaltning och förhindrar att allvarliga fel och skador uppstår.

Regionfullmäktige fastställde under 2022 en ny policy, Region Dalarnas system för styrning och ledning (Dnr RD19/00944). Styr- och ledningssystemet är ett ramverk som ska tillämpas av regionens samtliga verksamheter och det består av fyra delar:

- Organisation och ansvar
- Styrande dokument
- Styrmodell
- Ledningsprocess

Polycyns avsnitt om styrmodellen beskriver principerna för den interna styrningen och kontrollen inom Region Dalarna.

Regionstyrelseförvaltningens arbete med intern styrning och kontroll

Förvaltningens arbete med intern styrning och kontroll tar sin utgångspunkt i det internationella ramverket för intern kontroll. Ramverket är utgivet av the *Committee of the Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) och baseras på 17 fundamentala principer kopplade till fem komponenter. Processen för Intern kontroll baseras på dessa fem komponenter;

- Kontrollmiljö
- Riskanalys
- Kontrollåtgärder
- Information och kommunikation
- Tillsyn och uppföljning.

Den interna kontrollen handlar sammanfattningsvis om att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga har en god ekonomisk hushållning,
- att informationen om en verksamhet och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig,
- att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt uppsatta riktlinjer,
- att möjliga risker observeras, bedöms och förebyggs.

Kontrollmiljö

Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över att det bedrivs god intern kontroll inom nämnderna och dess verksamheter. Men det är respektive nämnd som ansvarar för att utforma en god intern kontroll. Regionstyrelsen har i beslutade delegeringsbestämmelser fastställt vem som ska utföra visst arbete. I regionens interna styrande dokument "*Intern styrning och kontroll*" framgår hur verksamheten systematiskt ska styras och kontrolleras. Utöver detta arbete ska varje nämnd årligen besluta vilka särskilda interna kontrollmoment som ska kontrolleras.

I all väsentlighet utgör ledningssystem, på region- och verksamhetsnivå, ryggraden i förvaltningens kontrollmiljö. Här återges gällande rutiner, arbetsbeskrivningar, ansvar och roller samt hur uppföljning skall ske. Ledningssystemet är under ständig utveckling.

Utöver den dokumenterade kontrollmiljön ingår linjechefens ansvar i att skapa delaktighet, förståelse och omsätta värderingar in i verksamhetens sätt att arbeta.

Risikanalys och styrelsens interna kontrollplan

Risikanalys syftar till att identifiera och utvärdera de väsentligaste riskerna i verksamheten. En väl genomförd riskanalys ska tydliggöra vilka hot som föreligger som en konsekvens av påverkbara eller opåverkbara risker som kan inverka på verksamhetens möjlighet att uppnå uppsatta mål. I riskanalysen är det även viktigt att identifiera eventuella risker för bedrägeri och oegentligheter.

Inför 2025 års plan för intern styrning och kontroll har riskanalyser genomförts och identifierade risker bedömts utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad. Riskanalys och riskbedömning på förvaltningsnivå har tagits fram utifrån ledningens och enheternas genomgångar av avvikelser, externa revisioner och myndighetsgranskningar samt via verksamhetsberättelser och årsbokslut.

Kontrollåtgärder

Kontroll- och styrningsåtgärder är de åtgärder och rutiner som utarbetas för att fel ska upptäckas, åtgärdas och/eller förebyggas. Åtgärderna kan vara inbyggda i såväl organisationsstruktur som rutiner.

Regionstyrelseförvaltningen har sitt kontrollsystem inbyggt i ledningssystem, överenskomna arbetssätt och värderingar. Där framgår hur kontroll och uppföljning sker. Utifrån dokumenterad riskanalys har handlingsplan/aktivitetsplan samt särskilda internkontrollaktiviteter tagits fram för att förebygga de största övergripande riskerna.

Utöver detta tillämpar förvaltningen även *Egenkontroll* i form av att granska kritiska processer och försäkra sig om dess kvalitet och effektivitet avseende praktiskt utförande av det dagliga arbetet. Rapportering av resultatet av utförda egenkontroller sammanställs för respektive enhet och rapporteras till förvaltningens ledningsgrupp.

Information och kommunikation

Information och kommunikation är grundläggande förutsättningar för att intern styrning och kontroll ska fungera. Kommunikation i form av utbyte av aktuell och relevant information mellan medarbetare och ledning är nödvändiga. För att uppsatt regelverk skall efterlevas krävs löpande dialog och väl utvecklade kommunikationskanaler.

Information och interna styrdokument inom förvaltningen finns tillgängligt för alla berörda medarbetare på regionens intranät "Inblick". Information och kommunikation kring verksamhetsstyrning och ekonomisk rapportering har fortlöpande givits till alla verksamhetschefer genom ledningsgruppsmöten och andra genomförda chefsträffar.

Avvikelsehanteringssystemet Synergi används i syfte att uppmärksamma uppkomna avvikelser ur ett kvalitetsförbättrande perspektiv.

Tillsyn och uppföljning

Tillsyn och uppföljning ska säkerställa att en god rimlig grad av intern styrning och kontroll uppfylls. Detta sker genom löpande avrapportering av verksamhetens utveckling på fastställda nämndsammanträden vad gäller den interna kontrollen som regionstyrelsen har beslutat om. De instrument som förvaltningen har för att tillse att den interna styrningen och kontrollen fungerar ute i verksamheten sker genom egenkontroll, ledningens genomgång, löpande verksamhetsuppföljning enligt fastställd tidsplan, avrapportering av särskilda kontrollinsatser beslutade av regionstyrelseförvaltningen samt extern revision och myndighetsgranskning.

2025 års uppföljning på både verksamhets- och förvaltningsnivå har skett enligt plan. Avrapportering om förvaltningens rådande läge och utveckling har fortlöpande återkopplats till regionstyrelsen.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2025

Samtliga beslutade särskilda internkontrollaktiviteter är hanterade. Vissa med krav på en fortsatt hantering.

Nr	Granskad process/kontrollmoment	Utfall helår
1	Välfärdsbrottslighet - Utveckla rutiner för att upptäcka, förebygga och motverka välfärdsbrott - initialt medvetandegöra och identifiera risker	●
2	Avtalstrohet – Följsamhet till upphandlade avtal	●
3	Uppförandekod - Beslut om ny policy samt implementering	■
4	Robusthet - Säkerställa att risk- och sårbarhetsanalys (RSA) genomförs på varje enhet	▲
5	Följsamhet till politiska beslut - Säkerställa att rutiner finns, att beslut verkställs och kommuniceras med politiken	●

● Inga eller godtagbara avvikelser finns

▲ Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas

■ Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

Granskningsmoment 1 - Välfärdsbrottslighet

Arbetet mot välfärdsbrottslighet har och kommer fortsatt att intensifieras. Under året har en strategi och handlingsplan mot välfärdsbrottslighet utarbetats.

Flera av förvaltningens enheter arbetar löpande mot välfärdsbrottslighet i sina ordinarie processer. Bland annat gör redovisningsavdelningen kontroller av nya leverantörer och kontrollerar utbetalningsfilen mot Inyett. Känsliga moment hanteras av två personer i förening, både i leverantörs- och kundreskontran.

När regionen breddinför eHandel underlättar det väsentligt för verksamheterna att upphandla rätt varor av rätt leverantörer, till rätt pris.

Under 2025 har Vårdvalsenheten infört ett ersättningssystem (LOVa) för att ytterligare säkra att korrekt ersättning betalas ut inom vårdval Primärvård och vårdval barn- och ungdomspsykiatri. Vårdvalsenheten genomför även registerkontroller två gånger per år vad gäller vårdgivares ekonomiska ställning varav den ena gången görs en större kontroll än enbart ekonomisk ställning

Granskningsmoment 2 – Avtalstrohet

Under 2025 har avtalsuppföljningen bedrivits systematiskt och aktivt. Totalt genomfördes 139 st

leverantörmöten i syfte att säkerställa avtalsefterlevnad, kvalitet och kontinuerlig dialog. Regionen använder CreditSafe och Inyett som systemstöd för uppföljning och kontroll. Avtalscontrollers har även samverkat både regionalt genom Upphandlingsdialog Dalarna och nationellt via SKR samt Ledningsnätverket för upphandling (LfU). Samverkan har bidragit till kompetenshöjande insatser, utveckling och implementering av nya arbetssätt samt arbete med den nationella eskaleringstrappan.

Granskningsmoment 3 - Uppförandekod

Arbetet har av olika anledningar försenats. Förslag till ny uppförandekod för Region Dalarna är framtagen och planeras läggas fram för beslut under första halvåret 2026 med efterföljande implementering.

Granskningsmoment 4 – Robusthet

Alla enheter inom Regionstyrelsens förvaltning har genomfört sårbarhetsanalyser utifrån förutsättningen att identifiera vilka funktioner/processer som vid en större samhällsstörning eller krig måste säkerställas eller förstärkas för att Region Dalarna skall kunna uppfylla uppdraget att tillhandahålla samhällsviktig verksamhet. Arbetet behöver dock fortsätta med fördjupade analyser och resultera i planer och reservrutiner för att visa vilka resurser som krävs och var.

Granskningsmoment 5 – Följsamhet till politiska beslut

Granskning har genomförts under året omfattande totalt 200 slutliga beslut fattade i regionfullmäktige, regionstyrelsen och regionstyrelsens utskott under perioden november 2023 till och med december 2024. Informationsärenden, valärenden, interpellationssvar samt delegeringsbeslut har exkluderats. Ansvarig chef har under hösten 2025 bedömt status för respektive beslut. Av dessa bedömdes 163 beslut (81,5 procent) som verkställda, 13 beslut (6,5 procent) som ständigt pågående, 22 beslut (11 procent) som påbörjade och 2 beslut (1 procent) som återstående.

Fortsättningsvis kommer sammanställningar göras regelbundet och resultaten anmälas till regionstyrelsen.

Sammanfattning av ISK 2025

Den interna styrningen och kontrollen inom regionstyrelseförvaltningen har genom enheternas riskanalyser inventerat ca 150 risker. Åtgärdsplaner är redovisade av verksamheterna för att reducera och att i förekommande fall förebygga dessa. Vad gäller regionstyrelsens specifika och lagstadgade interna kontrollplan har regionstyrelsen beslutat om fem särskilda granskningsområden.

Internkontroll, uppföljning 2025 visar i allt väsentligt på god följsamhet till:

- att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga har en god ekonomisk hushållning,
- att informationen om en verksamhet och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig,
- att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt uppsatta riktlinjer,
- att möjliga risker observeras, bedöms och förebyggs.

Internkontrollen ska ses som ett viktigt inslag i arbetet med "ständiga förbättringar". Redovisade iakttagelser pekar på två avvikelser inom granskningsmoment uppförandekod och robusthet beskrivna ovan.

Johan Lindberg

Regiondirektör/förvaltningschef
Regionstyrelsens förvaltning

Intern styrning och kontroll

Nämnd: Regionstyrelsen

Förvaltning: Regionfastigheter

Nämndens ansvar för intern kontroll regleras i kommunallagen 6 kap 6 § (KL):

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

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

Internkontroll är grunden för en stabil och tillförlitlig verksamhet. Den interna kontrollen inom nämnder och styrelse ska bygga på en helhetssyn avseende regionens verksamhet och mål. I praktiken innebär det att den interna kontrollen ska omfatta mål, strategier, styrning och uppföljning. Inom ovannämnda områden ska det finnas inbyggda kontroll- och uppföljningssystem som säkrar en effektiv förvaltning och förhindrar att allvarliga fel och skador uppstår.

Regionfullmäktige fastställde under 2022 en ny policy, Region Dalarnas system för styrning och ledning (Dnr RD19/00944). Styr- och ledningssystemet är ett ramverk som ska tillämpas av regionens samtliga verksamheter och det består av fyra delar:

- Organisation och ansvar
- Styrande dokument
- Styrmodell
- Ledningsprocess

Polycyns avsnitt om styrmodellen beskriver principerna för den interna styrningen och kontrollen inom Region Dalarna.

Fastighetsförvaltningens arbete med intern styrning och kontroll

Förvaltningens arbete med intern styrning och kontroll tar sin utgångspunkt i det internationella ramverket för intern kontroll. Ramverket är utgivet av the Committee of the Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO) och baseras på 17 fundamentala principer kopplade till fem komponenter. Processen för Intern kontroll baseras på dessa fem komponenter;

- Kontrollmiljö
- Riskanalys

- Kontrollåtgärder
- Information och kommunikation
- Tillsyn och uppföljning.

Den interna kontrollen handlar sammanfattningsvis om att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga har en god ekonomisk hushållning,
- att informationen om en verksamhet och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig,
- att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt uppsatta riktlinjer,
- att möjliga risker observeras, bedöms och förebyggs.

Kontrollmiljö

Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över att det bedrivs god intern kontroll inom nämnderna och dess verksamheter. Men det är respektive nämnd som ansvarar för att utforma en god intern kontroll. I regionens interna styrande dokument "Intern styrning och kontroll" framgår hur verksamheten systematiskt ska styras och kontrolleras. Utöver detta arbete ska varje nämnd årligen besluta vilka särskilda interna kontrollmoment som ska kontrolleras.

I all väsentlighet utgör ledningssystem, på region- och verksamhetsnivå, ryggraden i förvaltningens kontrollmiljö. Här återges gällande rutiner, arbetsbeskrivningar, ansvar och roller samt hur uppföljning skall ske. Ledningssystemet är under ständig utveckling.

Vid Regionstyrelsens sammanträde 2024-12-09, fastställdes den aktuella kontrollplanen för 2025. Enligt planen ska uppföljning av kontrollplan och återkoppling ske årligen. Internkontrollen för 2025 följs upp mot Fastighetsberedningen samt i ett samlat ärende med regionstyrelsens förvaltning.

In- och omvärldsanalys – SWOT – och riskanalys

Det är viktigt att skapa en gemensam syn kring förutsättningarna för verksamheten och de krav och förväntningar som finns från hyresgäster, ägare, medarbetare och andra intressenter.

Ett verktyg för att på ett allsidigt sätt belysa verksamheten är den så kallade SWOT-modellen. SWOT är en enkel metod som innebär att man ser på verksamheten ur ett helikopterperspektiv. SWOT står för: Strength (styrkor), Weakness (svagheter), Opportunity (möjligheter) och Threat (hot). Regionfastigheter har sammanfattat senast genomförd SWOT-analys i 2025 års verksamhetsplan.

Förutom den mer övergripande SWOT-analysen görs även en mer djuplodande riskanalys. Riskhantering är de aktiviteter och rutiner som är avsedda att hantera och minimera risker och de potentiella skador som nämndens verksamhet kan vålla eller drabbas av. Riskanalysen, som spänner över 12 riskområden, syftar till att identifiera och utvärdera de väsentligaste riskerna i verksamheten. En väl genomförd riskanalys ska tydliggöra vilka hot som föreligger som en konsekvens av påverkbara eller opåverkbara risker som kan inverka på verksamhetens möjlighet att uppnå uppsatta mål. I riskanalysen är det även viktigt att identifiera eventuella risker för bedrägeri och oegentligheter.

Inför 2025 års verksamhetsplanering har riskanalys genomförts i verksamheten och i fastighetsberedningen. Identifierade risker har bedömts utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad.

Riskanalys och riskbedömning togs fram genom input från ledningens genomgångar, avvikelser, externa revisioner och myndighetsgranskningar samt via verksamhetsberättelser och årsbokslut. Riskanalysen omfattade följande (12) områden: informationsskydd, produktionsflöde, robusthet inkl brandsäkerhet, arbetsmiljöskydd, miljöskydd, produktansvar (lokaler och fastighetsanknutna tjänster), skydd mot ekonomisk brottslighet, kompetenssäkring, datasäkerhet, personskydd och krishantering, upphandling och kommunikation.

Kontrollaktiviteter

Kontrollaktiviteter är de åtgärder och rutiner som utarbetas för att fel ska upptäckas, åtgärdas och/eller förebyggas. Aktiviteterna kan vara inbyggda i såväl organisationsstruktur som rutiner.

Regionfastigheter har sitt kontrollsystem inbyggt i ledningssystem, överenskomna arbetssätt och värderingar. Där framgår hur kontroll och uppföljning sker. Utifrån dokumenterad riskanalys har handlingsplan/aktivitetsplan samt särskilda internkontrollaktiviteter tagits fram för att förebygga de största övergripande riskerna.

Information och kommunikation

Information och kommunikation är grundläggande förutsättningar för att intern styrning och kontroll ska fungera. Kommunikation i form av utbyte av aktuell och relevant information mellan medarbetare och ledning är nödvändiga. För att uppsatt regelverk skall efterlevas krävs löpande dialog och väl utvecklade kommunikationskanaler.

Avvikelsehanteringssystemet Synergi används i syfte att uppmärksamma uppkomna avvikelser ur ett kvalitetsförbättrande perspektiv.

Övervakande aktiviteter

Övervakande aktiviteter ska säkerställa att en rimlig grad av intern styrning och kontroll uppfylls. Detta sker genom avrapportering av verksamhetens utveckling på fastställda beredningssammanträden. De instrument som förvaltningen har för att tillse att den interna styrningen och kontrollen fungerar i verksamheten beskrivs i Regionfastigheters verksamhetsplan, som årligen uppdateras och beslutas vid fastighetsberedningen sista sammanträde för året.

Under 2025 har uppföljning på både verksamhets- och förvaltningsnivå skett enligt plan. Avrapportering om förvaltningens rådande läge och utveckling har fortlöpande återkopplats till fastighetsberedningen och i en med regionstyrelsens förvaltning samlad uppföljning mot regionstyrelsen.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2025

Samtliga beslutade särskilda internkontrollaktiviteter är genomförda och avslutade enligt fastställd tidplan.

Nr	Granskad process/moment	Resultat
1	Välfärdsbrottslighet	
2	Uppförandekod	-
3	Robusthet	

-  Inga eller godtagbara avvikelser finns
-  Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas
-  Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

Uppföljning av Internkontrollplan 2025

Nedan följer en sammanställning av resultat per kontrollområde:

1. Välfärdsbrottslighet

Riktlinjen mot korruption, mutbrott och jäv är ajourhållen och kommunicerad för alla medarbetare vid APT 2025-12-19

2. Uppförandekod

Kontrollmomentet kunde ej genomföras då uppförandekod inte tagits fram av regionstyrelsen. Därmed kan uppförandekoden varken beslutas eller implementeras inom förvaltningen.

3. Robusthet

Kontrollen visade att risk- och sårbarhetsanalys genomförs tillsammans med Säkerhetsavdelningen gällande de områden som ligger under fastighetsförvaltningens ansvar.

Sammanfattning av ISK 2025

Internkontroll, uppföljning 2025 visar i allt väsentligt på god följsamhet till:

- *att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga har en god ekonomisk hushållning,*
- *att informationen om en verksamhet och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig,*
- *att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt uppsatta riktlinjer,*
- *att möjliga risker observeras, bedöms och förebyggs.*

Internkontrollen ska ses som ett viktigt inslag i arbetet med "ständiga förbättringar".

Kristina Appelberg

*Förvaltningschef
Regionfastigheter*

Servicenämnd

Regionservice Dalarna

Nämndens ansvar för intern kontroll regleras i kommunallagen 6 kap 6 § (KL):

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

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

Internkontroll är grunden för en stabil och tillförlitlig verksamhet. Den interna kontrollen inom nämnder och styrelse ska bygga på en helhetssyn avseende Regionens verksamhet och mål. I praktiken innebär det att den interna kontrollen ska omfatta mål, strategier, styrning och uppföljning. Inom ovannämnda områden ska det finnas inbyggda kontroll- och uppföljningssystem som säkrar en effektiv förvaltning och förhindrar att allvarliga fel och skador uppstår.

Regionfullmäktige fastställde under 2022 en ny policy, Region Dalarnas system för styrning och ledning (Dnr RD19/00944). Styr- och ledningssystemet är ett ramverk som ska tillämpas av regionens samtliga verksamheter och det består av fyra delar:

- Organisation och ansvar
- Styrande dokument
- Styrmodell
- Ledningsprocess

Policyns avsnitt om styrmodellen beskriver principerna för den interna styrningen och kontrollen inom Region Dalarna.

Regionservice arbete med intern styrning och kontroll 2025

Förvaltningens arbete med intern styrning och kontroll tar sin utgångspunkt i det internationella ramverket för intern kontroll. Ramverket är utgivet av the *Committee of the Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) och baseras på 17 fundamentala principer kopplade till fem komponenter. Processen för Intern kontroll baseras på dessa fem komponenter;

- Kontrollmiljö
- Riskanalys
- Kontrollåtgärder
- Information och kommunikation
- Tillsyn och uppföljning.

Den interna kontrollen handlar sammanfattningsvis om att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga har en god ekonomisk hushållning,
- att informationen om en verksamhet och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig,
- att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt uppsatta riktlinjer,
- att möjliga risker observeras, bedöms och förebyggs.

Kontrollmiljö

Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över att det bedrivs god intern kontroll inom nämnderna och dess verksamheter. Men det är respektive nämnd som ansvarar för att utforma en god intern kontroll. Servicenämnden har i beslutade delegeringsbestämmelser fastställt vem som ska utföra visst arbete. I regionens interna styrande dokument "Intern styrning och kontroll" framgår hur verksamheten systematiskt ska styras och kontrolleras. Utöver detta arbete ska varje nämnd årligen besluta vilka särskilda interna kontrollmoment som ska kontrolleras.

I all väsentlighet utgör RD ledningssystem på regionnivå och regionservice verksamhetssystem på verksamhetsnivå, ryggraden i förvaltningens kontrollmiljö. Här återges gällande rutiner, arbetsbeskrivningar, ansvar och roller samt hur uppföljning skall ske. Lednings- och verksamhetssystemet är under ständig utveckling.

Utöver den dokumenterade kontrollmiljön ingår linjechefens ansvar i att skapa delaktighet, förståelse och omsätta värderingar in i verksamhetens sätt att arbeta.

Riskanalys

Riskanalys syftar till att identifiera och utvärdera de väsentligaste riskerna i verksamheten. En väl genomförd riskanalys ska tydliggöra vilka hot som föreligger som en konsekvens av påverkbara eller opåverkbara risker som kan inverka på verksamhetens möjlighet att uppnå uppsatta mål. I riskanalysen är det även viktigt att identifiera eventuella risker för bedrägeri och oegentligheter.

Som en del av 2025 års verksamhetsplanering har ledningsgruppen för Regionservice med stöd av processägarna identifierat och, utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad, bedömt de risker som kan innebära att verksamheten inte når uppsatta mål under 2025.

Underlag för riskanalys och riskbedömning har tagits fram genom ingångsvärden från ledningens genomgångar, avvikelser, externa revisioner och myndighetsgranskningar samt föregående års verksamhetsberättelser och årsbokslut.

Kontrollåtgärder

Kontroll- och styrningsåtgärder är de åtgärder och rutiner som utarbetas för att fel ska upptäckas, åtgärdas och/eller förebyggas. Åtgärderna kan vara inbyggda i såväl organisationsstruktur som rutiner.

Regionservice har sitt kontrollsystem inbyggt i regionservice verksamhetssystem, överenskomna arbetssätt och värderingar. Där framgår hur kontroll och uppföljning sker.

Utifrån dokumenterad riskanalys har handlingsplan/aktivitetsplan samt särskilda internkontrollaktiviteter tagits fram för att förebygga de största övergripande riskerna.

Utöver detta tillämpar förvaltningen även *Egenkontroll* i form av att granska kritiska processer och försäkra sig om dess kvalitet och effektivitet avseende praktiskt utförande av det dagliga arbetet. Rapportering av resultatet av utförda egenkontroller sammanställs för respektive område och rapporteras till förvaltningens ledningsgrupp.

Information och kommunikation

Information och kommunikation är grundläggande förutsättningar för att intern styrning och kontroll ska fungera. Kommunikation i form av utbyte av aktuell och relevant information mellan medarbetare och ledning är nödvändiga. För att uppsatt regelverk skall efterlevas krävs löpande dialog och väl utvecklade kommunikationskanaler.

Information och interna styrdokument inom förvaltningen finns tillgängligt för alla berörda medarbetare på Regionens intranät samt i Regionservice verksamhetssystem. Information och kommunikation kring verksamhetsstyrning och ekonomisk rapportering har fortlöpande givits till alla verksamhetschefer genom genomförda ledningsmöten.

Övriga kommunikationskanaler inom förvaltningen är verksamhetschefernas egna ledningsmöten där information från ledningen delges löpande. Vidare så ges ett nyhetsbrev ut av ledningen ca 6 ggr/år, där samtliga medarbetare kan ta del av viktiga händelser och vad som är på gång inom förvaltningen.

Som en del av att utveckla Regionservice styrningsmodell har "Daglig styrning" införts i alla förvaltningens verksamheter. Syftet är att snabbt fånga brister i verksamheten på ett systematiskt sätt och åtgärda dessa för att minimera påverkan av tjänsteleveransen till kund. Vidare syftar införandet till att stärka medarbetarnas delaktighet i det dagliga arbetet. Regionens gemensamma avvikelsehanteringssystem Synergi har använts i syfte att uppmärksamma och hantera uppkomna avvikelser och förbättringsförslag ur ett kvalitetsförbättrande perspektiv.

Tillsyn och uppföljning

Tillsyn och uppföljning ska säkerställa att en god rimlig grad av intern styrning och kontroll uppfylls. Detta sker genom löpande avrapportering av verksamhetens utveckling på fastställda nämndsammanträden. De instrument som förvaltningen har för att tillse att den interna styrningen och kontrollen fungerar ute i verksamheten sker genom egenkontroll, ledningens genomgång, löpande verksamhetsuppföljning enligt fastställd tidsplan, avrapportering av särskilda kontrollinsatser beslutade av Servicenämnden samt extern revision och myndighetsgranskning.

Under 2025 har uppföljning skett på förvaltningsnivå enligt plan. Avrapportering om förvaltningens rådande läge och utveckling har fortlöpande återkopplats till Servicenämnden.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2025

2025 års internkontrollaktiviteter är genomförda enligt fastställd tidplan.

För samtliga aktiviteter har kontroller genomförts med inga eller godtagbara avvikelser.

Nr	Granskad process/moment	Resultat
1	Ekonomiska utmaningar / systematisk uppföljning av ekonomin	●
2	Beredskap / plan för höjd beredskap och lager för förbrukningsprodukter	●
3	Hot och våld / handlingsplaner och utbildning för ordningsvakter	●
4	Informationssäkerhet / hantering av personuppgifter och incidenter	●

● Inga eller godtagbara avvikelser finns

▲ Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas

■ Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

Sammanfattning av ISK 2025

För verksamhetsåret 2025 har regionservice identifierat och arbetat med fyra områden för internkontroll. De är följande:

Ekonomiska utmaningar / systematisk uppföljning av ekonomin

Verksamhetens ekonomiska utfall har följts upp löpande varje månad, på samtliga ledningsnivåer. Utfallet har löpande redovisats för servicenämnden. De beslutade åtgärderna i handlingsplanen för ekonomi i balans har återrapporterats i månadsrapporterna under året, samt redovisas i samband med nämndssammanträden. Regionservice möter avkastningskravet och redovisar ett ekonomiskt resultat på +25,8 miljoner kronor för 2025.

Beredskap/plan för höjd beredskap och lager för förbrukningsprodukter

Inom ramen för regionens arbete med Plan för höjd beredskap har en första version 1.0 av "Plan för höjd beredskap inom Regionsservice" tagits fram och skickats in centralt inom regionen. Representanter från förvaltningen har löpande deltagit i det regiongemensamma arbetet gällande höjd beredskap.

Under hösten togs det nya regionlagret på Ingarvet i Falun i bruk. Antal förbrukningsprodukter i lagret uppgick vid årsskiftet till 1014 stycken. Regionsservice samverkar löpande med Hälso- och sjukvården kring vilka produkter som ska lagerföras i regionlagret.

Hot och våld/handlingsplaner och utbildning för ordningsvakter

Samtliga ordningsvakter i förvaltningen har genomgått repetitionsutbildning under året. Ungefär hälften gick utbildningen under slutet av våren och resterande genomförde utbildningen i december.

I slutet av året har stickprovskontroller gjorts i förvaltningen. Kontrollerna visar att samtliga verksamheter, där det finns risk för hot och våld i arbetet, har handlingsplaner för att hantera sådana situationer. Ett fåtal verksamheter har bedömt att medarbetarna har begränsad risk att utsättas för hot och våld. Samtliga arbetsplatser har i sin verksamhet den förvaltningsövergripande krisparmen. I den finns utdrag ur Region Dalarnas Riktlinje för våld och hot som gäller "Vid en risksituation".

Informationssäkerhet/hantering av personuppgifter och incidenter

Under hösten har det kontrollerats om verksamheterna har genomfört informationssäkerhetsronder. Ronder har skett med några få undantag. Stickprov i verksamheterna visar även att utbildning i informationssäkerhet har genomförts på APT under året, i de allra flesta fall. Egenkontrollerna på områdesnivå visar även de att ronderna genomförts och att medarbetarna fått relevanta utbildningar.

Från förvaltningen har flera personuppgiftsincidenter rapporterats, varav några anmälts till IMY (Integritetsskyddsmyndigheten). Detta tyder på att medarbetarna har kännedom om hur incidenter ska hanteras.

Både informationssäkerhetsronder och utbildning om informationssäkerhet ligger i verksamheternas årshjul även för nästkommande år och vid introduktion av nyanställda finns utbildning i informationssäkerhet med i checklistan.

Samtliga internkontrollpunkter och aktiviteter samt en detaljerad beskrivning av förvaltningens kvalitetsarbete finns beskrivet i dokumentet Regionsservice Plan för intern styrning och kontroll 2025, SN 2024/140.

*Martin Ekberg
Förvaltningschef
Regionsservice*

Intern styrning och kontroll

Kultur- och bildningsnämnd

Kultur- och bildningsförvaltningen

Nämndens ansvar för intern kontroll regleras i kommunallagen 6 kap 6 § (KL):

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

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

Internkontroll är grunden för en stabil och tillförlitlig verksamhet. Den interna kontrollen inom nämnder och styrelse ska bygga på en helhetssyn avseende regionens verksamhet och mål. I praktiken innebär det att den interna kontrollen ska omfatta mål, strategier, styrning och uppföljning. Inom ovannämnda områden ska det finnas inbyggda kontroll- och uppföljningssystem som säkrar en effektiv förvaltning och förhindrar att allvarliga fel och skador uppstår.

Regionfullmäktige fastställde under 2022 en ny policy, Region Dalarnas system för styrning och ledning (Dnr RD19/00944). Styr- och ledningssystemet är ett ramverk som ska tillämpas av regionens samtliga verksamheter och det består av fyra delar:

- Organisation och ansvar
- Styrande dokument
- Styrmodell
- Ledningsprocess

Policyns avsnitt om styrmodellen beskriver principerna för den interna styrningen och kontrollen inom Region Dalarna.

Kultur och bildnings arbete med intern styrning och kontroll

Förvaltningens arbete med intern styrning och kontroll tar sin utgångspunkt i det internationella ramverket för intern kontroll. Ramverket är utgivet av the *Committee of the Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) och baseras på 17 fundamentala principer kopplade till fem komponenter. Processen för Intern kontroll baseras på dessa fem komponenter;

- Kontrollmiljö
- Riskanalys
- Kontrollåtgärder
- Information och kommunikation

- Tillsyn och uppföljning.

Den interna kontrollen handlar sammanfattningsvis om att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga har en god ekonomisk hushållning,
- att informationen om en verksamhet och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig,
- att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt uppsatta riktlinjer,
- att möjliga risker observeras, bedöms och förebyggs.

Kontrollmiljö

Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över att det bedrivs god intern kontroll inom nämnderna och dess verksamheter. Men det är respektive nämnd som ansvarar för att utforma en god intern kontroll. **Kultur- och bildningsnämnden** har i beslutade delegeringsbestämmelser fastställt vem som ska utföra visst arbete. I regionens interna styrande dokument "*Intern styrning och kontroll*" framgår hur verksamheten systematiskt ska styras och kontrolleras. Utöver detta arbete ska varje nämnd årligen besluta vilka särskilda interna kontrollmoment som ska kontrolleras.

I all väsentlighet utgör ledningssystem, på region- och verksamhetsnivå, ryggraden i förvaltningens kontrollmiljö. Här återges gällande rutiner, arbetsbeskrivningar, ansvar och roller samt hur uppföljning skall ske. Ledningssystemet är under ständig utveckling.

Utöver den dokumenterade kontrollmiljön ingår linjefestens ansvar i att skapa delaktighet, förståelse och omsätta värderingar in i verksamhetens sätt att arbeta.

Riskanalys

Riskanalys syftar till att identifiera och utvärdera de väsentligaste riskerna i verksamheten. En väl genomförd riskanalys ska tydliggöra vilka hot som föreligger som en konsekvens av påverkbara eller opåverkbara risker som kan inverka på verksamhetens möjlighet att uppnå uppsatta mål. I riskanalysen är det även viktigt att identifiera eventuella risker för bedrägeri och oegentligheter.

Inför 2025 års plan för intern styrning och kontroll har en riskanalys genomförts och identifierade risker bedömts utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad. Riskanalys och riskbedömning har tagits fram genom avvikelser, externa revisioner och myndighetsgranskningar samt via verksamhetsberättelser och årsbokslut.

Kontrollåtgärder

Kontroll- och styrningsåtgärder är de åtgärder och rutiner som utarbetas för att fel ska upptäckas, åtgärdas och/eller förebyggas. Åtgärderna kan vara inbyggda i såväl organisationsstruktur som rutiner.

Kultur- och bildningsförvaltningen har sitt kontrollsystem inbyggt i ledningssystem, överenskomna arbetssätt och värderingar. Där framgår hur kontroll och uppföljning sker. Utifrån dokumenterad riskanalys har handlingsplan/aktivitetsplan samt särskilda internkontrollaktiviteter tagits fram för att förebygga de största övergripande riskerna.

Information och kommunikation

Information och kommunikation är grundläggande förutsättningar för att intern styrning och kontroll ska fungera. Kommunikation i form av utbyte av aktuell och relevant information mellan medarbetare och ledning är nödvändiga. För att uppsatt regelverk skall efterlevas krävs löpande dialog och väl utvecklade kommunikationskanaler.

Information och interna styrdokument inom förvaltningen finns tillgängligt för alla berörda medarbetare på regionens intranät "Inblick". Information och kommunikation kring verksamhetsstyrning och ekonomisk rapportering har fortlöpande givits till alla verksamhetschefer på förvaltningens ledningsgruppsmöten.

Tillsyn och uppföljning

Tillsyn och uppföljning ska säkerställa att en god rimlig grad av intern styrning och kontroll uppfylls. Detta sker genom löpande avrapportering av verksamhetens utveckling på fastställda nämndsammanträden. De instrument som förvaltningen har för att tillse att den interna styrningen och kontrollen fungerar ute i verksamheten sker genom egenkontroll, ledningens genomgång, löpande verksamhetsuppföljning enligt fastställd tidsplan, avrapportering av särskilda kontrollinsatser beslutade av KBN samt extern revision och myndighetsgranskning.

År 2025 års uppföljning på både verksamhets- och förvaltningsnivå har skett enligt plan. Avrapportering om förvaltningens rådande läge och utveckling har fortlöpande återkopplats till Kultur- och bildningsnämnden.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2025

Samtliga beslutade särskilda internkontrollaktiviteter är genomförda och avslutade enligt fastställd tidplan.

Nr	Granskad process/moment	Resultat
1	Återrapportering av delegationsbeslut	

	Säkerställa att rutiner finns och följs så beslut återrapporteras till politiken	
2	Organisatorisk arbetsmiljö Sjuktal och trivsel	
3	Ekonomi Ekonomi i balans	
4	Mutor, jäv, korruption och andra oegentligheter Kontrollera att rutinerna används. Samtal om gränsdragningar och etiska överväganden	

 Inga eller godtagbara avvikelser finns

 Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas

 Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

Granskningsmoment

1. Återrapportering av delegationsbeslut

KBN delegationsordning reviderades och uppdaterades inför år 2025. Samtliga verksamhetschefer var involverade i arbetet. Även en ny och tydlig rutin för återrapportering av fattade beslut togs fram och implementerades. Uppföljning visar inte på några avvikelser.

2. Organisatorisk arbetsmiljö

HME index på förvaltningsnivå i senaste medarbetarenkäten uppgick till 4,1 (av 5) och den totala sjukfrånvaron för helåret var 7,3%. Vid organisationsförändringar har RoKA genomförts och handlingsplaner tagits fram.

3. Ekonomi

Kontinuerlig uppföljning av förvaltningens ekonomi har genomförts enligt fastställda riktlinjer. Årets bokslut visar på ekonomi i balans.

4. Mutor, jäv, korruption och andra oegentligheter

Medvetenheten är hög hos både politiker och verksamheten inom förvaltningen. Dilemman som kan uppstå har diskuterats på enhetsmöten. Samtal om gränsdragningar och etiska överväganden har förts vid behov.

Sammanfattning av ISK 2025

En risk- och konsekvensanalys har tagits fram av förvaltningens verksamhetschefer, med en kartläggning av verksamhetens processer. Denna analys har legat till grund för årets internkontrollpunkter.

Uppföljningen av Kultur- och bildningsnämndens internkontrollplan 2025 visar i allt väsentligt på god följsamhet till att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv.

Kristine Brosjö

*Förvaltningschef
Kultur- och bildningsnämnd*

2026-02-10

Intern styrning och kontroll

Årsrapport

Dnr: TVN 2024/205

Tandvårdsnämnden

Tandvårdsförvaltningen

Nämndens ansvar för intern kontroll regleras i kommunallagen 6 kap 6 § (KL):

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

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

Internkontroll är grunden för en stabil och tillförlitlig verksamhet. Den interna kontrollen inom nämnder och styrelse ska bygga på en helhetssyn avseende regionens verksamhet och mål. I praktiken innebär det att den interna kontrollen ska omfatta mål, strategier, styrning och uppföljning. Inom ovan nämnda områden ska det finnas inbyggda kontroll- och uppföljningssystem som säkrar en effektiv förvaltning och förhindrar att allvarliga fel och skador uppstår.

Regionfullmäktige fastställde under 2022 en policy, Region Dalarnas system för styrning och ledning (Dnr RD19/00944). Styr- och ledningssystemet är ett ramverk som ska tillämpas av regionens samtliga verksamheter och det består av fyra delar:

- Organisation och ansvar
- Styrande dokument
- Styrmodell
- Ledningsprocess

Policyns avsnitt om styrmodellen beskriver principerna för den interna styrningen och kontrollen inom Region Dalarna.

Tandvårdsförvaltningens arbete med intern styrning och kontroll

Förvaltningens arbete med intern styrning och kontroll tar sin utgångspunkt i det internationella ramverket för intern kontroll. Ramverket är utgivet av the *Committee of the Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) och baseras på 17 fundamentala principer kopplade till fem komponenter. Processen för Intern kontroll baseras på dessa fem komponenter;

LEDNING OCH STYRNING

- Kontrollmiljö
- Riskanalys
- Kontrollåtgärder
- Information och kommunikation
- Tillsyn och uppföljning.

Den interna kontrollen handlar sammanfattningsvis om att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga har en god ekonomisk hushållning,
- att informationen om en verksamhet och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig,
- att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt uppsatta riktlinjer,
- att möjliga risker observeras, bedöms och förebyggs.

Kontrollmiljö



Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över att det bedrivs god intern kontroll inom nämnderna och dess verksamheter. Men det är respektive nämnd som ansvarar för att utforma en god intern kontroll.

Tandvårdsnämnden har i beslutade delegeringsbestämmelser fastställt vem som ska utföra visst arbete. I regionens interna styrande dokument "*Intern styrning och kontroll*" framgår hur verksamheten systematiskt ska styras och kontrolleras. Utöver detta arbete ska varje nämnd årligen besluta vilka särskilda interna kontrollmoment som ska kontrolleras.

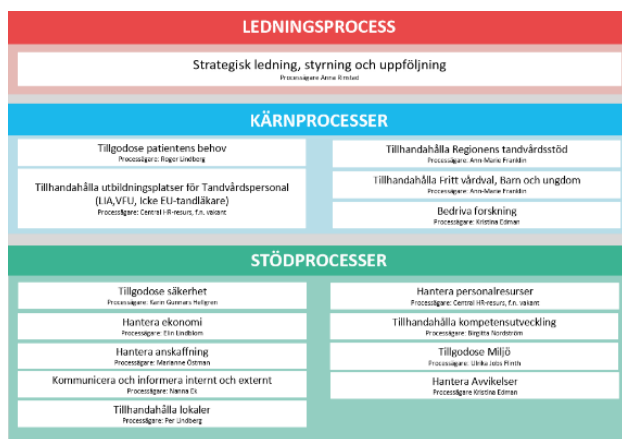
Tandvårdsnämnden har, utifrån bestämmelserna om delegering i kommunallagen och reglementet, fastställt vilka typer av beslut som delegeras och vem som får besluta i nämndens ställe.

I all väsentlighet utgör styrande dokument på regionnivå och tandvårdsförvaltningens ledningssystem ryggraden i förvaltningens kontrollmiljö. I tandvårdsförvaltningens ledningssystem återges gällande rutiner som specificerar vad som ska göras och vem som ansvarar för vad samt hur uppföljning skall ske.

Arbete med att säkerställa en god kontrollmiljö

Under våren genomfördes "ledningens genomgång" enligt fastslagen agenda. Brister och förbättringsåtgärder har upprättats i särskild handlingsplan och tidigare års handlingsplan följdes upp på mötet.

Folktandvårdens ledningssystem är under ständig utveckling. Källskribenter och processägare reviderar de styrande dokumenten årligen enligt fastslagen process.



Vid Tandvårdsnämndens sammanträden under året har uppföljning skett, avseende verksamhetens fortlöpande utveckling, produktion ekonomi och personal. Rapportering och uppföljning har skett av de mål, nyckeltal och aktiviteter som beslutades inför 2025. Fördjupad uppföljning har sedan skett i samband med delårsbokslut och årsbokslut.

Under året har verksamheten upprättat och uppdaterat en handlingsplan för en hållbar framtid i syfte att vidta åtgärder för att skapa en ekonomi i balans. Avrapportering till Tandvårdsnämnden är gjord i samband med nämndmötena.

Inför och under 2025 har Tandvårdsnämnden, förutom plan för intern styrning och kontroll samt förvaltningsövergripande verksamhetsplan med tillhörande styrkort och handlingsplan, också brutit ner verksamhetsplanen i flera prioriterade områden. Såsom handlingsplan för exempelvis miljö och hållbarhet, rekrytering, kompetensförsörjning, kommunikationsplan, plan för arbetet med informationssäkerhet, digitalisering. Samtliga beslutade planer har en "ägare" som ansvarar för att följa upp beslutade aktiviteter.

Riskanalys

Riskanalys syftar till att identifiera och utvärdera de väsentligaste riskerna i verksamheten. En väl genomförd riskanalys ska tydliggöra vilka hot som föreligger som en konsekvens av påverkbara eller opåverkbara risker som kan inverka på verksamhetens möjlighet att uppnå uppsatta mål. I riskanalysen är det även viktigt att identifiera eventuella risker för bedrägeri och oegentligheter.

Arbete med riskanalys och riskhantering

Förvaltningen har under de senaste åren aktivt arbetat med att etablera en strukturerad metod för hantering av risker inom verksamheten. En övergripande riskanalys har utarbetats på förvaltningsnivå och utgör grunden för förvaltningens verksamhetsplan samt detaljerade handlingsplaner för år 2025.

Ledningens genomgång genomfördes 2025-04-09 med förvaltningsledning och åtgärdsplan inom områden med uppmärksammade brister och risker upprättades.



Kontrollåtgärder

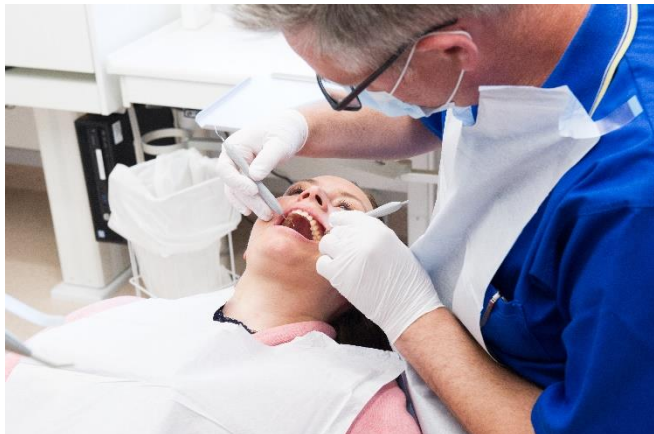
Kontrollaktiviteter är de åtgärder och rutiner som utarbetas för att fel ska upptäckas, åtgärdas och/eller förebyggas. Aktiviteterna kan vara inbyggda i såväl organisationsstruktur som rutiner.



Tandvårdsförvaltningen har sitt kontrollsystem inbyggt i ledningssystem och överenskomna arbetssätt. Där framgår hur kontroll och uppföljning sker. Utifrån dokumenterad riskanalys har verksamhetsplan, handlingsplan/aktivitetsplaner samt särskilda

internkontrollaktiviteter tagits fram för att förebygga de största övergripande riskerna.

Utöver detta tillämpar förvaltningen även *Egenkontroll* i form av granskning av kliniska processer för att försäkra sig om att vården håller god kvalitet och effektivitet avseende praktiskt utförande av det dagliga arbetet.



Information och kommunikation

Effektiv intern styrning och kontroll utgör grundläggande förutsättningar för en ändamålsenlig förvaltning. Kommunikation, i form av utbyte av aktuell och relevant information mellan medarbetare och ledning, är avgörande för att säkerställa detta. För att följa och implementera fastställda regelverk krävs en kontinuerlig dialog och väl etablerade kommunikationskanaler.

Information och interna styrdokument inom förvaltningen är tillgängliga för samtliga berörda medarbetare via regionens intranät, "INBLICK" och via Förvaltningens arbetsrum. Aktuell information och kommunikation om verksamhetsstyrning samt ekonomisk rapportering distribueras kontinuerligt till samtliga verksamhetschefer/klinikchefer genom genomförda divisionschefs- och verksamhetschefsträffar. För ytterligare kommunikation används ledningens nyhetskanal, "Nyhetsbrev", där kontinuerlig information från ledningen delges.

Avvikelsehanteringssystemet används i syfte att uppmärksamma uppkomna risker och avvikelser och möjliggöra ett kvalitetsförbättrande arbetssätt.

Tillsyn och uppföljning

Tillsyn och uppföljning ska säkerställa att en god rimlig grad av intern styrning och kontroll uppfylls. Detta sker genom löpande avrapportering av verksamhetens utveckling på fastställda nämndsammanträden. De instrument som förvaltningen har för att tillse att den interna styrningen och kontrollen fungerar ute i verksamheten sker genom egenkontroll, ledningens genomgång, löpande verksamhetsuppföljning enligt

fastställd tidsplan, avrapportering av särskilda kontrollinsatser beslutade av Tandvårdsnämnden samt extern revision och myndighetsgranskning.

Under 2025 genomförde Kvalitet och utvecklingsfunktionen internrevision mot verksamheterna gällande de icke kliniska processerna. Förvaltningens kvalitetstandläkare ansvarade för internrevision av de kliniska processerna.



Förvaltningen under året deltagit i externa revisionsinsatser och granskningar:

- Granskning av användning av nationella riktlinjer
- Granskning cybersäkerhet
- Granskning av kontinuitetshantering

Mutor, jäv och korruption

För att förebygga, upptäcka och åtgärda eventuella otillåtna handlingar har förvaltningsledningen beaktat olika typer av risker i en förvaltningsövergripande riskanalys, vilket också har föranlett att olika kontrollåtgärder har vidtagits på området genom åren.

Under 2024 genomfördes två internkontrollgranskningar gällande debitering av kliniska åtgärder samt debitering av uteblivandeavgift genomförts vilka båda är områden som kan kopplat till välfärdsbrottslighet, oegentligheter och jämlikhet.

Tandvårdsförvaltningen har en upprättad treårsplan kopplat till antikorruption, vilken finns publicerad i förvaltningens arbetsrum. Vidtagna åtgärder under åren finns dokumenterade i planen som efter publicering även fungerar som en "loggbok" över vidtagna åtgärder.



Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2025

Samtliga beslutade särskilda internkontrollaktiviteter är utförda enligt plan och återrapporteras enligt fastställd tidplan.

Bilaga	Granskad process/kontrollmoment	Utfall
1	Tandvård till egen personal	●
2	Förskrivning narkotikaklassade läkemedel	●
3	Patientsäkerhet och hantering av rapporterade avvikelser	▲
4	Kontroll service och kontroller medicinteknisk utrustning	●
5	Bisysslor	▲
6	Kommunikation vid inträffade händelser	●

- Inga eller godtagbara avvikelser finns
- ▲ Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas
- Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

Bilaga 1 – Tandvård till egen personal ●

Samtliga kliniker har under året gått igenom rutinen. Medarbetare har fått information om gällande rutin.

Bilaga 2 – Förskrivning narkotikaklassade läkemedel ●

Förskrivning av narkotikaklassade läkemedel inom tandvården i Dalarna har minskat stadigt under de senaste fem åren. Förbättring har skett inom de kommuner som låg högre än medel vid tidigare granskning. Tandvårdens receptförskrivning inom Dalarna är lägre än riksnittet för tandvård i Sverige. Inga avvikelser har konstaterats som kan tyda på missbruk eller andra oegentligheter inom Folktandvården Dalarna.

Bilaga 3 – Patientsäkerhet och hantering av rapporterade avvikelser ▲

Handläggningstiden för avvikelser varierar. Förtroendetandläkare involveras i de flesta fallen och händelseanalys initieras i vissa fall. Dock finns det brister i utförandet av händelseanalyser, de behöver ofta kompletteras med information och fakta som behövs för att kunna bedöma åtgärder. Rapporteringsvägar följer rutin och information når högsta ledning.

Stödet för händelseanalys behöver revideras.

Bilaga 4 – Kontroll service och kontroller medicinteknisk utrustning ●

Vi har god kontroll på att våra medicintekniska utrustningar servas och kontrolleras av tekniker enligt bestämt intervall. Förekommer vissa avvikelser men det är främst externa faktorer som påverkat utfallet.

Bilaga 5 - Bisysslor ▲

Av 55 registrerade bisysslor har beslut fattats för 41. Drygt hälften av dessa är inte årligen omprövade.

Bilaga 6 – Kommunikation vid inträffade händelser ●

Majoriteten av medarbetare vet var information finns och upplever att det finns tydliga rutiner. De flesta vet vilka händelser som ska rapporteras. Sammanfattningsvis fungerar kommunikationen i många delar bra, men det finns behov av att öka tydligheten, förbättra tillgängligheten och skapa utbildningsinsatser eller övningar för att säkerställa att alla medarbetare vet hur de ska agera vid inträffade händelser.

Sammanfattning av ISK 2025

Tandvårdsförvaltningen arbetar aktivt med att bedriva ett systematiskt aktivt arbete med intern styrning och kontroll på alla nivåer i verksamheten, med fokus att eftersträva att verksamheten fullgör sina uppgifter, uppnår fastställda målsättningar och säkrar att arbetet bedrivs med beaktande av gällande lagstiftning och verksamhetskrav.

De särskilda internkontrollpunkterna som är beslutade för 2025 är genomförda och resultatet avrapporteras till Tandvårdsnämnden 2026-02-11 i separata bilagor samt via denna årsrapport.

Falun 2025-12-30

Sofia Knöös
Förvaltningschef
Tandvårdsförvaltningen

Intern styrning och kontroll

Nämnd: Kollektivtrafiknämnd

Förvaltning: Kollektivtrafikförvaltning

Nämndens ansvar för intern kontroll regleras i kommunallagen 6 kap 6 § (KL):

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

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

Internkontroll är grunden för en stabil och tillförlitlig verksamhet. Den interna kontrollen inom nämnder och styrelse ska bygga på en helhetssyn avseende regionens verksamhet och mål. I praktiken innebär det att den interna kontrollen ska omfatta mål, strategier, styrning och uppföljning. Inom ovannämnda områden ska det finnas inbyggda kontroll- och uppföljningssystem som säkrar en effektiv förvaltning och förhindrar att allvarliga fel och skador uppstår.

Regionfullmäktige fastställde under 2022 en ny policy, Region Dalarnas system för styrning och ledning (Dnr RD19/00944). Styr- och ledningssystemet är ett ramverk som ska tillämpas av regionens samtliga verksamheter och det består av fyra delar:

- Organisation och ansvar
- Styrande dokument
- Styrmodell
- Ledningsprocess

Policyns avsnitt om styrmodellen beskriver principerna för den interna styrningen och kontrollen inom Region Dalarna.

Kollektivtrafikförvaltningens arbete med intern styrning och kontroll

Förvaltningens arbete med intern styrning och kontroll tar sin utgångspunkt i det internationella ramverket för intern kontroll. Ramverket är utgivet av the *Committee of the Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) och baseras på 17 fundamentala principer kopplade till fem komponenter. Processen för Intern kontroll baseras på dessa fem komponenter;

- Kontrollmiljö
- Riskanalys
- Kontrollåtgärder
- Information och kommunikation
- Tillsyn och uppföljning.

Den interna kontrollen handlar sammanfattningsvis om att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga har en god ekonomisk hushållning,
- att informationen om en verksamhet och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig,
- att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt uppsatta riktlinjer,
- att möjliga risker observeras, bedöms och förebyggs.

Kontrollmiljö

Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över att det bedrivs god intern kontroll inom nämnderna och dess verksamheter. Men det är respektive nämnd som ansvarar för att utforma en god intern kontroll. Kollektivtrafiknämnden har i beslutade delegeringsbestämmelser fastställt vem som ska utföra visst arbete. I regionens interna styrande dokument "Intern styrning och kontroll" framgår hur verksamheten systematiskt ska styras och kontrolleras. Utöver detta arbete ska varje nämnd årligen besluta vilka särskilda interna kontrollmoment som ska kontrolleras.

I all väsentlighet utgör ledningssystem, på region- och verksamhetsnivå, ryggraden i förvaltningens kontrollmiljö. Här återges gällande rutiner, arbetsbeskrivningar, ansvar och roller samt hur uppföljning skall ske. Ledningssystemet är under ständig utveckling.

Utöver den dokumenterade kontrollmiljön ingår linjechefens ansvar i att skapa delaktighet, förståelse och omsätta värderingar in i verksamhetens sätt att arbeta.

Risikanalys

Risikanalys syftar till att identifiera och utvärdera de väsentligaste riskerna i verksamheten. En väl genomförd riskanalys ska tydliggöra vilka hot som föreligger som en konsekvens av påverkbara eller opåverkbara risker som kan inverka på verksamhetens möjlighet att uppnå uppsatta mål. I riskanalysen är det även viktigt att identifiera eventuella risker för bedrägeri och oegentligheter.

Under 2025 har arbetet med att skapa systematik för att hantera risker, intensifierats inom förvaltningen. Inför 2025 års plan för intern styrning och kontroll har en riskanalys genomförts och identifierade risker bedömts utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad. Riskanalys och riskbedömning har tagits fram genom input från ledningens genomgångar, avvikelser, externa revisioner och myndighetsgranskningar samt via verksamhetsberättelser och årsbokslut.

Inför 2025 års verksamhetsplanering startade ledningsgruppen för kollektivtrafikförvaltning med att

systematiskt identifiera de risker som kan innebära att verksamheten inte når uppsatta mål.

Kontrollåtgärder

Kontroll- och styrningsåtgärder är de åtgärder och rutiner som utarbetas för att fel ska upptäckas, åtgärdas och/eller förebyggas. Åtgärderna kan vara inbyggda i såväl organisationsstruktur som rutiner.

Kollektivtrafikförvaltningen har sitt kontrollsystem inbyggt i ledningssystem, överenskomna arbetssätt och värderingar. Där framgår hur kontroll och uppföljning sker. Utifrån dokumenterad riskanalys har handlingsplan/aktivitetsplan samt särskilda internkontrollaktiviteter tagits fram för att förebygga de största övergripande riskerna.

Information och kommunikation

Information och kommunikation är grundläggande förutsättningar för att intern styrning och kontroll ska fungera. Kommunikation i form av utbyte av aktuell och relevant information mellan medarbetare och ledning är nödvändiga. För att uppsatt regelverk skall efterlevas krävs löpande dialog och väl utvecklade kommunikationskanaler.

Information och interna styrdokument inom förvaltningen finns tillgängligt för alla berörda medarbetare på regionens intranät "Intra". Information och kommunikation kring verksamhetsstyrning och ekonomisk rapportering har fortlöpande givits till alla verksamhetschefer genom flertalet genomförda träffar i ledningsgrupp.

Förvaltningens avvikelshanteringssystem används i syfte att uppmärksamma uppkomna avvikelser ur ett kvalitetsförbättrande perspektiv.

Tillsyn och uppföljning

Tillsyn och uppföljning ska säkerställa att en god rimlig grad av intern styrning och kontroll uppfylls. Detta sker genom löpande avrapportering av verksamhetens utveckling på fastställda nämndsammanträden. De instrument som förvaltningen har för att tillse att den interna styrningen och kontrollen fungerar ute i verksamheten sker genom egenkontroll, ledningens genomgång, löpande verksamhetsuppföljning enligt fastställd tidsplan, avrapportering av särskilda kontrollinsatser beslutade av kollektivtrafiknämnden samt extern revision och myndighetsgranskning.

År 2025 års uppföljning på både verksamhets- och förvaltningsnivå har skett enligt plan. Avrapportering om förvaltningens rådande läge och utveckling har fortlöpande återkopplats till kollektivtrafiknämnden.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2025

Samtliga beslutade särskilda internkontrollaktiviteter är genomförda och avslutade enligt fastställd tidplan.

Nr	Granskad process/moment	Resultat
1	Skolskjuts	▲
2	Avtalsuppföljning	▲
3	Avtalstrohet – upphandlingsprocess och inköp	●
4	Mutor jäv och korruption	●
5	Kompetensförsörjning	●

● Inga eller godtagbara avvikelser finns

▲ Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas

■ Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

Granskningsmoment 1 Skolskjuts

Säkerställande av rutiner och system för avvikelshantering och uppföljning av allvarliga kvalitetsbrister inom skolskjutsområdet har skett genom sammanställning och utvärdering av inkomna avvikelser.

Genom genomförda avstämningar har det identifierats brister i både rutiner och arbetssätt kring avvikelshantering för skolskjuts. Under året har ansvariga arbetat fram nya arbetssätt och systemstöd på förvaltningen. Förvaltningen har följt uppföljningsplanen och har därigenom utvecklat nya metoder för mätning och uppföljning.

Efter införande av ny metod är det möjligt att få ut en betydligt mer detaljerad rapport på avvikelseorsaker. Rapporter före och efter införandedatum kommer skilja sig åt och är inte helt jämförbara, vilket har återspeglats till nämnden. Avstämningar har även genomförts terminsvis och återspeglats till nämnden med anledning av den allvarlighetsgrad som råder gällande avvikelshantering avseende området för skolskjuts. Det kommer att fortsätta under 2026.

Under vårterminen 2025 genomfördes riktade insatser på specifika linjer i samverkan med skolpersonal, trygghetsvårdar och kontrollanter vilket lett till minskade ordningsproblem. Ett förbättrat samarbete mellan Kollektivtrafikförvaltningen, skolor, trafikföretag och polismyndigheten har i arbetet varit avgörande. Framåt planeras ett fortsatt fördjupat samarbete med trafikföretag, förbättrad uppföljning samt vidareutveckling av det interna ärendehanteringssystemet för att stärka analysförmåga, spårbarhet och kvalitet.

Utifrån att internkontrollområdet behöver fortsatt fokus är det beslutat att området kvarstår i internkontrollplanen även under år 2026. Detta för att fortsatt jobba med de avvikelser/brister som är identifierade och för att fortsatt utveckla interna rutiner för hanteringen av avvikelshantering.

Granskningsmoment 2 Avtalsuppföljning

Säkerställande av att Kollektivtrafikförvaltningen erhåller leveranser i enlighet med gällande avtal, samt att förvaltningen själv levererar i enlighet med vad som framgår av avtalen.

Internkontrollområdet har under 2025 hanterats genom en omorganisation av Kollektivtrafikförvaltningen. Omorganisationen har inneburit att nya funktioner har skapats som ska ha ett tydligare uppföljningsperspektiv, bland annat att följa upp förlängningsavtalen med respektive trafikföretag samt trafikslag.

I samband med omorganiseringen har det även skapats funktioner som affärsutvecklare och trafikanalytiker. Dessa funktioner arbetar med att säkerställa att Kollektivtrafikförvaltningen har korrekt resandestatistik samt att korrekt ersättning betalas ut. Affärsutvecklare inom respektive affärsområde för löpande dialog med trafikföretagen i olika samverkansforum för att följa upp verksamheten och initiera åtgärder vid identifierade avvikelser.

Det har även genomförts förändringar i arbetssättet avseende fakturahantering. Arbetet är numera uppdelat mellan olika funktioner som ansvarar för att ta fram underlag, leveransattestera samt slutattestera underlagen för fakturor som reglerar ersättning till trafikföretagen.

Viss utveckling återstår dock inom området, främst gällande fakturering av allmän trafik.

Trafikutvecklarna ska dessutom månadsvis följa upp utförd förstärkningstrafik för att bedöma om behov och utförande behöver justeras. Arbetssättet är ännu inte fullt etablerat och återstår att implementeras under 2026.

Under året har kontroller genomförts i form av avstämningar med ansvariga chefer samt med medarbetare i de nya rollerna. Interkontrollområdet bedöms som att avvikelser/brister är observerade och att åtgärder kommer att ske under 2026. Detta sker genom ett internprojekt som leds av MIT och påbörjas i syfte att hantera hela processflödet från trafik till fakturering av kostnader. Kollektivtrafikförvaltningen kommer även fortsätta arbeta med kontrollområdet och utveckla uppföljningsprocessen tillsammans med trafikföretagen utifrån en PDSA-modell.

Granskningsmoment 3 Avtalstrohet - Upphandlingsprocess och inköp

Säkerställa att alla medarbetare och affärsområdeschefer har tillräcklig kunskap om vilka avtal som finns inom Kollektivtrafikförvaltningen. Detta ska uppnås genom sammanställning och uppföljning av eventuella avtalsrelaterade avvikelser.

Ett begränsat antal medarbetare ansvarar för genomförande av inköp och tillhörande kontroller.

Under kontrollperioden har inga avvikelser identifierats i hanteringen. Upphandlings- och inköpsprocessen bedöms vara väl etablerad inom förvaltningen, vilket bidrar till avtalstrohet och det stärker förtroende för kollektivtrafiknämnden som offentlig myndighet.

Under internkontrollarbetet har kontrollområdet hanterats genom informations- och utbildningsinsatser riktade till de medarbetare som arbetar med avtal, avtalsförläningar och inköp. Utbildningsinsatserna har haft fokus på att stärka kunskaperna om Region Dalarnas inköspolicy samt säkerställa att det finns ett uppdaterat register över befintliga avtal inom Kollektivtrafikförvaltningen.

Genomförda kontroller under kontrollmomentet under året har visat att avtalsansvariga har godkänd kunskap gällande avtal samt Region Dalarnas inköspolicy. Den nya funktionen digitaliseringsledare inom Kollektivtrafikförvaltningen arbetar vidare med att ha en enhetlig bild över samtliga giltiga IT-avtal för att kunna jobba mer proaktivt med eventuellt nya upphandlingar.

Internkontrollområdet återkommer och är beslutad i internkontrollplanen för år 2026, med syfte att fortsatt följa upp utbildningsbehov hos medarbetare och affärsområdeschefer som inte tidigare har haft ansvar för inköp eller avtalshantering.

Granskningsmoment 4 Mutor, jäv och korruption

Säkerställa att medarbetare har tillräcklig kunskap om mutor, jäv och korruption kopplat till upphandling, genom uppföljning och avstämningar samt vid behov genomföra kompetenshöjande insatser.

De medarbetare som arbetar med trafikupphandling ska ha relevanta kunskaper om mutor, jäv och korruption. För att säkerställa att upphandlingsprocessen inte äventyras inom området har det inom trafikupphandlingsprojektet skett utbildningsinsatser och uppföljningar, särskilt i samband med att nya medarbetare har tillkommit. Projektledare ansvarar för att löpande informera vid olika delmoment i upphandlingsprocessen för att samtliga i projektet ska vara införstådda i hur Region Dalarna arbetar för att motverka mutor, jäv och korruption. Om medarbetare meddelar att de ska sluta ska det övervägas om de ska lyftas bort från sekretesskänsliga arbetsuppgifter.

Kontrollmomentet bedöms som genomfört utan avvikelser eller brister har observerats. Kontrollområdet återkommer och är beslutad i internkontrollplan för 2026. Arbeta med att säkerställa att samtliga som är involverade i upphandlingsarbetet har utbildning och kompetens inom området fortsätter under hela upphandlingsförfarandet.

Granskningsmoment 5 Kompetensförsörjning

Det ska säkerställas att det finns en plan för långsiktig kompetensförsörjning, genom fortsatt kartläggning av kompetensbehov. Vid behov ska planen för långsiktig kompetensförsörjning revideras.

Under våren genomfördes en organisationsförändring som innebär att flera funktioner bemannades med befintliga medarbetare. Organisationsöverflytten var planerad att träda i kraft från 1 juni 2025 och den nya organisationen innebär att cirka 30 procent av tjänsterna var nya. Under andra halvåret av 2025 har flera initiativ och aktiviteter påbörjats för att stödja omställningen.

De nya tjänsterna har tagits fram utifrån genomförda processkartläggningar, beslutat projektdirektiv samt underlag från RAK-övningar (Rätt använd kompetens) som genomfördes under perioden 2024–2025. Förvaltningens medarbetare har under hösten 2025 erbjudits möjlighet till kompetensutveckling och att successivt växa in i de nya rollerna. Organisationen befinner sig nu i en omställningsfas där medarbetarna anpassar sig till nya roller och strukturer.

Kompetensutvecklingsplanen utgår bland annat från 70-20-10 modellen för lärande och kompetensutveckling. Modellen innebär att cirka 70 procent av lärandet sker genom praktiska erfarenheter i arbetet, 20 procent genom socialt lärande, exempelvis mentorskap och nätverk, samt omkring 10 procent genom formell utbildning.

Kontrollområdet bedöms som genomfört utan eller med godtagbara avvikelser/brister. Kontrollområdet återkommer även i internkontrollplanen för 2026 i syfte att fortsätta kompetenskartläggningen och långsiktigt säkerställa kompetensförsörjningen, för att därigenom ytterligare stärka förvaltningsorganisationen.

Se avrapportering i sin helhet under respektive bilaga, diarienummer KTN2024/146.

Sammanfattning av ISK 2025

Kollektivtrafikförvaltningen har under året arbetat med en intern organisationsförändring. Internkontrollgruppen som utgörs av förvaltningschef, processledare och kontrollansvariga har varit de som främst drivit arbetet med förvaltningens riskhantering under omorganiseringen. De har under året träffats för avstämningar om handlingsplanen och lägesrapport av kontroller inför rapportering. Information och dialog har också skett på ledningsgruppens sammanträden under året för att skapa systematik för att hantera risker. Det finns fördelar i att fortsätta arbeta med nya ledningsgruppen utöver det arbete som sker i internkontrollgruppen, men även att utveckla arbetet internt inom internkontrollgruppen för att driva arbetet med intern styrning och kontroll framåt.

Flera av årets kontrollmoment har bedömts som godkända med inga eller endast godtagbara avvikelser. Däremot har två kontrollmoment –

skolskjuts samt avtalsuppföljning – bedömts påvisa avvikelser eller brister. För dessa områden föreligger dock planerade åtgärder.

Den samlade bedömningen av kontrollområdena är att årets internkontrollarbete har varit väl inriktat. Fokus i den nya organisationen ligger på att skapa system för planering och uppföljning, för att snabbt kunna agera vid avvikelser. Det behöver även säkerställas att hela ledningsgruppen har god kännedom om internkontrollarbetet och att de verkar för att den ska bli en integrerad del av alla förvaltningens processer.

Samtliga internkontrollområden för året återkommer även i den interna kontrollplanen för 2026, i syfte att möjliggöra fortsatt uppföljning, åtgärdsarbete och vidare utveckling av den nya organisationen inom området.

Erland Grundberg

*Förvaltningschef
Kollektivtrafiknämnden*

Intern styrning och kontroll

Patientnämnden

Patientnämndsförvaltningen

Nämndens ansvar för intern kontroll regleras i kommunallagen 6 kap 6 § (KL):

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

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

Internkontroll är grunden för en stabil och tillförlitlig verksamhet. Den interna kontrollen inom nämnder och styrelse ska bygga på en helhetssyn avseende regionens verksamhet och mål. I praktiken innebär det att den interna kontrollen ska omfatta mål, strategier, styrning och uppföljning. Inom ovannämnda områden ska det finnas inbyggda kontroll- och uppföljningssystem som säkrar en effektiv förvaltning och förhindrar att allvarliga fel och skador uppstår.

Regionfullmäktige fastställde under 2022 en ny policy, Region Dalarnas system för styrning och ledning (Dnr RD19/00944). Styr- och ledningssystemet är ett ramverk som ska tillämpas av regionens samtliga verksamheter och det består av fyra delar:

- Organisation och ansvar
- Styrande dokument
- Styrmodell
- Ledningsprocess

Policyns avsnitt om styrmodellen beskriver principerna för den interna styrningen och kontrollen inom Region Dalarna.

Patientnämndsförvaltningens arbete med intern styrning och kontroll

Förvaltningens arbete med intern styrning och kontroll tar sin utgångspunkt i det internationella ramverket för intern kontroll. Ramverket är utgivet av the *Committee of the Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) och baseras på 17 fundamentala principer kopplade till fem komponenter. Processen för Intern kontroll baseras på dessa fem komponenter;

- Kontrollmiljö
- Riskanalys
- Kontrollåtgärder
- Information och kommunikation

- Tillsyn och uppföljning.

Den interna kontrollen handlar sammanfattningsvis om att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga har en god ekonomisk hushållning,
- att informationen om en verksamhet och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig,
- att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt uppsatta riktlinjer,
- att möjliga risker observeras, bedöms och förebyggs.

Kontrollmiljö

Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över att det bedrivs god intern kontroll inom nämnderna och dess verksamheter. Men det är respektive nämnd som ansvarar för att utforma en god intern kontroll.

Patientnämnden har i beslutade delegeringsbestämmelser fastställt vem som ska utföra visst arbete. I regionens interna styrande dokument "*Intern styrning och kontroll*" framgår hur verksamheten systematiskt ska styras och kontrolleras. Utöver detta arbete ska varje nämnd årligen besluta vilka särskilda interna kontrollmoment som ska kontrolleras.

I all väsentlighet utgör ledningssystem, på region- och verksamhetsnivå, ryggraden i förvaltningens kontrollmiljö. Här återges gällande rutiner, arbetsbeskrivningar, ansvar och roller samt hur uppföljning skall ske. Ledningssystemet är under ständig utveckling.

Regionfullmäktige har beslutat om reglemente för patientnämnden, senast reviderad från 2019-10-01. I reglementet §14 fastslås ansvaret att nämnden ska tillse att intern kontroll och uppföljning fungerar tillfredställande. Vid Patientnämndens sammanträde 2024-10-31 fastställdes den aktuella internkontrollplanen för 2025 (PN 2024/99).

Nämnden har under 2025 haft 5 sammanträden. Intern kontrollplanen har följts upp i samband med tertial- och delårsrapport. Den 4 mars 2026 kommer denna rapport att redovisas i nämnden.

Utöver den dokumenterade kontrollmiljön ingår linjechefens ansvar i att skapa delaktighet, förståelse och omsätta värderingar in i verksamhetens sätt att arbeta.

Riskanalys

Riskanalys syftar till att identifiera och utvärdera de väsentligaste riskerna i verksamheten. En väl genomförd riskanalys ska tydliggöra vilka hot som

föreligger som en konsekvens av påverkbara eller opåverkbara risker som kan inverka på verksamhetens möjlighet att uppnå uppsatta mål. I riskanalysen är det även viktigt att identifiera eventuella risker för bedrägeri och oegentligheter.

Förvaltningen har under några år arbetat med att skapa systematik för att hantera risker, intensifierats inom förvaltningen. Inför 2025 års plan för intern styrning och kontroll har en riskanalys genomförts och identifierade risker bedömts utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad. Riskanalys och riskbedömning har tagits fram genom input från ledningens genomgångar, avvikelser, externa revisioner och myndighetsgranskningar samt via verksamhetsberättelser och årsbokslut.

Inför 2025 års plan för intern styrning och kontroll genomfördes 2024-10-23 en dialog i nämnden avseende risker i Patientnämndens verksamhet. 22 risker identifierades, urval gjordes och 1 område identifierades med riskvärde > 7. Denna risk fanns inom riskområde; Arbetsmiljö.

Kontrollåtgärder

Kontroll- och styrningsåtgärder är de åtgärder och rutiner som utarbetas för att fel ska upptäckas, åtgärdas och/eller förebyggas. Åtgärderna kan vara inbyggda i såväl organisationsstruktur som rutiner.

Patientnämndsförvaltningen har sitt kontrollsystem inbyggt i ledningssystem, överenskomna arbetssätt och värderingar. Där framgår hur kontroll och uppföljning sker.

Utifrån riskanalysen förvaltningen tagit fram en handlingsplan med aktiviteter samt identifierat sex särskilda intern kontrollaktiviteter. Dessa skall genomföras för att minska, eliminera eller hantera uppmärksammade risker. Se Patientnämndens Internkontrollplan för 2025, PN 2024/99. Övriga risker och åtgärdsförslag finns med som aktiviteter i förvaltningens handlingsplan 2025. Riskanalysen har även legat till grund för det målarbete som genomfördes i nämnden inför verksamhetsplan och handlingsplan för styrande nyckeltal 2025.

Utöver detta tillämpar förvaltningen även *Egenkontroll* i form av att granska kritiska processer och försäkra sig om dess kvalitet och effektivitet avseende praktiskt utförande av det dagliga arbetet. Rapportering av resultatet av utförda egenkontroller redovisas på nämnden i samband med tertial-, delårs- och årsbokslut.

Information och kommunikation

Information och kommunikation är grundläggande förutsättningar för att intern styrning och kontroll ska fungera. Kommunikation i form av utbyte av aktuell och relevant information mellan medarbetare och ledning

är nödvändiga. För att uppsatt regelverk skall efterlevas krävs löpande dialog och väl utvecklade kommunikationskanaler.

Information och interna styrdokument inom förvaltningen finns tillgängligt för alla berörda medarbetare på regionens intranät "Intra". Information och kommunikation kring verksamhetsstyrning och ekonomisk rapportering har fortlöpande givits till alla medarbetare.

Patientnämndens internkontrollplan 2025 har kommunicerats internt inom förvaltningen, i central arbetsgrupp för styrning och kontroll, samverkansgrupp samt i nämnden.

Tillsyn och uppföljning

Tillsyn och uppföljning ska säkerställa att en god rimlig grad av intern styrning och kontroll uppfylls. Detta sker genom löpande avrapportering av verksamhetens utveckling på fastställda nämndsammanträden. De instrument som förvaltningen har för att tillse att den interna styrningen och kontrollen fungerar ute i verksamheten sker genom egenkontroll, ledningens genomgång, löpande verksamhetsuppföljning enligt fastställd tidsplan, avrapportering av särskilda kontrollinsatser beslutade av Patientnämnden samt extern revision och myndighetsgranskning.

År 2025 års uppföljning på både verksamhets- och förvaltningsnivå har skett enligt plan. Avrapportering om förvaltningens rådande läge och utveckling har fortlöpande återkopplats till Patientnämnden.

Förvaltningen har deltagit i en extern granskning, Granskning av regionens arbete med cybersäkerhet.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2025

Samtliga beslutade särskilda internkontrollaktiviteter är genomförda och avslutade enligt fastställd tidplan, se resultat nedan.

Nr	Granskad process/moment	Resultat
1	IT- och informationssäkerhet Följsamhet till GDPR. Följsamhet till lokal rutin för skyddad identitet	●
2	Oegentligheter Kontroll av ersättning till arvoderade ledamöter	●
3	Oegentligheter (korruption, mutor, jäv) Följsamhet till antikorrupsionsriktlinjer	●
4	Arbetsmiljö Kontroll av arbetsmiljö	●
5	Kvalitet och patientsäkerhet Samverkan med Hälso- och sjukvårdsnämnden som ansvariga för utförandet av kvalitetsförbättringar i vården	●
6	Kompetensförsörjning Säkerställa kompetens hos nya stödpersoner	●

- Inga eller godtagbara avvikelser finns
 ▲ Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas
 ■ Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

Granskningsmoment 1

IT- och informationssäkerhet

Kontrollmoment: Följsamhet till GDPR. Följsamhet till lokal rutin för skyddad identitet.

Riskvärde: 6

Metod: Följsamhet till dokumenthanteringsplan och informationssäkerhetsplan samt lokal rutin för skyddad identitet. Fortlöpande utbildning i informationssäkerhet. Använda godkända system vid digital kontakt med patienter/närstående. Använda säker funktion (CIP) vid mailutskick av sekretessbelagda uppgifter. Säkerställa kompetens i nya diarie- och ärendehanteringssystem.

Tidsperiod: 3 ggr/år

Ansvarig: Informationssäkerhetssamordnare, personuppgiftsföreträdare, nämndsekreterare.

Kommentar: Lokal rutin finns avseende personer med skyddade personuppgifter. Säkra sätt för att skicka förordnande/entledigande avseende stödpersoner har utvecklats. Utbildning i informationssäkerhet ingår i introduktion för nya medarbetare. Kompetens i nya diarie- och ärendehanteringssystem är säkerställt hos samtliga medarbetare.

Granskningsmoment 2

Oegentligheter

Kontrollmoment: Kontroll av ersättningar till arvoderade ledamöter/stödpersoner

Riskvärde: 6

Metod: Information om arvodesreglemente, stickprov enligt rutin.

Tidsperiod: 1 g/månad

Ansvarig: Nämndsordförande, nämndsekreterare, stödpersonsansvarig.

Kommentar: Stickprovskontroller har skett fortlöpande månadsvis. Kvaliteten på rapporterna har markant förbättrats sedan stickproverna påbörjades. Extra dialog har förts med stödpersonerna om hur utbetalning av reseersättningar sker. Inga avvikelser som behöver vidtagna åtgärder.

Granskningsmoment 3

Oegentligheter (korruption, mutor, jäv)

Kontrollmoment: Följsamhet till antikorrupsionsriktlinjer

Riskvärde: 6

Metod: Information/utbildning om antikorrupsionsriktlinjer. Beakta jävsituation vid nämndsammanträden.

Tidsperiod: 1 g/år

Ansvarig: Förvaltningschef, nämndsordförande

Kommentar: Beaktande av jävsituation vid sammanträden har skett fortlöpande, inga avvikelser.

Granskningsmoment 4

Arbetsmiljö

Kontrollmoment: Kontroll av arbetsmiljö

Riskvärde: 9

Metod: Avstämningsmöten, mål- och utvecklingssamtal och skyddsron. Säkerställa kompetensutveckling. Följa HME index i medarbetarenkät, nyckeltal för sjukfrånvaro.

Tidsperiod: Fortlöpande

Ansvarig: Förvaltningschef

Kommentar: Fortlöpande avstämningsmöten, Walk & talk samt genomgång av handlingsplan arbetsmiljö vid APT. HME index går inte att få fram för 2025, då förvaltningen består av för få medarbetare. Inga avvikelser finns att rapportera.

Granskningsmoment 5

Kvalitet och patientsäkerhet

Kontrollmoment: Samverkan med hälso- och sjukvårdsnämnden som ansvariga för utförandet av kvalitetsförbättringar i vården.

Riskvärde: 4

Metod: Gemensamt möte mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Patientnämnden.

Tidsperiod: 2 g/år

Ansvarig: Förvaltningschef, nämndsordförande

Kommentar: Överenskommelse har skett med HSN där ordförande eller förvaltningschef för patientnämnden har en stående tid för överrapportering vid sammanträdena inom Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Granskningsmoment 6

Kompetensförsörjning

Kontrollmoment: Säkerställa kompetens hos nya stödpersoner.

Riskvärde: 6

Metod: Säkerställa genomförd webbutbildning

Tidsperiod: Fortlöpande

Ansvarig: Stödpersonsansvarig

Kommentar: Utbildning sker enligt plan, inga anmärkningar.

Sammanfattning av ISK 2025

Patientnämndsförvaltningen har under 2025 arbetat aktivt för att bedriva ett systematiskt arbete med intern styrning och kontroll. Ansvar utgår till stor del från Region Dalarnas reglemente samt antagna delegeringsbestämmelser. Ledningens genomgång och riskanalys inför målarbete 2025 har under året genomförts tillsammans med nämnden.

Uppföljning 2025 visar på god följsamhet till;

- att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga har en god ekonomisk hushållning
- att informationen om en verksamhet och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig
- att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt uppsatta riktlinjer
- att möjliga risker observeras, bedöms och förebyggs

Intern styrning och kontroll 2025

Nämnd: Hjälpmedelsnämnden

Förvaltning: Hjälpmedel Dalarna

Internkontroll är grunden för en stabil och tillförlitlig verksamhet. Den interna kontrollen inom nämnder och styrelse ska bygga på en helhetssyn avseende regionens verksamhet och mål. I praktiken innebär det att den interna kontrollen ska omfatta mål, strategier, styrning och uppföljning. Inom ovannämnda områden ska det finnas inbyggda kontroll- och uppföljningssystem som säkrar en effektiv förvaltning och förhindrar att allvarliga fel och skador uppstår.

Regionfullmäktige fastställde under 2022 en ny policy, Region Dalarnas system för styrning och ledning (Dnr RD19/00944). Styr- och ledningssystemet är ett ramverk som ska tillämpas av regionens samtliga verksamheter och det består av fyra delar:

- Organisation och ansvar
- Styrande dokument
- Styrmodell
- Ledningsprocess

Policyns avsnitt om styrmodellen beskriver principerna för den interna styrningen och kontrollen inom Region Dalarna.

Hjälpmedel Dalarnas arbete med intern styrning och kontroll

Förvaltningens arbete med intern styrning och kontroll tar sin utgångspunkt i det internationella ramverket för intern kontroll. Ramverket är utgivet av the *Committee of the Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) och baseras på 17 fundamentala principer kopplade till fem komponenter. Processen för Intern kontroll baseras på dessa fem komponenter;

- Kontrollmiljö
- Riskanalys
- Kontrollåtgärder
- Information och kommunikation
- Tillsyn och uppföljning

Den interna kontrollen handlar sammanfattningsvis om att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga har en 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 uppsatta riktlinjer
- att möjliga risker observeras, bedöms och förebyggs

Kontrollmiljö

Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över att det bedrivs god intern kontroll inom nämnderna och dess verksamheter. Men det är respektive nämnd som ansvarar för att utforma en god intern kontroll.

Hjälpmedelsnämnden har i beslutade delegeringsbestämmelser fastställt vem som ska utföra visst arbete. I regionens interna styrande dokument "*Intern styrning och kontroll*" framgår hur verksamheten systematiskt ska styras och kontrolleras. Utöver detta arbete ska varje nämnd årligen besluta vilka särskilda interna kontrollmoment som ska kontrolleras.

I all väsentlighet utgör ledningssystem, på region- och verksamhetsnivå, ryggraden i förvaltningens kontrollmiljö. Här återges gällande rutiner, arbetsbeskrivningar samt hur uppföljning skall ske. Ledningssystemet inom region Dalarna är under utveckling.

Arbete med att säkerställa en god kontrollmiljö inom Hjälpmedel Dalarna

Under februari månad tillträdde en ny förvaltningschef för förvaltningen Hörsel och syn. Dessförinnan hade förvaltningen en tillförordnad förvaltningschef under halva 2024. När rutinerade medarbetare lämnar och nya personer tillträder och kan kontrollmiljön tendera att begränsas under en period då det tar tid att sätta sig in i en ny verksamhet. Så bedöms också vara fallet under 2025 på förvaltningsövergripande nivå vi kan också konstatera att tidigare uppkomna vakanser på nyckelfunktioner inom kvalitet och IT-funktion samt flera chefsbyten inom verksamheten har bidragit till att kontrollmiljön och kunskapen kring verksamhetens system har försvagats under en period av flera år.

Riskanalys

Riskanalys syftar till att identifiera och utvärdera de väsentligaste riskerna i verksamheten. En väl genomförd riskanalys ska tydliggöra vilka hot som föreligger som en konsekvens av påverkbara eller opåverkbara risker som kan inverka på verksamhetens möjlighet att uppnå uppsatta mål. I riskanalysen är det även viktigt att identifiera eventuella risker för bedrägeri och oegentligheter.

Inför 2025 års verksamhetsplan upparbetade förvaltningen en riskanalys som sedermera låg till grund för de internkontrollpunkter som beslutades i nämnden. Riskanalysen genomfördes och bedömdes utifrån allvarlighetsgrad och sannolikhet.

Kontrollåtgärder

Kontroll- och styrningsåtgärder är de åtgärder och rutiner som utarbetas för att fel ska upptäckas, åtgärdas och/eller förebyggas. Åtgärderna kan vara inbyggda i såväl organisationsstruktur som rutiner.

Hjälpmedel Dalarna har sitt kontrollsystem inbyggt i ledningssystem, överenskomna arbetssätt och värderingar. Där framgår hur kontroll och uppföljning sker. Utifrån dokumenterad riskanalys har handlingsplan/aktivitetsplan samt särskilda internkontrollaktiviteter tagits fram för att förebygga de största övergripande riskerna.

Utöver detta tillämpar förvaltningen även *Egenkontroll* i form av att granska kritiska processer och försäkra sig om dess kvalitet och effektivitet avseende praktiskt utförande av det dagliga arbetet. Rapportering av resultatet av utförda egenkontroller sammanställs och rapporteras till förvaltningens ledningsgrupp.

Information och kommunikation

Information och kommunikation är grundläggande förutsättningar för att intern styrning och kontroll ska fungera. Kommunikation i form av utbyte av aktuell och relevant information mellan medarbetare och ledning är nödvändiga. För att uppsatt regelverk skall efterlevas krävs löpande dialog och väl utvecklade kommunikationskanaler.

Information och kommunikation kring verksamhetsstyrning och ekonomisk rapportering har fortlöpande givits till alla verksamhets- och avdelningschefer genom kontinuerliga Ledningsgruppsmöten samt i Samverkansgruppen.

En ny kommunikationskanal infördes under 2024 inom förvaltningen där ett nyhetsbrev från ledningsgruppen kommunicerar efter varje ledningsgruppsmöte. Avvikelsehanteringssystemet används i syfte att uppmärksamma uppkomna avvikelser ur ett kvalitetsförbättrande perspektiv. Respektive avdelnings arbetsplatsträffar är det viktigaste forumet för uppföljning och dialog nära medarbetaren.

Tillsyn och uppföljning

Tillsyn och uppföljning ska säkerställa att en god rimlig grad av intern styrning och kontroll uppfylls. Detta sker genom löpande avrapportering av verksamhetens utveckling på fastställda nämndsammanträden. De instrument som förvaltningen har för att tillse att den interna styrningen och kontrollen fungerar ute i verksamheten sker genom egenkontroll, ledningens genomgång, löpande verksamhetsuppföljning enligt fastställd tidsplan, avrapportering av särskilda kontrollinsatser beslutade av Hjälpmedelsnämnden samt extern revision och myndighetsgranskning.

Under hösten 2025 fick ekonomienheten i uppdrag av förvaltningsledning att internt granska verksamhetens lagerhantering i syfte att bedöma om lagret anses rätt värderat. Granskningen är påbörjad under 2025 men ännu inte slutförd. Initial bedömning både från verksamheten och utredare att verksamheten kan förbättra sina interna rutiner, systemkunskap och samverkan kring logistik.

2025 års uppföljning på både verksamhets- och förvaltningsnivå har skett enligt plan. Avrapportering om förvaltningens rådande läge och utveckling har fortlöpande återkopplats till Hjälpmedelsnämnden. Förvaltningen har inte varit föremål för någon extern tillsyn och inte heller deltagit i några fördjupade revisionsgranskningar.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2025

Samtliga beslutade särskilda internkontrollaktiviteter är genomförda och avslutade enligt fastställd tidplan.

Nr	Granskad process/kontrollmoment	Resultat
1	Arbetsmiljö – lokaler: Dialog vid Medarbetarsamtal, APT samt Medarbetarenkät	
2	Minska risken för oegentligheter/korruption Följa upp avvikelser i verksamheten	
3	Medicinsktekniska direktivet MDR – har Egenkontroller enligt checklista genomförts	
4	Ekonomistöd – Uppföljning om verksamheten fått stöd i arbetet med uppdatering av prismodell och internfakturering	
5	Kompetensförsörjning – Följa upp konsekvenserna av neddragning av tjänster inom verksamheten samt att plan för kompetensförsörjning finns	
6	Digitalisering IT-stöd – Följa upp verksamhetens möjlighet till IT-stöd för utveckling inom digitalisering	
7	Följa upp leveranser av kritiska hjälpmedel (upphandlingsförfarande)	

-  Inga eller godtagbara avvikelser finns
-  Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas
-  Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

Granskningsmoment

1. ● Arbetsmiljö – lokaler: Dialog vid Medarbetarsamtal, APT samt Medarbetarenkät

Kontrollens syfte är att säkerställa att arbetsmiljöronder genomförts samt att uppföljning av upprättade risk- och konsekvensanalyser för lokaler skett på ett systematiskt och strukturerat sätt. Arbetsmiljöronder har under året genomförts på samtliga avdelningar inom verksamheten. I samband med detta har även uppföljningar av tidigare upprättade risk- och konsekvensanalyser för evakueringslokalerna utförts.

I lokalen på Västermalmsvägen i Falun pågår åtgärder i enlighet med den handlingsplan som togs fram efter

utförd risk- och konsekvensanalys. Insatserna syftar till att åtgärda identifierade arbetsmiljö- och patientrisker och bedömningen är att de kommer att förbättra säkerheten och miljön i lokalen för personal och patienter.

2. ● Minska risken för oegentligheter/korruption Följa upp avvikelser i verksamheten

Syftet med kontrollen är att säkerställa att verksamhetens rutin för antikorrupsionsarbete tas upp både vid introduktion av nya medarbetare samt årligen på APT. Kontrollen omfattar även att lagen om offentlig upphandling (LOU) beaktas vid upphandlingar samt att riktlinjer för användning av tjänstefordon går igenom vid introduktion och årligen på APT, så att medarbetarna får den kunskap som krävs.

Verksamheten har genomfört kontrollpunkten. Informationen om antikorrupsionsrutiner, LOU samt riktlinjer för användning av tjänstefordon har tagits upp både vid introduktionstillfällen och vid APT-tillfällen.

3. ● Medicinsktekniska direktivet MDR – har Egenkontroller enligt checklista genomförts

Syftet med kontrollen är att säkerställa att egenkontroll av medicintekniska produkter genomförts i enlighet med regionens fastställda checklista, samt att resultatet dokumenteras på ett strukturerat sätt.

Kontrollen har genomförts enligt plan utan anmärkningar och utfallet är registrerat i Synergi. Uppföljningen visar att verksamhetens rutiner inom området fungerar väl.

Det finns ett behov av att fördela ansvaret för egenkontroller inom verksamheten, eftersom ansvaret för genomförande idag ligger helt på verksamhetschef. En mer spridd ansvarsfördelning skulle bidra till en mer hållbar och effektiv hantering av egenkontrollarbetet.

4. ■ Ekonomistöd - Uppföljning om verksamheten fått stöd i arbetet med uppdatering av prismodell och internfakturerings

Granskningen har genomförts enligt plan och uppföljande dialog har skett under året. Bedömningen är att behovet av controllerstöd har ökat, både avseende utvecklingen av prissättningsmodell och internfakturerings samt för att stärka kontrollmiljön kopplad till lagerhantering. Trots påbörjat arbete kvarstår ett tydligt behov av mer samlat och kontinuerligt stöd för att säkerställa en robust

ekonomistyrning och långsiktigt hållbara processer inom förvaltningen.

5. ■ Kompetensförsörjning – bedömning konsekvenser neddragning tjänster samt om kontroll kompetensförsörjningsplan

Syftet med kontrollen är att bedöma om tidigare års neddragning av tjänster fått några negativa effekter på verksamheten och dess kärnuppdrag samt kontrollera om en kompetensförsörjningsplan är framtagen.

Bedömning konsekvenser neddragning av tjänster:

Kompetensförsörjningen inom förvaltningen påverkas i dag av både strukturella och operativa utmaningar, vilket sammantaget har skapat en ökad sårbarhet i verksamheten. Det finns ett tydligt behov av att både säkra och utveckla rätt kompetens i flera nyckelfunktioner. Samtidigt har förvaltningen behövt hantera akuta driftsproblem, såsom vakanser och hög arbetsbelastning. Detta har lett till en försvagad kontrollmiljö och en försämrad arbetsmiljö, särskilt inom kundtjänst, vilket i sin tur har påverkat tillgängligheten för verksamhetens förskrivare. Även vakanshållning av tjänster inom avdelningen Rörelse, kopplat till hjälpmedelskonsulenter, har haft en märkbar negativ påverkan. Inom Kundtjänst och avdelningen rörelse genomförs nu återrekrytering av en ny kundtjänstmedarbetare och två nya konsulenter.

Arbetet med att ta fram en sammanhållen kompetensförsörjningsplan återupptogs under 2025 men är ännu inte slutfört. Planen förväntas färdigställas under 2026. Förseningar uppstod när arbetsmiljön försämrades, särskilt inom kundtjänst, vilket gjorde att förvaltningsledningen behövde omprioritera resurser för att säkerställa verksamhetens stabilitet långsiktigt.

I nuläget visar den samlade bilden att förvaltningen behöver fortsätta arbeta systematiskt med kompetensöverföring, långsiktiga rekryteringsstrategier och organisatorisk tydlighet för att minska sårbarheten och skapa en hållbar kompetensförsörjning.

De neddragningar som genomförts de senaste åren har ytterligare förstärkt behovet av kompetensväxling, tydligare rollfördelning och strategisk planering. Förvaltningen befinner sig samtidigt i en omställningsfas där både intern omorganisation och pågående processutveckling syftar till att skapa en mer hållbar struktur. Sammantaget visar granskningen att neddragning av tjänster har haft negativa konsekvenser för verksamheten, både när det gäller tillgänglighet och service till förskrivare samt gällande arbetsmiljö och arbetsbelastning inom vissa funktioner.

6. ● Digitalisering IT-stöd – Följa upp verksamhetens möjlighet till IT-stöd för utveckling inom digitalisering

Ingen bedömning har kunnat göras för 2025 då hjälpmedelsverksamheten under året varit mycket hårt belastad internt. Förvaltningen har haft vakanser inom den interna IT-sekreterarrollen som upprätthåller den dagliga driften verksamhetens system: Därtill har verksamheten arbetat med omfattande interna digitaliseringsprojekt, såsom implementeringen av förskrivarportalen samt implementerat nytt vårdinformationssystem. Sammantaget har detta medfört att verksamheten inte haft kapacitet att driva ytterligare större IT-projekt eller att äskat centrala resurser. Mot slutet av året har dock visst stöd erhållits, bland annat för att möjliggöra RPA-utveckling internt. Utifrån detta görs bedömningen att det inte finns några avvikelser eller brister avseende det stöd som erhållits från den centrala IT-funktionen under 2025.

7. ● Följa upp leveranser av kritiska hjälpmedel (upphandlingsförfarande)

Granskningen har haft som syfte att följa upp om dialog inom 7-klövers nätverk har genomförts för att minska sårbarheten vid upphandlingar och vid val av leverantör.

Under 2025 har nätverket fört en gemensam dialog kring behovet av att stärka försörjningstryggheten för kritiska hjälpmedel, bland annat genom att vid vissa upphandlingar tilldela uppdrag till flera leverantörer. Detta gäller särskilt områden där en avbrottssituation skulle få stora konsekvenser, exempelvis livsuppehållande hjälpmedel. Nätverket har också enats om att denna fråga framöver ska hanteras strukturerat och beaktas redan i planeringsfasen inför nya upphandlingar.

Bedömningen är att relevanta åtgärder har vidtagits och att arbetet bidrar till att minska verksamhetens sårbarhet samt stärka motståndskraften vid samhällsstörningar, leveransproblem eller om upphandlade leverantörer hamnar i ekonomiskt svåra situationer.

Sammanfattning av ISK 2025

Förvaltningen Hjälpmedel Dalarna har under året arbetat systematiskt med intern styrning och kontroll för att säkerställa att verksamheten fullgör sina uppgifter, når fastställda mål och bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning och verksamhetskrav. Återrapportering till hjälpmedelsnämnden har skett enligt fastställd plan.

Den interna kontrollmiljön har dock varit påverkad framförallt på grund av förändringar inom vissa nyckelpositioner som skett i verksamheten de senaste åren.

De särskilda internkontrollpunkter som beslutats för 2025 har genomförts enligt plan och resultaten rapporteras till Hjälpmedelsnämnden den 20 februari 2026 genom denna årsrapport.

Anna Rinstad
Förvaltningschef Hjälpmedel Dalarna
Hjälpmedelsnämnden

Intern styrning och kontroll

RUN 2024/165

Nämnd: Regionala utvecklingsnämnden

Förvaltning: Regionala utvecklingsförvaltningen

Nämndens ansvar för intern kontroll regleras i kommunallagen 6 kap 6 § (KL):

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

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

Internkontroll är grunden för en stabil och tillförlitlig verksamhet. Den interna kontrollen inom nämnder och styrelse ska bygga på en helhetssyn avseende regionens verksamhet och mål. I praktiken innebär det att den interna kontrollen ska omfatta mål, strategier, styrning och uppföljning. Inom ovannämnda områden ska det finnas inbyggda kontroll- och uppföljningssystem som säkrar en effektiv förvaltning och förhindrar att allvarliga fel och skador uppstår.

Regionfullmäktige fastställde under 2022 en ny policy, Region Dalarnas system för styrning och ledning (Dnr RD19/00944). Styr- och ledningssystemet är ett ramverk som ska tillämpas av regionens samtliga verksamheter och det består av fyra delar:

- Organisation och ansvar
- Styrande dokument
- Styrmodell
- Ledningsprocess

Policyns avsnitt om styrmodellen beskriver principerna för den interna styrningen och kontrollen inom Region Dalarna.

Regionala utvecklingsförvaltningens arbete med intern styrning och kontroll

Förvaltningens arbete med intern styrning och kontroll tar sin utgångspunkt i det internationella ramverket för intern kontroll. Ramverket är utgivet av the *Committee of the Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) och baseras på 17 fundamentala principer kopplade till fem komponenter. Processen för Intern kontroll baseras på dessa fem komponenter;

- Kontrollmiljö
- Riskanalys

- Kontrollåtgärder
- Information och kommunikation
- Tillsyn och uppföljning.

Den interna kontrollen handlar sammanfattningsvis om att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv, det vill säga har en god ekonomisk hushållning,
- att informationen om en verksamhet och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig,
- att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt uppsatta riktlinjer,
- att möjliga risker observeras, bedöms och förebyggs.

Kontrollmiljö

Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över att det bedrivs god intern kontroll inom nämnderna och dess verksamheter. Men det är respektive nämnd som ansvarar för att utforma en god intern kontroll. Regionala utvecklingsnämnden har i beslutade delegeringsbestämmelser fastställt vem som ska utföra visst arbete. I regionens interna styrande dokument "Intern styrning och kontroll" framgår hur verksamheten systematiskt ska styras och kontrolleras. Utöver detta arbete ska varje nämnd årligen besluta vilka särskilda interna kontrollmoment som ska kontrolleras.

I all väsentlighet utgör ledningssystem, på region- och verksamhetsnivå, ryggraden i förvaltningens kontrollmiljö. Här återges gällande rutiner, arbetsbeskrivningar, ansvar och roller samt hur uppföljning skall ske. Ledningssystemet är under ständig utveckling.

Utöver den dokumenterade kontrollmiljön ingår linjefestens ansvar i att skapa delaktighet, förståelse och omsätta värderingar in i verksamhetens sätt att arbeta.

Riskanalys

Riskanalys syftar till att identifiera och utvärdera de väsentligaste riskerna i verksamheten. En väl genomförd riskanalys ska tydliggöra vilka hot som föreligger som en konsekvens av påverkbara eller opåverkbara risker som kan inverka på verksamhetens möjlighet att uppnå uppsatta mål. I riskanalysen är det även viktigt att identifiera eventuella risker för bedrägeri och oegentligheter.

Under 2025 har arbetet med att skapa systematik för att hantera risker, intensifierats inom förvaltningen. Inför 2025 års plan för intern styrning och kontroll har en riskanalys genomförts och identifierade risker bedömts utifrån sannolikhet och allvarlighetsgrad. Riskanalys och riskbedömning har tagits fram genom input från ledningens genomgångar, avvikelser,

externa revisioner och myndighetsgranskningar samt via verksamhetsberättelser och årsbokslut.

Inför 2025 års verksamhetsplanering startade ledningsgruppen för regionala utvecklingsförvaltningen med att systematiskt identifiera de risker som kan innebära att verksamheten inte når uppsatta mål.

Kontrollåtgärder

Kontroll- och styrningsåtgärder är de åtgärder och rutiner som utarbetas för att fel ska upptäckas, åtgärdas och/eller förebyggas. Åtgärderna kan vara inbyggda i såväl organisationsstruktur som rutiner.

Regionala utvecklingsförvaltningen har sitt kontrollsystem inbyggt i ledningssystem, överenskomna arbetssätt och värderingar. Där framgår hur kontroll och uppföljning sker. Utifrån dokumenterad riskanalys har handlingsplan/aktivitetsplan samt särskilda internkontrollaktiviteter tagits fram för att förebygga de största övergripande riskerna.

Utöver detta tillämpar förvaltningen även *Egenkontroll* i form av att granska kritiska processer och försäkra sig om dess kvalitet och effektivitet avseende praktiskt utförande av det dagliga arbetet. Rapportering av resultatet av utförda egenkontroller sammanställs och rapporteras till förvaltningens ledningsgrupp.

Information och kommunikation

Information och kommunikation är grundläggande förutsättningar för att intern styrning och kontroll ska fungera. Kommunikation i form av utbyte av aktuell och relevant information mellan medarbetare och ledning är nödvändiga. För att uppsatt regelverk skall efterlevas krävs löpande dialog och väl utvecklade kommunikationskanaler.

Information och interna styrdokument inom förvaltningen finns tillgängligt för alla berörda medarbetare på regionens intranät "Intra". Information och kommunikation kring verksamhetsstyrning och ekonomisk rapportering har fortlöpande givits till alla enhetschefer.

Övriga kommunikationskanaler inom förvaltningen och till nämnden är ledningens information "Senaste Nytt". Där delges information från ledningen löpande. Avvikelsehanteringssystemet används i syfte att uppmärksamma uppkomna avvikelser ur ett kvalitetsförbättrande perspektiv.

Tillsyn och uppföljning

Tillsyn och uppföljning ska säkerställa att en god rimlig grad av intern styrning och kontroll uppfylls. Detta sker genom löpande avrapportering av verksamhetens utveckling på fastställda nämndsammanträden. De instrument som förvaltningen har för att tillse att den interna styrningen och kontrollen fungerar ute i verksamheten sker genom egenkontroll, ledningens genomgång, löpande verksamhetsuppföljning enligt

fastställd tidsplan, avrapportering av särskilda kontrollinsatser beslutade av regionala utvecklingsnämnden samt extern revision och myndighetsgranskning.

År 2025 års uppföljning på både verksamhets- och förvaltningsnivå har skett enligt plan. Avrapportering om förvaltningens rådande läge och utveckling har fortlöpande återkopplats till regionala utvecklingsnämnden.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2025

Samtliga beslutade särskilda internkontrollaktiviteter är genomförda och avslutade enligt fastställd tidplan.

Nr	Granskad process/moment	Resultat
1	Risken att det inte finns tillräckligt med projektekonomresurser	●
2	Risken att förvaltningen inte får tillräckligt med kommunikationsresurser	▲
3	Risken att konsult och anställningsstoppet påverkar förvaltningens åtaganden	▲
4	Risken för välfärdsbrottlighet kopplad till beslut om företagsstöd	●
4	Risken att medarbetarna påverkas negativt av den förtätning som genomförts i förvaltningens lokaler	●

● Inga eller godtagbara avvikelser finns

▲ Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas

■ Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

Granskningsmoment 1

Under året har återkommande dialoger förts med regionstyrelsens förvaltning, för att få en hållbar lösning när det gäller hanteringen av projektens ekonomi. Den nyanställda medarbetaren arbetar 100 % med projekt, vilket har förbättrat situationen.

Granskningsmoment 2

Region Dalarnas kommunikationsenhet har fortsatt begränsad möjlighet att bistå förvaltningen med önskade kommunikationsinsatser. Detta innebär begränsade möjligheter att möta upp förvaltningens olika kommunikationsbehov, framför allt inom webb, grafisk produktion och foto- och filmproduktion.

Granskningsmoment 3

Anställningsstoppet har under året försvårat och försenat anställningsprocessen för de kompetenser förvaltningen har behövt och fått tillstånd att anställa.

Hos vissa projekt uppstod behov av konsulter, som inte täcktes av det allmänna undantaget, som nämndens projekt med extern finansiering erhölet.

Granskningsmoment 4

Företagshandläggarna har för att förhindra välfärdsbrottslighet, följt de framtagna rutinerna. De flesta företag som söker företagsstöd är redan kända av företagshandläggarna. Om ett företag som inte sedan tidigare har ansökt om företagsstöd och ansöker om mer än 500 000 kronor, tas en kreditupplysning och besök genomförs hos företaget.

Under år 2026 kommer en översyn av rutinerna att genomföras.

Granskningsmoment 5

Utifrån de genomförda kontrollerna har det framkommit att förtätningen och samlokaliseringen av förvaltningen har utfallit väl. Medarbetarna har framfört att trivsel har ökat efter samlokaliseringen.

Sammanfattning av ISK 2025

Under året har det genomförts tre avstämningar av nämndens internkontrollpunkter.

För två av nämndens internkontrollpunkter har det observerats brister. Dessa är:

- Risken att förvaltningen inte får tillräckligt med kommunikationsresurser

Kommunikationsenhet har fortsatt begränsad möjlighet att bistå förvaltningen med önskade kommunikationsinsatser. Detta innebär begränsade möjligheter att möta upp förvaltningens olika kommunikationsbehov, framför allt inom webb, grafisk produktion och foto- och filmproduktion.

Förvaltningen kommer att fortsätta att föra dialoger med kommunikationsenheten.

- Risken att konsult och anställningsstoppet påverkar förvaltningens åtaganden

Nämndens projekt med extern finansiering, fick ett gruppundantag för användande av planerade konsultinsatser. Dock har det i projekten uppstått behov av konsulterbehov, som inte täcktes av undantaget. Konsultstoppet har inte medfört att projektens framdrift påverkats så mycket som befarats. Anställningsstoppet har under året försvårat och försenat förvaltningens Nämndens projekt med extern finansiering, fick ett gruppundantagrekryteringar.

Region Dalarna hävde konsult- och anställningsstoppet från den 1 januari 2026.

Övriga tre internkontrollpunkter har det inte påvisats några brister; samlokalisering av förvaltningen, nämndens projekt rekviderar medel i enlighet med projektbeslut och de som ansöker om företagsstöd kontrollerats enligt rutiner för att förhindra försök till välfärdsbrottslighet.

Evelina Hilmersson

Regional utvecklingsdirektör

Regionala utvecklingsnämnden