A decorative graphic on the left side of the page consists of a large blue triangle pointing right, followed by a grid of smaller triangles. One triangle in the grid is green, and another is blue, matching the colors in the AZETS logo.

Granskning av intern kontroll

Rapport

Region Dalarna

2026-03-30

Antal sidor: 32

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	5
3	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	6
	<i>3.1 Avgränsning och ansvarig styrelse och nämnd</i>	<i>6</i>
4	Revisionskriterier	7
5	Metod	7
6	Resultat av granskningen	8
	<i>6.1 Styrdokument, system och rutiner</i>	<i>8</i>
	6.1.1 Organisation och ansvar i arbetet med intern kontroll	8
	6.1.2 Övergripande styrdokument och rutiner för intern kontroll	8
	6.1.3 Region Dalarnas system för styrning och ledning	9
	6.1.4 Målsättningsdirektiv för gällande styrmodell	9
	6.1.5 Rutiner för internkontrollplan	9
	6.1.6 Rutin/riktlinje för riskhantering	11
	6.1.7 Bedömning	13
	<i>6.2 Regionstyrelsens och nämndernas internkontrollarbete</i>	<i>13</i>
	6.2.1 Regionstyrelsen	13
	6.2.2 Hjälpmedelsnämnden	15
	6.2.3 Hälso- och sjukvårdsnämnden	16
	6.2.4 Kollektivtrafiknämnden	19
	6.2.5 Kultur- och bildningsnämnden	20
	6.2.6 Patientnämnden	22
	6.2.7 Regionala utvecklingsnämnden	23
	6.2.8 Servicenämnden	24
	6.2.9 Tandvårdsnämnden	25
	6.2.10 Bedömning	26
	<i>6.3 Uppföljning av tidigare rekommendationer</i>	<i>28</i>
7	Samlad bedömning och rekommendationer	31

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har av Region Dalarnas revisorer fått i uppdrag att granska och bedöma regionstyrelsens och nämndernas arbete med den interna kontrollen under år 2025.

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


Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att den interna kontrollen i styrelsen och nämnderna i allt väsentligt är tillräcklig.

I Region Dalarnas internkontrollarbete finns styrande dokument och rutiner som enligt vår bedömning ger förutsättningar för en tillfredsställande intern kontroll. Dessa rutiner redogör för arbetet med riskhantering, internkontrollplaner och uppföljning av kontroller.

Styrelsen och nämnderna har för år 2025 i huvudsak upprättat riskanalyser och internkontrollplaner i enlighet med gällande rutiner och mallar. Därtill har uppföljning av kontrollmoment i huvudsak genomförts enligt fastställda internkontrollplaner. Vi noterar dock vissa avvikelser för några nämnder, exempelvis att det inte alltid finns en tydlig koppling mellan kontrollmoment och riskerna i riskanalysen samt att rapporteringen har varit bristande. Vidare konstaterar vi att det för vissa risker i styrelsens och nämndernas riskanalyser saknas åtgärdsförslag och handlingsplaner.

Vid genomgång av styrelsens och nämndernas riskanalyser och internkontrollplaner noterar vi att det förekommer risker som bedömts vara höga (dvs. med ett riskvärde som överstiger 8) som inte har tagits upp i internkontrollplanen. Vi noterar också att det förekommer att risker med riskvärden under 8 har inkluderats som kontrollmoment i några av nämndernas internkontrollplaner. Vi bedömer med anledning av detta att det fortsatt finns ett behov av att tydliggöra hur risker med höga riskvärden ska hanteras i relation till internkontrollplanen.

Vidare noterar vi att arbetssätten för att identifiera och värdera risker i riskanalyserna i vissa delar skiljer sig åt mellan de olika nämnderna. Vissa av nämnderna är på något sätt delaktiga i riskanalyserna, medan andra nämnders riskanalyser i huvudsak sker på förvaltningsnivå. Enligt gällande styrdokument ska nämnderna årligen bedöma risker i verksamheten. Vi bedömer att det kan finnas behov av att tydliggöra hur riskanalyserna ska genomföras så att nämnderna får tillräckliga förutsättningar att bedöma riskerna.

<div style="text-align: center;"> Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja </div> 	
Revisionsfråga	Bedömning
Finns det ändamålsenliga styrdokument som definierar intern kontroll för styrelse och nämnder?	I allt väsentligt
Finns det system och rutiner för en tillfredsställande intern kontroll?	I allt väsentligt
Har riskbedömningar/riskanalyser utförts och dokumenterats för styrelsens och nämndernas verksamhetsområden?	I allt väsentligt
Har styrelse och nämnder upprättat internkontrollplaner? <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ligger valda kontrollaktiviteter i linje med bedömningarna i riskbedömningarna/analyserna?</i> 	Ja I allt väsentligt
Har styrelsen och nämnderna mottagit återkoppling av intern kontroll i den utsträckning som föreskrivs i regionens styrande dokument samt i styrelsens och nämndernas internkontrollplaner?	I allt väsentligt

För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi regionstyrelsen att:

- Se över och revidera policyn *Region Dalarnas system för styrning och ledning* då dokumentets giltighetstids passerat.
- Fortsätta tydliggöra hur risker med höga riskvärden ska hanteras i relation till styrelsens och nämndernas internkontrollplaner.
- Tydliggöra hur åtgärdsförslag och handlingsplaner för identifierade risker i styrelsens och nämndernas riskanalyser ska redovisas för att säkerställa en enhetlig hantering bland styrelsen och nämnderna.
- Överväga att förtydliga hur riskanalyser ska genomföras så att nämnden kan vara delaktiga och få goda förutsättningar att bedöma riskerna i enlighet med gällande målsättningsdirektiv.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi Hälso- och sjukvårdsnämnden (syn och hörsel) och Patientnämnden att:

- Säkerställa att en årlig riskanalys genomförs inför kommande verksamhetsår i enlighet med rutin.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi Kollektivtrafiknämnden, Kultur- och bildningsnämnden, Servicenämnden och Tandvårdsnämnden att:

- Säkerställ att identifierade risker i riskanalysen har en dokumenterad handlingsplan som är utformad i enlighet med mallen för riskanalys.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi Regionstyrelsen och Kultur- och bildningsnämnden att:

- Sammanställa en styrelse/nämndgemensam riskanalys för att öka spårbarhet mellan riskanalys och internkontrollplan.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi Kultur- och bildningsnämnden att:

- Säkerställa att uppföljningen av internkontrollplanen innehåller orsak och åtgärder vid konstaterade avvikelser.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi Hjälpmedelsnämnden att:

- Säkerställa att samtliga kontrollmoment följs upp i enlighet med fastställd internkontrollplan.

2 BAKGRUND

Azets har av Region Dalarnas revisorer fått i uppdrag att granska och bedöma regionstyrelsens och nämndernas arbete med den interna kontrollen under 2025. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025 som en del av räkenskapsrevisionen.

Intern kontroll är en process genom vilken styrelser och nämnder, ledning och annan personal skaffar sig rimlig säkerhet för att regionens mål uppnås inom följande områden:

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

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

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

Granskningen av intern kontroll sker med olika insatser under varje revisionsår. En grundläggande insats är att ta del av och bedöma nämndernas riskanalyser och aktiviteter under året enligt planer för uppföljning av intern kontroll. I vårt uppdrag avseende räkenskapsrevision och granskning av intern kontroll ingår inte att granska

verksamhetsprocesser, däremot att bedöma nämndernas övergripande processer för riskanalyser och intern kontroll.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

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

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

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

Utöver att besvara syftet och revisionsfrågorna ovan ska granskningen även följa upp de rekommendationer som lämnades i granskningen av intern kontroll år 2024¹. Dessa rekommendationer redovisas och följs upp i kapitel 6.3.

3.1 AVGRÄNSNING OCH ANSVARIG STYRELSE OCH NÄMND

Granskningen är av övergripande karaktär och fokuserar på de delar av internkontrollarbetet styrelsen och nämnderna är involverade i. Granskningen avser regionstyrelsen och samtliga nämnder och avser verksamhetsåret 2025.

¹ Region Dalarna, 2025-03-31

4 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen (2017:725) 6 kap § 6
- COSO:s² ramverk för intern styrning och kontroll
- Region Dalarnas målsättningsdirektiv för gällande styrmodell
- Region Dalarnas system för styrning och ledning
- Region Dalarnas målsättningsdirektiv gällande styrmodell
- Rutin och riktlinje för riskhantering
- Rutin för internkontrollplan

5 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentgranskning och analys av interna dokument och rutiner, riskbedömningar/riskanalyser, internkontrollplaner, delårsrapporter för 2025, årsrapporter för 2025, uppföljning av internkontrollplaner samt styrelsens och nämndernas protokoll.
- Intervju med verksamhetsstrateg för ledningssystemet samt intervjuer med ett urval av processledare för intern kontroll. Följande styrelser/nämnders processledare har intervjuats:
 - Regionstyrelsen
 - Hälso- och sjukvårdsnämnden
 - Kollektivtrafiknämnden
 - Hjälpmedelsnämnden

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer.

Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja



Rapporten är faktakontrollerad av samtliga processledare för intern kontroll.

² Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission

6 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

6.1 STYRDOKUMENT, SYSTEM OCH RUTINER

6.1.1 Organisation och ansvar i arbetet med intern kontroll

I regionstyrelsens och nämndernas reglementen anges att styrelsen och nämnderna utifrån sina respektive uppdrag ska tillse att intern kontroll och uppföljning fungerar tillfredsställande. I regionstyrelsens reglemente anges även att styrelsen ska styra, utveckla och samordna förvaltningen av Region Dalarnas angelägenheter, samt utöva kontroll över övriga nämnders verksamhet.

I Region Dalarnas fastställda *Målsättningsdirektiv för gällande styrmodell*³ beskrivs styrelsens ansvar för intern kontroll ytterligare. Där anges att styrelsen har det regionövergripande ansvaret att tillse att det finns god intern styrning och kontroll i alla verksamheter. Ansvaret omfattar också att säkerställa att intern styrning och kontroll följs upp och avrapporteras enligt fastställda riktlinjer. När det gäller nämnderna anges det i målsättningsdirektivet att det är respektive nämnd som ansvarar för att utforma en god intern kontroll inom sitt ansvarsområde.

Inom förvaltningsorganisationen finns en organisation för internkontrollarbetet som ska bedrivas enligt gällande styrdokument och rutiner. I målsättningsdirektivet framgår det att förvaltningschef ska tillhandahålla en processledare som stöd för nämndens arbete med årlig internkontrollplan. Inom regionstyrelsens förvaltning arbetar dessutom en verksamhetsstrateg som har ansvar för regionens ledningssystem. Verksamhetsstrategen har också det övergripande ansvaret för internkontrollarbetet som sker i regionen och arbetar även med att utveckla processerna. Därutöver finns det i respektive förvaltning utsedda processledare för intern kontroll som utses av respektive förvaltningschef. Dessa ansvarar för att ge stöd och ta fram underlag inför riskanalyser, internkontrollplaner och uppföljning av kontrollmoment.

6.1.2 Övergripande styrdokument och rutiner för arbetet med intern kontroll

Det finns flertalet styrande dokument och rutiner som beskriver arbetet med intern kontroll i regionen. Dessa finns publicerade och är samlade på regionens intranät.

I intervjuer framförs att det pågår ett arbete med att implementera en modul för internkontrollarbetet i regionens befintliga planerings- och uppföljningsverktyg "Ledningsportalen". Genom denna modul kommer ett systemstöd att införas, där processledare bland annat ska kunna utforma riskanalyser och överföra risker till en internkontrollplan direkt i systemet. Vidare ska arbetet med den interna kontrollen synkroniseras med mål- och ekonomiuppföljningen som i dagsläget sker i verktyget. I intervjuer beskrivs denna utveckling som positiv, och genom systemstödet finns en förhoppning om att antalet dokument, mallar, instruktioner med mera i arbetet ska kunna minskas. Modulen har börjat användas i internkontrollarbetet för år 2026.

³ Regionfullmäktige, 2022-10-03, §72

6.1.3 Region Dalarnas system för styrning och ledning

I *Policy för Region Dalarnas system för styrning och ledning*⁴ beskrivs regionens styr- och ledningssystem. I policyn anges att intern styrning och kontroll är en process som utförs av regionstyrelsen, nämnderna, chefer och medarbetare. Enligt policyn ska samtliga verksamheter i regionen fortlöpande anpassa organisationen och införa metoder samt rutiner som säkerställer att verksamheten är ändamålsenlig och effektiv, samt att risker observeras, bedöms och förebyggs. Styrande principer för arbetet med intern styrning och kontroll uppges vara att processen utgår ifrån kommunallagen och COSO-ramverket, samt att intern styrning och kontroll ska tillämpas så att verksamheten bedrivs på ett effektivt, säkert och ändamålsenligt sätt utifrån gällande regelverk för att uppnå fastställda mål, uppdrag och resultatkrav.

Policyn upphörde att gälla i mars 2024 och enligt uppgift från verksamhetsstrateg har frågan utträtts med regionens jurist som menar att bestämmelserna gäller tills vidare att policyn revideras eller annat beslutas.

6.1.4 Målsättningsdirektiv för gällande styrmodell

Likt det som anges i policyn ska arbetet med intern kontroll utgå ifrån kommunallagen och COSO-ramverket. I direktivet beskrivs COSO-ramverket och dess fem komponenter: styr- och kontrollmiljö, riskanalys, kontrollåtgärder/-aktiviteter, information och kommunikation samt övervakande aktiviteter (uppföljning och utvärdering). De olika komponenterna ska användas på alla nivåer i regionen, både i den politiska styrningen och på verksamhetsnivå.

Enligt målsättningsdirektivet ska nämnderna årligen bedöma risker i verksamheten och ta fram en internkontrollplan som beskriver kontrollmoment som ska utföras i verksamheten under året. Som stöd till utformandet av riskanalys och internkontrollplan hänvisar dokumentet till *Rutin för internkontrollplan* och *Rutin för riskhantering*. Dessa beskrivs i avsnitten nedan.

6.1.5 Rutiner för internkontrollplan

I *Rutin för intern kontrollplan*⁵ beskrivs Region Dalarnas arbete med att årligen ta fram, genomföra och följa upp internkontrollplaner. Syftet med rutinen är att säkerställa ett gemensamt synsätt kring arbetet med internkontrollplaner i respektive nämnd. Planerna ska utgöra en del av regionens arbete med intern styrning och kontroll.

I rutinen framgår att styrelsen och nämnderna ansvarar för att årligen upprätta och följa upp sina internkontrollplaner. Regionstyrelsen ska även ha uppsikt över internkontrollarbetet utifrån sin uppsiktsplikt. Internkontrollplanerna syftar enligt rutinen till att följande mål uppnås:

- Att verksamheten är ändamålsenlig, lever upp till målen och är kostnadseffektiv (god ekonomisk hushållning)
- Att informationen om verksamheten och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och tillräcklig

⁴ Regionfullmäktige, 2021-02-22 § 9

⁵ Godkänd av 2024-08-27

- Att verksamheten har en god efterlevnad av tillämpliga författningar samt gällande regelverk
- Att möjliga risker löpande observeras, bedöms och förebyggs

Enligt rutinen ska en risk- och väsentlighetsanalys utgöra grunden för internkontrollplanen. Det är respektive förvaltningschef som ska säkerställa att risk- och väsentlighetsanalyser genomförs och dokumenteras. I rutinen anges att risk- och väsentlighetsanalysen ska tydliggöra vilka hot som föreligger mot verksamheten (som konsekvens av riskerna) och som kan inverka på verksamhetens möjligheter att uppnå uppsatta mål.

Utifrån risk- och väsentlighetsanalyserna ska förvaltningschefen i samverkan med nämnden välja ut ett antal områden som särskilt ska behandlas under verksamhetsåret. I rutinen anges att förvaltningschefen ska välja ut ett antal områden som förslagsvis har riskvärdet 8 eller högre. Utifrån nämndens prioriteringar ska förvaltningschefen sedan upprätta förslag till kontrollmoment i en internkontrollplan. Vidare ska internkontrollplanen beslutas av nämnden senast i december året innan den ska börja gälla. I rutinen anges även att planen minst ska innehålla information om vilka rutiner och kontrollmoment som ska följas upp, omfattningen på uppföljningen (frekvens och kvantitet), vem som ansvarar för att utföra uppföljningen, när rapportering ska ske, genomförd riskbedömning och åtgärdsplan/aktivitetsplan utifrån resultatet.

När det gäller uppföljning av internkontrollplanen anges det i rutinen att styrelsen och nämnderna i samband med delårsbokslut och verksamhetsberättelse skriftligen ska rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen till styrelsen. Rapporteringarna ska sedan skickas vidare till regionfullmäktige och revisionskollegiet. Förvaltningschefen ansvarar för att resultatet av den interna kontrollen rapporteras till nämnden i den omfattning som fastställts i beslutad internkontrollplan.

Som stödande dokument för framtagandet av internkontrollplanen finns en *Lathund intern kontroll*⁶ som har samlat de filer som behövs för att göra riskanalys, intern kontrollplan och uppföljning. I lathunden anges tider då internkontrollplan ska hanteras för år 2023. Vi utläser även att det finns mer generella skrivningar om årshjul för intern kontroll som framgår av bild nedan.

⁶ Daterad 2022-07-01

Arbetsuppgifter att göra respektive år

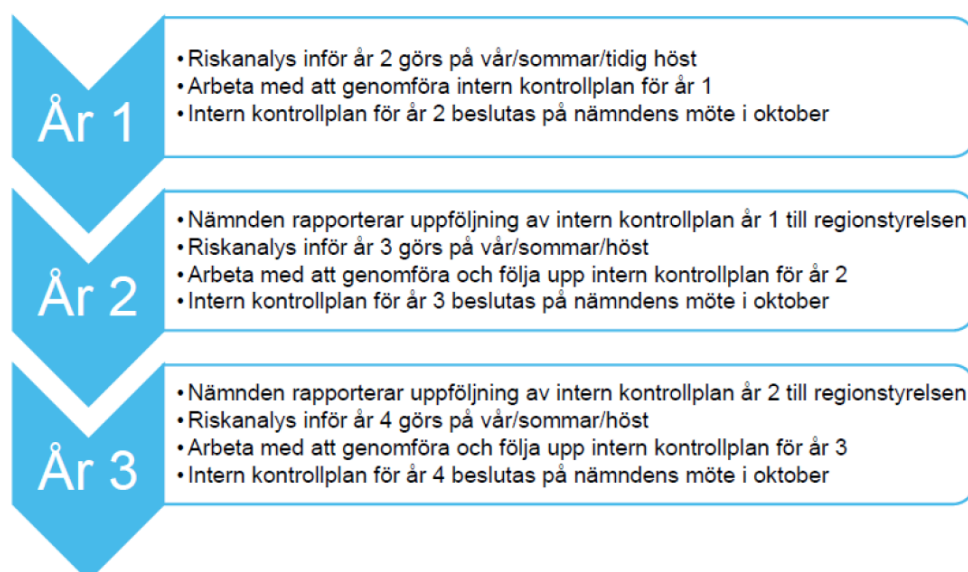


Bild 1: Arbetsuppgifter för intern kontroll

Som stöd i uppföljningen av kontrollerna finns en mall för *Rapport avseende särskilda internkontrollmoment*⁷. Därtill finns även en *Instruktion för stickprov vid intern styrning och kontroll*⁸ som beskriver hur stickprov kan göras i de fall det används som metod för ett kontrollmoment i internkontrollplanen. Instruktionen slutade gälla i november år 2021.

6.1.6 Rutin/riktlinje för riskhantering

I *Rutin för riskhantering*⁹ beskrivs arbetet med riskidentifiering, riskbedömning och riskvärdering i internkontrollarbetet. Tillvägagångssättet för riskhantering illustreras i följande processkarta:

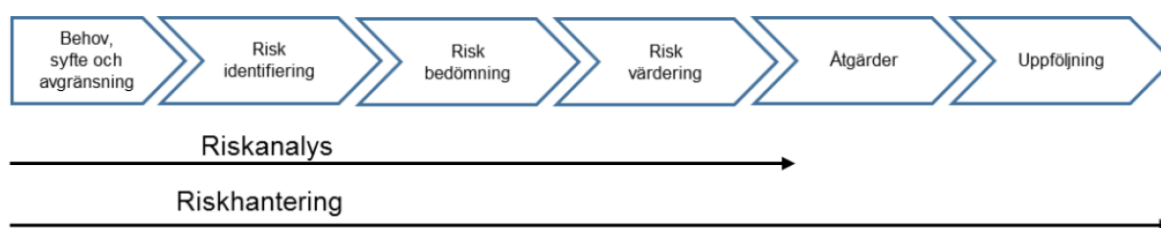


Bild 2: Tillvägagångssätt för riskhantering

I rutinen anges att "systematisk riskidentifiering och hantering av risker ska göras i den löpande verksamheten, vid verksamhetsplanering och när förändringar planeras i verksamheten". Identifierade risker ska bedömas utifrån allvarlighetsgraden av att risken inträffar (skala 1–4), samt utifrån sannolikheten att det inträffar (skala 1–4). Genom att multiplicera värderingen av allvarlighetsgraden och sannolikheten genereras ett riskvärde. I rutinen anges att riskvärden mellan 1–3 är en acceptabel risk som ska bevakas. För risker

⁷ Godkänd 2024-08-14

⁸ Godkänd 2018-11-28

⁹ Godkänd 2024-08-27

med riskvärden mellan 4–7 bör åtgärder övervägas och riskerna ska dessutom hanteras och bevakas. För risker med värden mellan 8–16 krävs åtgärder och riskerna ska hanteras eller elimineras.

I rutinen anges vidare att en handlingsplan/åtgärdsplan alltid ska upprättas enligt lagkrav¹⁰ och innehålla en tidplan för genomförandet av åtgärder. Åtgärdernas genomförande och effekt ska följas upp.

För arbetet med riskanalyser finns en mall¹¹ i en Excel-fil som ska användas i framtagandet av riskanalyserna. I filen framgår att en beskrivning av risken, vilket område/process som risken berör, konsekvensen/effekten av om risken inträffar, bakomliggande orsaker till risken, riskbedömning och riskvärdering ska framgå. Därtill ska även åtgärdsförslag samt en handlingsplan för respektive risk anges, där åtgärder, åtgärdens färdigpunkt, vem/vilka som är ansvarig för åtgärden, metoden samt tidpunkt för uppföljning och resultatet av åtgärden ska anges.

*Riktlinje för riskhantering*¹² är ett mer övergripande styrdokument där det framgår att chefer ansvarar för att identifiera, analysera, bedöma, hantera och åtgärda samt följa upp risker inom sin verksamhet. I dokumentet framgår det att riskanalyser ska ligga till grund för ett tillförlitligt underlag för att fatta beslut om vilka säkerhetsåtgärder som behöver vidtas, när de ska genomföras och hur risken kan reduceras till en acceptabel nivå. Av riktlinjen framgår inte något stöd för vad som ska anses vara acceptabel nivå. Av riktlinjen framgår det att riskhantering alltid ska dokumenteras på ett strukturerat och tydligt och ska innehålla:

- Identifierade risker
- Riskbedömningar (sannolikhet och allvarlighetsgrad)
- Beslut om åtgärder
- Ansvar och handlingsplan.

I intervju framkommer det att riktlinjen för riskhantering tillsammans med instruktion för hur modulen är tänkta att ersätta den tidigare rutinen. Arbeta pågår med att utveckla de nya riktlinjerna för att klargöra hur handlingsplaner och riskhantering ska dokumenteras. Verksamheterna är väl medveten om att risker som inte inkluderas i internkontrollplanen och saknar handlingsplan riskerar att inte följas upp. Ett arbete pågår för att hitta rätt former för detta i och med införandet av nytt systemstöd för riskanalys. I intervju framkommer det att verksamheterna ska särskilt beakta risker med ett riskvärde över 8.

¹⁰ Lagkrav specificeras inte i rutin

¹¹ Mall – analyschema riskanalys

¹² Godkänd 2025-09-10

6.1.7 Bedömning

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** finns ändamålsenliga styrdokument som definierar intern kontroll för styrelse och nämnder

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** finns system och rutiner för tillfredsställande intern kontroll

Vi konstaterar att intern styrning och kontroll definieras i flera av regionens styrande dokument. Vi bedömer att både policy och målsättningsdirektiv tydligt beskriver styrelsens och nämndernas ansvar avseende intern styrning och kontroll, samt hur intern styrning och kontroll ska utövas i organisationen. Vi noterar dock att giltighetstiden för policyn Region Dalarnas system för styrning och ledning har passerats, och bedömer att dokumentet bör ses över och vid behov uppdateras för att säkerställa innehållets aktualitet.

Vi konstaterar vidare att det finns rutiner och stödjande dokument för hur risk- och väsentlighetsanalysen samt internkontrollplanen ska genomföras. Vi bedömer att dessa dokument innehåller tydliga instruktioner som ger goda förutsättningar för styrelse och nämnder att upprätthålla en tillfredsställande intern kontroll.

6.2 REGIONSTYRELSENS OCH NÄMNDERNAS INTERNKONTROLLARBETE

Som framgår av kapitlet ovan ska styrelsen och nämnderna årligen upprätta en internkontrollplan som grundar sig i en risk- och väsentlighetsanalys. Denna ska sedan följas upp både i delårsbokslutet- och årsbokslutet enligt gällande rutiner. I avsnitten nedan beskrivs styrelsens och respektive nämnds internkontrollarbete för år 2025.

6.2.1 Regionstyrelsen

6.2.1.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Regionstyrelsens riskanalys för år 2025 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. Samtliga enheter inom regionstyrelseförvaltningen (forskning och utveckling, ekonomi, personal, planering, kommunikation, Medicinsk teknik och IT samt expertfunktioner i stab) har genomfört separata riskanalyser. Vi har även tagit del av regionfastigheters riskanalys som är en separat förvaltning under regionstyrelsen. I intervju framförs att förvaltningens ledningsgrupp har arbetat med att värdera riskerna och bedömt vilka som ska ingå i internkontrollplanen för år 2025. Totalt identifieras 190 risker i riskanalysen, varav 57 risker har ett riskvärde som överstiger 8.

För några av riskerna anges åtgärdsförslag och en fullständig handlingsplan för att minimera risken i enlighet med den framtagna mallen. Detta saknas dock för majoriteten av riskerna bland annat för flera av riskerna som har värderats till ett högt riskvärde. I intervju framförs

att detta beror på att det redan finns upprättade handlingsplaner och aktivitetsplaner inom respektive enhet, där flera av riskerna därför redan hanteras. I intervju framgår att förvaltningen jobbar vidare med strukturen för detta och att det kommer bli tydligare inför nästkommande år då den nya modulen är på plats. Vi noterar att flera punkter har datum från 2022–2024 angivna som tid för åtgärdens färdigställande. I intervju framkommer att de olika avdelningarna använder sig av mallen på olika sätt, där vissa har tagit med risker från tidigare år medan andra inte har det.

Det framgår inte av protokoll att styrelsen mottagit riskanalysen i samband med fastställandet av internkontrollplanen. I intervju uppges att styrelsen tidigare har beslutat om att information om riskanalysen enbart behöver hanteras av arbetsutskottet.

6.2.1.2 Internkontrollplan

Regionstyrelsen fastställde sin internkontrollplan för år 2025 i december år 2024¹³. Internkontrollplanen innehåller totalt fem kontrollmoment inom områdena/processerna "Välfärdsbrottslighet", "Avtalstrohet", "Uppförandekod", "Robusthet" och "Följsamhet till politiska beslut". Av internkontrollplanen framgår riskvärde, kontrollansvar, frekvens, metod, tidpunkt för rapportering och vem rapporteringen ska ske till för respektive kontrollmoment. Samtliga kontroller ska rapporteras i samband med delårsrapport och verksamhetsberättelse.

Flera risker som har värderats högt i riskanalysen (risker med ett riskvärde mellan 8–16) har inte inkluderats i internkontrollplanen. Vissa av de kontrollmoment som ingår i internkontrollplanen går inte heller tydligt att härleda till en särskild risk i riskanalysen. Enligt uppgift i intervju beror detta på att förvaltningen i utformandet av kontrollmomenten sammanställt och vägt samman flera risker från de olika enheternas riskanalyser.

6.2.1.3 Uppföljning av intern kontroll

Regionstyrelsens internkontrollplan har följts upp i samband med delårsrapporten för regionstyrelsens förvaltning¹⁴. I rapporten redovisas en prognos för resultatet av de olika kontrollmomenten som ingår i internkontrollplanen för år 2025. Där framgår att det observerats avvikelser/brister för kontrollmoment om uppförandekod. Av rapportering framgår att uppförandekoden finns framarbetad men att beslut och implementering kvarstår. I uppföljningen kommenteras orsaken till prognoserna och att avstämning har skett i Regionstyrelsens förvaltnings ledningsgrupp.

Regionstyrelsens slutliga uppföljning av internkontrollplanen skedde vid sammanträdet i mars år 2026¹⁵. I uppföljningen noteras att inga eller godtagbara avvikelser förelåg för tre av kontrollerna. För kontrollen "Robusthet" är avvikelser/brister observerade och åtgärder bör övervägas. För kontrollen "Uppförandekod" finns betydande avvikelser/brister observerade och åtgärder krävs. Avvikelsena beskrivs på följande sätt:

¹³ Regionstyrelsen, 2024-12-09 § 205

¹⁴ Regionstyrelsen, 2024-09-15 § 115

¹⁵ Regionstyrelsen, 2026-03-16

- **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.
- **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.

I uppföljningen framgår vilka åtgärder som behöver vidtas.

6.2.2 Hjälpmedelsnämnden

6.2.2.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Hjälpmedelsnämndens riskanalys för år 2025 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. Av riskanalysen framgår vilka som har deltagit i riskanalysen och metod för genomförande. Samtliga deltagare kommer från förvaltningen.

Totalt identifierades nio risker inom processerna/områdena "Kompetensförsörjning", "Arbetsmiljö - lokaler", "Försörjning hjälpmedel/robusthet", "Upphandling", "Medicintekniska direktivet (MDR)", "Ekonomistöd" och "Digitalisering – IT-stöd". I riskanalysen värderades fyra av riskerna till ett riskvärde över 8. För samtliga risker utom två finns åtgärdsförslag och en handlingsplan för hur respektive risk ska hanteras. De två risker som saknar handlingsplan bedöms inte vara möjliga för verksamheten att påverka då dessa beror på resursbrist hos andra enheter inom regionen eller andra kommuner.

Det framgår inte av protokoll att nämnden mottagit analysen i samband med fastställande av internkontrollplan.

6.2.2.2 Internkontrollplan

Hjälpmedelsnämnden fastställde sin internkontrollplan för år 2025 vid sammanträdet i december 2024¹⁶. I internkontrollplanen finns totalt sju kontrollmoment. Sex av dessa är kopplade till riskerna i riskanalysen, medan en kontroll "Oegentligheter, korrupcion" inte har någon tydlig koppling till riskerna som identifierats i riskanalysen. Samtliga kontrollmoment med ett riskvärde över 8 från analysen ingår i internkontrollplanen. I internkontrollplanen framgår riskvärde, kontrollansvar, frekvens, metod, när rapportering ska ske samt till vem/vilka. Samtliga kontroller utom "Medicinsk tekniska direktivet (MDR)" ska rapporteras i samband med delårsrapport 2025 och årsbokslut 2025. Ovannämnda kontroll följdes enbart upp vid årsbokslut 2025.

6.2.2.3 Uppföljning av intern kontroll

Internkontrollplanen följdes upp i samband med nämndens delårsrapport för år 2025¹⁷. Av rapporten framgår att första halvåret 2025 har varit utmanande för förvaltningen, särskilt

¹⁶ Hjälpmedelsnämnden, 2024-12-12 § 58

¹⁷ Hjälpmedelsnämnden, 2025-09-11 § 42

vad gäller att upprätthålla en stabil kontrollmiljö. Detta till följd av att flera nyckelpersoner, framför allt inom den verksamhetsnära IT-funktionen, har avslutat sina anställningar. Risker av omedelbar karaktär har hanterats, och övriga identifierade risker kommer att inkluderas i förvaltningens övergripande riskanalys för 2026.

I rapporten redovisades en prognos för resultatet gällande fem av sex kontrollmoment som ingår i internkontrollplanen för år 2025 och som ska följas upp på delårsbasis.

Kontrollmoment för "Leverans av hjälpmedel" saknas. Avvikelse/brister är observerade i två av kontrollmomentet och ett bedöms som "Granskning pågår" och därmed kan ingen prognos ges. Åtgärder framgår av rapportering.

Den slutliga uppföljningen skedde vid sammanträdet i februari 2026¹⁸. Där följdes samtliga sju kontrollmoment upp. I uppföljningen noterades att inga eller godtagbara avvikelser föreligger för fem av kontrollerna. För kontrollerna "Ekonomistöd" och "Kompetensförsörjning" noteras betydande avvikelser/brister där åtgärd krävs. Avvikelserna beskrivs på följande sätt:

- **Ekonomistöd:** behovet av controllerstöd har ökat, både avseende utvecklingen av prissättningsmodell och internfakturering 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.
- **Kompetensförsörjning:** Kompetensförsörjningen inom förvaltningen påverkas av både strukturella och operativa utmaningar, vilket sammantaget har skapat en ökad sårbarhet i verksamheten. Förvaltningen har behövt hantera akuta driftsproblem, såsom vakanser och hög arbetsbelastning. Arbetet med att ta fram en sammanhållen kompetensförsörjningsplan återupptogs under 2025 men är ännu inte slutfört. Planen förväntas färdigställas under 2026. 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.

6.2.3 Hälsa- och sjukvårdsnämnden

Hälsa- och sjukvårdsnämnden upprättar två olika internkontrollplaner för sina olika förvaltningar "Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen" och "Hörsel och syn". Vi har därför valt att dela upp detta avsnitt per förvaltning.

6.2.3.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningens riskanalys för år 2025 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. Av riskanalysen framgår att deltagare har varit representanter från förvaltning och ordförande för nämnden. I nämndens

¹⁸ Hjälpmedelsnämnden, 2026-02-20 § 10

internkontrollrapport¹⁹ beskrivs riskanalysarbetet och riskbedömning har tagits fram genom input från ledningens genomgångar, avvikelser, externa revisioner och myndighetsgranskningar samt via verksamhetsberättelser och årsbokslut. I intervju framkommer det att riskanalysarbetet har presenterats för och diskuterats av hela nämnden i form av en workshop under maj 2024.

Inför 2025 års verksamhetsplanering började hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp med att systematiskt identifiera de risker som kan innebära att verksamheten inte når uppsatta mål. Denna aktivitet har även utförts på verksamhetschefsträffar för att uppmärksamma risker och hot som föreligger i verksamheten.

Totalt identifierades 18 risker inom områden som "Medborgare", "Medarbetare och ledarskap", "Hållbar utveckling", "Digitalisering" samt "Hälso- och sjukvårdens kvalitet".

I riskanalysen värderades sex av riskerna till ett riskvärde över 8. För samtliga risker finns ett åtgärdsförslag.

Hörsel och syn

I intervju framkommer det att ingen riskanalys genomförts inför 2025. I förvaltningens internkontrollrapport framgår det att orsaken är att verksamheten under hösten 2024 hade en tillfälligt bemannad ledningsfunktion, vilket innebar att den samlade kunskapen om processen inte var fullt ut fanns vid tidpunkten för beslutet.

6.2.3.2 Internkontrollplan

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställde sin internkontrollplan för 2025 i oktober 2024²⁰. I internkontrollplanen ingår totalt fem kontrollmoment. I internkontrollplanen framgår kontrollmomentens riskvärde, kontrollansvarig, frekvens av kontrollen, metod, tidpunkt för rapportering och till vem/vilka rapporteringen ska ske. Frekvensen på kontrollerna varierar, men samtliga ska ha avrapporterats senast i samband med årsbokslutet. Av protokoll framgår att nämnden beslutade om att lägga till ytterligare ett kontrollmoment benämnt "Säkerställa att politiska beslut verkställs och efterlevs."

Hörsel och syn

Nämnden har även beslutat om en internkontrollplan för "Hörsel och syn" vid sammanträdet i oktober 2024²¹. I planen ingår tre kontrollmoment inom områdena "Arbetsmiljö", "Säkerhet och beredskap" och "Informationssäkerhet". I internkontrollplanen framgår riskvärde, kontrollansvarig, frekvens av kontrollen, metod, tidpunkt för rapportering och till vem/vilka rapporteringen ska ske för respektive kontrollmoment. Ett

¹⁹ Uppföljningen av internkontrollplanen som upprättas i särskild rapport vid årets slut, Hälso- och sjukvårdsnämnden

²⁰ Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2024-10-08 § 112

²¹ Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2024-10-08 § 124

kontrollmoment ska rapporteras i samband med delårsrapporter och årsbokslutet, och de övriga kontrollerna senast i samband med årsbokslutet.

6.2.3.3 Uppföljning av intern kontroll

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Kontrollmomenten i internkontrollplanen har följts upp i enlighet med fastställd tidpunkt för rapportering. I hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport för 2025²² lämnades en prognos på resultatet för de olika kontrollmomenten. Där framgår att det för ett kontrollmoment observerats avvikelser/brister och att åtgärder bör övervägas. I uppföljningen kommenteras orsaken till prognosen. Förslag på åtgärder framgår emellertid inte. För övriga fem kontrollmoment bedömdes inga eller godtagbara avvikelser föreligga.

Den slutliga uppföljningen av internkontrollplanen skedde vid nämndens sammanträde i februari 2026²³. I rapporten kan vi utläsa att samtliga utom ett kontrollmoment hade inga eller godtagbara avvikelser. Avvikelser/brister förelåg för kontrollmomentet ”Säkerhetsområde arbetsmiljö stöd i medarbetarskap och ledarskap: säkerställa stöd till chefer/ledare” där åtgärder bör övervägas. Av den slutliga uppföljningen av internkontrollplanen framgår det att ledarskapsindexet har sjunkit med en punkt jämfört med den föregående mätningen år 2023. Vidare framgår förslag på åtgärder för att nå måluppfyllelse.

Hörsel och syn

Internkontrollplanen har följts upp i samband med verksamhetens delårsrapport för år 2025²⁴. I rapporten framgår att avvikelser/brister är föreligger för en kontrollpunkt och att granskningen av kontrollpunkten är påbörjad men ej färdigställd. För övriga kontrollpunkter framgår det att granskning ej är påbörjad och återrapporteras vid årsbokslut. Orsaker och åtgärder framgår av rapportering.

Den slutliga uppföljningen av internkontrollplanen skedde vid sammanträdet i februari år 2026²⁵. Av uppföljningen framgår att två kontrollpunkter har avvikelser/brister där åtgärder bör övervägas. För en kontrollpunkt föreligger det betydande avvikelser/brister där åtgärd krävs. Avvikelsena beskrivs på följande sätt:

- **Att medarbetarna har en tydlighet kopplat till förväntningar i arbetet:** 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.

²² Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2025-08-26 § 97

²³ Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2026-02-17 § 12

²⁴ Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2025-08-26 § 98

²⁵ Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2026-02-17 § 13

- **Reservrutiner för kritiska verksamhetssystem:** 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 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
- **Genomförande av informationssäkerhetsrond på samtliga 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.

Vi noterar av protokoll²⁶ att hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat om att införliva Hörsel och syn i övriga hälso- och sjukvårdsförvaltningen från och med april 2026.

6.2.4 Kollektivtrafiknämnden

6.2.4.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Kollektivtrafiknämndens riskanalys för år 2025 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. Av riskanalysen framgår att deltagare från förvaltningen varit med i framtagandet av riskanalysen samt hur denna har framställts. I nämndens internkontrollrapport beskrivs nämndens riskanalysarbete. Riskbedömningen har utgått ifrån identifierade risker och avvikelser i ledningens genomgång, egenkontroller, externa revisioner, myndighetsgranskningar samt utifrån verksamhetsberättelser och årsbokslut.

I riskanalysen återfinns totalt 13 risker inom bland annat områdena/processerna "Skolskjuts", "Avtalstrohet" samt "Processledning". I riskanalysen bedöms två av riskerna ha ett riskvärde över 8. För samtliga risker finns ett åtgärdsförslag men det saknas handlingsplaner. I intervju framkommer att riskerna som inte ingår i internkontrollplan hanteras av förvaltningens ledningsgrupp. Detta dokumenteras dock inte i riskanalysen och ingen uppföljning av dessa risker sker till nämnden.

Det framgår inte av protokoll att nämnden mottagit analysen i samband med fastställandet av internkontrollplanen. I intervju framkommer det att riskanalysen presenteras för nämndens presidium som i sin tur får välja att delge resterande delar av nämnden. Det framkommer att detta är en avvägning som har gjorts tillsammans med nämnden.

²⁶ Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2026-02-17 § 14

6.2.4.2 Internkontrollplan

Kollektivtrafiknämnden fastställde sin internkontrollplan för 2025 i oktober 2024²⁷. I internkontrollplanen ingår fem kontrollmoment. Samtliga kontrollmoment är kopplade till riskanalysen och alla kontrollmoment över 8 i riskvärde från analysen ingår. I internkontrollplanen framgår riskernas riskvärde, kontrollansvarig, frekvens av kontrollen, metod, när kontrollen ska rapporteras och till vem/vilka rapporteringen ska ske. Samtliga kontrollmoment utom "Trafikupphandling" ska rapporteras i samband med delårs- och årsbokslut. Kontrollmoment "Trafikupphandling" rapporteras enbart i helårsrapport.

6.2.4.3 Uppföljning av intern kontroll

Internkontrollplanen följdes upp i samband med nämndens delårsrapport för år 2025²⁸.

I rapporten framgår att tre kontrollmoment hade inga eller godtagbara avvikelser och två kontrollmoment hade observerade avvikelser/brister där åtgärd bör övervägas. I rapporten bedömdes att det ännu inte finns fullt ut etablerade strukturer för uppföljning och kontroll som säkerställer att verksamheten fullgör sina uppgifter, uppnår fastställda målsättningar och samtidigt bedrivs i enlighet med gällande lagstiftning och verksamhetskrav. Samtidigt konstaterades att arbetet med riskhantering i stort sett är i fas och att de särskilda internkontrollpunkter som nämnden fastställt för 2025 fortlöper enligt plan.

Den slutliga uppföljningen av internkontrollplanen skedde i februari 2026²⁹. Av uppföljningen framgår att två av kontrollerna visat på avvikelser/brister där åtgärd bör övervägas. Avvikelserna beskrivs på följande sätt:

- **Skolskjuts:** Internkontrollområdet återkommer och är beslutad i internkontrollplanen för år 2026. Detta för att fortsatt jobba med de avvikelser/brister som är identifierade och för att fortsatt utveckla interna rutiner för hanteringen av avvikelsehanteringen.
- **Avtalsuppföljning:** 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. Nya arbetssätt är ännu inte fullt etablerat och återstår att implementeras under 2026.

I uppföljningen redovisas föreslagna och vidtagna åtgärder för respektive kontroll där avvikelser noterats.

6.2.5 Kultur- och bildningsnämnden

6.2.5.1 Risk- och väsentlighetsanalys

I kultur- och bildningsförvaltningen har riskanalyser genomförts inom respektive verksamhet/enhet. Riskanalyserna har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. I nämndens internkontrollrapport beskrivs nämndens riskanalysarbete. I rapporten anges att riskbedömningen har utgått ifrån identifierade risker

²⁷ Kollektivtrafiknämnden, 2024-10-10 § 72

²⁸ Kollektivtrafiknämnden, 2025-08-22 § 52

²⁹ Kollektivtrafiknämnden, 2026-02-13 § 6

genom avvikelser, externa revisioner, myndighetsgranskningar samt utifrån verksamhetsberättelser och årsbokslut. Analysen är framtagen av förvaltningens verksamhetschefer. I några av riskanalyserna värderas risker till ett högt riskvärde, dvs. ett riskvärde över 8. Totalt sett bedöms 18 risker ha ett över riskvärdet 8. För respektive risk anges ett åtgärdsförslag. Däremot återfinns inte alltid en handlingsplan för att hantera risken. För en av verksamheterna, Fornby folkhögskola, saknas handlingsplan för samtliga risker.

Det framgår inte av protokoll att nämnden mottagit analysen i samband med fastställandet av internkontrollplanen. I faktaavstämning framkommer det att kontaktpolitiker från nämnden är delaktiga i enheternas arbete med risk- och väsentlighetsanalyser.

6.2.5.2 Internkontrollplan

Kultur- och bildningsnämnden fastställde sin internkontrollplan för 2025 i november 2024³⁰. Totalt ingick fyra kontroller inom områdena " Risken att jäv, korruption och mutor kan förekomma vid beredning och beslut av bidrag och stöd", " Åtterrapporering av delegationsbeslut", "Ekonomi" och "Organisatorisk arbetsmiljö". För kontrollerna framgår riskvärdering, kontrollansvar, frekvens, metod, tidpunkt för rapportering samt vem kontrollen ska rapporteras till. En av kontrollerna ska rapporteras senast i samband med den slutliga internkontrollrapporten i februari 2026, medan två kontroller skulle rapporteras i samband med delårs- och årsbokslut. Sista kontrollen ska även rapporteras i samband med tertiäl³¹.

Eftersom varje enhet tar fram sin egen riskanalys, där många risker liknar varandra men har olika benämningar, blir det svårt att följa hur internkontrollplanen faktiskt bygger på dessa analyser. Vissa risker som identifierats av enheterna är dessutom mycket specifika och skulle kunna omfattas av de kontrollmoment som redan fastställts i internkontrollplanen, men så är inte alltid fallet. Det framgår också otydligt hur de olika enheternas riskvärderingar har vägts samman till det övergripande riskvärdet som presenteras i internkontrollplanen. I faktaavstämning framkommer det att riskanalyserna sammanställs på förvaltningsnivå där förvaltningens ledningsgrupp gör en samlad bedömning av riskernas relevans och påverkan på nämndens ansvar. Vi har inte tagit del av annan dokumentation som stärker detta.

6.2.5.3 Uppföljning av intern kontroll

I Kultur- och bildningsnämndens delårsrapport för 2025³² lämnas en prognos³³ av resultatet för kontrollmomenten som ingår i internkontrollplanen. Där framgår att det för ett kontrollmoment, som avser organisatorisk arbetsmiljö har det observerats avvikelser/brister och att åtgärder därför bör övervägas. I uppföljningen framgår dock inte orsaken till prognosen eller eventuella åtgärder. Det framgår inte heller av rapport vad som åsyftas med prognos.

³⁰ Kultur- och bildningsnämnden, 2024-12-11 § 75

³¹ Med tertiäl åsyftas tertiälrapport 1

³² Kultur- och bildningsnämnden, 2025-09-17 § 54

³³ I rapport framgår ej om kontrollmoment har genomförts eller vad som menas med prognos

Den slutliga uppföljningen av internkontrollplanen skedde i februari 2026³⁴. Där framgår att samtliga kontrollpunkter har inga eller godtagbara avvikelser. En kort beskrivning av varje kontrollpunkt och resultat redovisas.

6.2.6 Patientnämnden

6.2.6.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Patientnämndens riskanalys för år 2025 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. I nämndens internkontrollrapport beskrivs nämndens riskanalysarbete och det framgår att underlag till riskanalysen och riskbedömningen har tagits fram utifrån input från ledningens genomgångar, avvikelser, externa revisioner, myndighetsgranskningar, verksamhetsberättelser och årsbokslut. Därtill framgår att det har genomförts en dialog i nämnden avseende risker i patientnämndens verksamhet och att risker som lyfts under dialogen inkluderats i riskanalysen.

Totalt identifierades 22 risker inom bland annat områdena/processerna "Kommunikation", "IT- och informationssäkerhet", "Oegentligheter och korruption", "Teknik" och "Ekonomi". I riskanalysen värderas tre av riskerna till ett riskvärde över 8. För samtliga risker i riskanalysen finns ett åtgärdsförslag och en handlingsplan. För sex av riskerna anges att metod och uppföljning av åtgärden är genom internkontrollplanen.

Vi noterar från tidigare års granskning att analysen för 2025 är identisk med analysen från 2024. Enligt uppgift från processledare framkommer det att det är samma kontrollpunkter som 2024, men att riskvärdena har uppdaterats. Det framkommer även att det är en liten förvaltning med fem medarbetare totalt. Slutligen uppges att arbetsformerna för analysen har ändrats inför 2026.

I tjänsteutlåtande för när internkontrollplanen fastställdes³⁵ framgår det Patientnämnden har tillsammans med tjänstepersoner från förvaltningen vid sammanträdet 2024-10-23 genomfört ett grupparbete för att utvärdera, identifiera, uppdatera och förnya föregående års internkontrollplan. Internkontrollplanen har tagits fram utifrån den dialog som skedde i patientnämnden 2024-10-23 § 65.

6.2.6.2 Internkontrollplan

Patientnämnden fastställde sin internkontrollplan för 2025 i oktober 2024³⁶. I internkontrollplanen ingår sex kontrollmoment. I internkontrollplanen framgår riskernas riskvärde, kontrollansvarig, frekvens av kontrollen, metod, när kontrollen ska rapporteras och till vem/vilka rapporteringen ska ske. Samtliga kontrollmoment ska rapporteras i tertial-, delårs- och årsrapporter.

Vi noterar att följande kontrollmoment inte återfinns i nämndens riskanalys "Samverkan med Hälso- och sjukvårdsnämnden som ansvariga för utförandet av kvalitetsförbättringar i vården". Vi noterar även att följande risker från riskanalysen med ett riskvärde över 8 inte

³⁴ Kultur- och bildningsnämnden, 2026-02-18 § 5

³⁵ Patientnämnden, 2024-10-31 § 69

³⁶ Patientnämnden, 2024-10-31 § 69

återfinns i internkontrollplanen: ”risken att vi inte når tysta patientgrupper”, ”risken att Patientnämnden drabbas av indragningar” och ”risken att Patientnämnden får färre arbetsrum”. I faktaavstämning med berörd processledare framkommer det att nämnden tillsammans med tjänstepersoner gjorde en bedömning om de viktigaste områden under sammanträde 2024-10-23 § 65 där dessa inte inkluderades.

6.2.6.3 Uppföljning av intern kontroll

Internkontrollplanen har följts upp i samband med nämndens tertialrapport³⁷ och delårsrapport för år 2025³⁸. I båda rapporterna framgår att prognosen³⁹ för samtliga kontrollmoment är att inga eller godtagbara avvikelser finns.

Den slutliga uppföljningen av internkontrollplanen skedde vid sammanträdet i mars 2026⁴⁰. Där angavs samma bedömning som i tertial- och delårsrapporten, dvs. att inga eller godtagbara avvikelser förelåg för samtliga kontrollmoment. Av rapportering framgår kortare kommentar för varje kontrollmoment.

6.2.7 Regionala utvecklingsnämnden

6.2.7.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Regionala utvecklingsnämndens riskanalys för år 2025 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. Av riskanalysen framgår vilka som har deltagit i riskanalysen och metod för genomförande. Samtliga deltagare kommer från den regionala utvecklingsförvaltningen och regionstyrelsens förvaltning.

Totalt identifierades fem risker inom processerna/områdena ”brist på projektkonom-/kommunikationsresurser från regionstyrelsen”, ”Välfärdsbrott”, ”Arbetsmiljö” och ”Konsult-/anställningsstopp”. I riskanalysen värderades två av riskerna till ett riskvärde över 8. Samtliga risker har ett åtgärdsförslag men saknar en handlingsplan.

Det framgår inte av protokoll att nämnden mottagit analysen i samband med fastställande av internkontrollplan.

6.2.7.2 Internkontrollplan

Regionala utvecklingsnämnden beslutade om sin internkontrollplan för 2025 i oktober 2024⁴¹. Internkontrollplanen ryms inom verksamhetsplanen. I internkontrollplanen ingår fem kontrollmoment. Av internkontrollplanen framgår riskernas riskvärde, kontrollansvarig, när kontrollen ska rapporteras. Utformningen av nämndens internkontrollplan skiljer sig från mallen då frekvens och metod saknas. I faktaavstämning framkommer att metod framgår under del för kontrollmoment och kontrollansvar. Samtliga kontrollmoment ska rapporteras i samband med tertial-, delårsrapport och årsrapport.

Samtliga kontrollmoment är kopplade till riskanalysen.

³⁷ Patientnämnden, 2025-05-28 § 30

³⁸ Patientnämnden, 2025-09-23 § 48

³⁹ I rapport framgår ej om kontrollmoment har genomförts eller vad som menas med prognos

⁴⁰ Patientnämnden, 2026-03-04 § 11

⁴¹ Regionala utvecklingsnämnden, 2024-10-24 § 144

6.2.7.3 Uppföljning av intern kontroll

Internkontrollplanen har följts upp i samband med nämndens tertiärrapport⁴² och delårsrapport för år 2025⁴³. I delårsrapporten framgår att prognosen för tre kontrollmoment är att inga eller godtagbara avvikelser finns. För ett av kontrollmomenten, ”risk att konsult- och anställningsstoppet påverkar förvaltningens åtaganden”, anges att avvikelser/brister observerats och att åtgärd bör övervägas. För kontrollmomentet ”Risken att förvaltningen inte får tillräckligt med kommunikationsresurser” har betydande avvikelser/brister konstaterats vilka kräver åtgärd. I delårsrapporten framgår de observationer som har gjorts. Vi kan inte utläsa några åtgärder.

Den slutliga uppföljningen skedde i verksamhetsberättelsen vid sammanträdet i februari 2026⁴⁴. Där framgick att det för två kontrollmoment observerats avvikelser/brister där åtgärd bör övervägas. Avvikelsena beskrivs på följande sätt:

- **Kommunikationsinsatser:** Region Dalarnas kommunikationsenhet har fortsatt begränsad möjlighet att bistå förvaltningen med önskade kommunikationsinsatser. Detta innebär begränsade möjligheter att möta upp förvaltningens olika kommunikationsbehov
- **Konsult- och anställningsstoppet:** 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. Anställningsstoppet har under året försvårat och försenat förvaltningens rekryteringar.

6.2.8 Servicenämnden

6.2.8.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Servicenämndens riskanalys för år 2025 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. Av riskanalysen framgår vilka som har deltagit i riskanalysen och metod för genomförande. Samtliga deltagare är från förvaltningen. I nämndens internkontrollrapport beskrivs nämndens riskanalysarbete. I rapporten framgår att underlag för riskanalysen och riskbedömning har tagits fram från ledningens genomgångar, avvikelser, externa revisioner, myndighetsgranskningar, verksamhetsberättelser och årsbokslut. Det anges vidare att det är ledningsgruppen för Regionservice, med stöd av processägare, som har identifierat och bedömt riskerna i riskanalysen.

Totalt har 25 risker identifierats inom bland annat områdena ”Hållbar utveckling”, ”Till nytta för Dalarnas invånare” och ”Ett gott medarbetarskap och ledarskap”. I riskanalysen har det gjorts en uppdelning av avslutade/avförda risker med ett riskvärde under 4. I riskanalysen bedöms fyra av riskerna ha ett riskvärde över 8. För samtliga risker utom en (”Hållbar utveckling – ekonomi”) finns åtgärdsförslag och en handlingsplan.

⁴² Regionala utvecklingsnämnden, 2025-06-04 § 66

⁴³ Regionala utvecklingsnämnden, 2025-08-27 § 87

⁴⁴ Regionala utvecklingsnämnden, 2026-02-17 § 20

Det framgår inte av protokoll att nämnden mottagit analysen i samband med fastställande av internkontrollplan.

6.2.8.2 Internkontrollplan

Servicenämnden beslutade om sin internkontrollplan för 2025 i oktober 2024⁴⁵.

I internkontrollplanen ingår fyra kontrollmoment som utgår från de risker som bedömts som högst – det vill säga risker med ett riskvärde över 8 – i nämndens riskanalys

Riskernas riskvärde, kontrollansvarig, frekvens av kontrollen, metod, när kontrollen ska rapporteras och till vem/vilka rapporteringen ska ske framgår också. Samtliga kontrollmoment ska rapporteras senast 2025-12-31.

6.2.8.3 Uppföljning av intern kontroll

Internkontrollplanen följs upp i samband med nämndens delårsrapport för år 2025⁴⁶. I delårsrapporten framgår att prognosen för samtliga kontrollmoment är att inga eller godtagbara avvikelser finns.

Den slutliga uppföljningen av internkontrollplanen skedde vid sammanträdet i februari 2026⁴⁷. Där angavs samma bedömning som vid delårsbokslutet, dvs. att inga eller godtagbara avvikelser förelåg för samtliga kontrollmoment. En kort beskrivning av varje kontrollpunkt och resultat framgick också.

6.2.9 Tandvårdsnämnden

6.2.9.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Tandvårdsnämndens riskanalys för år 2025 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. I nämndens internkontrollrapport beskrivs nämndens riskanalysarbete och det framgår att riskanalysen utarbetats övergripande på förvaltningsnivå och att nämndens ledamöter i samband med en målworkshop har haft möjlighet att diskutera risker och eventuella kontrollmoment i internkontrollplanen.

Totalt har 170 risker identifierats inom flertalet olika områden, bland annat "Utveckling", "Avtalstrohet", "Arbetsmiljö" och "Ekonomi". I riskanalysen bedöms 52 av riskerna ha ett riskvärde över 8. För samtliga risker utom tre finns ett åtgärdsförslag. Vi noterar att en risk med det högsta riskvärdet, 16, saknar åtgärdsförslag och handlingsplan.

6.2.9.2 Internkontrollplan

Tandvårdsnämnden beslutade om sin internkontrollplan för 2025 i december 2024⁴⁸. I internkontrollplanen finns sex kontrollmoment. Det framgår inte tydligt hur urvalet till internkontrollplanen har gjorts utifrån de 52 risker som har ett riskvärde över 8.

Några av riskerna har slagits samman till ett och samma kontrollmoment. I internkontrollplanen framgår riskernas riskvärde, kontrollansvarig, frekvens av kontrollen,

⁴⁵ Servicenämnden, 2024-10-24 § 50

⁴⁶ Servicenämnden, 2025-09-04 § 38

⁴⁷ Servicenämnden, 2026-02-18 § 5

⁴⁸ Tandvårdsnämnden, 2024-12-12 § 53

metod, när kontrollen ska rapporteras och till vem/vilka rapporteringen ska ske. I internkontrollplanen anges att samtliga kontroller ska rapporteras i samband med bokslutsrapporteringen 2025.

6.2.9.3 Uppföljning av intern kontroll

Internkontrollplanen har följts upp i samband med nämndens delårsrapport för år 2025⁴⁹. Av rapporten framgår att förvaltningen har valt att inte göra någon prognos över det förväntade resultatet för respektive kontroll. Skälet är att flera av kontrollerna ännu inte har genomförts, och att det därmed finns en betydande risk för att utfallet och slutsatserna skulle kunna påverkas av ett tidigare prognostiserat resultat.

Den slutliga uppföljningen av internkontrollplanen skedde vid sammanträdet i februari 2026⁵⁰. Där framgick att det för två kontroller observerats avvikelser/brister där åtgärd bör övervägas. För övriga fyra risker hade inga eller godtagbara avvikelser observerats. De kontroller där avvikelser/brister observerats är:

- **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. Stödet för händelseanalys behöver revideras.
- **Bisysslor:** Av 55 registrerade bisysslor har beslut fattats för 41. Drygt hälften av dessa är inte årligen omprövade.

6.2.10 Bedömning

Vår bedömning är att det **i allt väsentligt** genomförts dokumenterade riskbedömningar och riskanalyser för styrelsens och nämndernas verksamhetsområden

Vi konstaterar att riskanalyser har upprättats för styrelsen och de flesta nämnder. Riskanalyser saknas dock för Hälso- och sjukvårdsnämnden (hörsel och syn). Vi bedömer detta som en avvikelse som nämnden behöver säkerställa att åtgärda framöver. För Patientnämnden så kan vi inte se att någon ny analys har upprättats utan riskanalysen är identisk med tidigare års riskanalys. Riskvärden har enbart uppdaterats i internkontrollplan. Riskanalyserna har dokumenterats i den mall som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. I några nämnders/verksamheters riskanalyser noteras mindre avvikelser. Dessa avvikelser har dock inte påverkat det fortsatta internkontrollarbetet.

Vi noterar att huruvida åtgärdsförslag och handlingsplaner finns varierar mellan nämndernas riskanalyser. Vi noterar också att det i vissa riskanalyser saknas åtgärdsplaner och handlingsplaner i sin helhet, i vissa framgår åtgärdsförslag men inte handlingsplaner,

⁴⁹ Tandvårdsnämnden, 2025-09-04 § 27

⁵⁰ Tandvårdsnämnden, 2026-02-11 § 4

och i andra saknas både åtgärdsförslag och handlingsplaner. Enligt *Riktlinje för riskhantering* ska en handlingsplan/åtgärdsplan alltid upprättas och innehålla en tidplan för genomförandet av åtgärder. Vi bedömer utifrån detta att det finns ett behov av att säkerställa en enhetlig hantering avseende åtgärder och handlingsplaner för risker som identifieras i riskanalyserna.

Vi noterar vidare att arbetsätten för att identifiera och värdera risker i riskanalyserna i vissa delar skiljer sig åt i de olika nämnderna. Vissa av nämnderna är delaktiga i riskanalyserna, medan andra nämnders riskanalyser i huvudsak sker på förvaltningsnivå. Enligt fastställt målsättningsdirektiv ska nämnderna årligen bedöma risker i verksamheten. Vi bedömer att regionstyrelsen och kollektivtrafiknämnden inte har genomfört detta fullt ut då de valt att delegera delar av riskbedömningen. Utifrån gällande rutiner för riskanalyserna bedömer vi att det inte är helt tydligt hur nämnderna ska involveras i riskbedömningen och om iakttagelser i granskningen är förenliga med rutinerna. Vi bedömer därför att det behöver tydliggöras hur riskanalyserna ska genomföras så att nämnderna får tillräckliga förutsättningar att göra detta.

Vår bedömning är att styrelse och nämnder **har** upprättat internkontrollplaner. Aktiviteter bedöms **i allt väsentligt** vara i linje med riskbedömningarna och riskanalyserna.

Samtliga nämnder har upprättat och fastställt internkontrollplaner i enlighet med gällande rutiner. Vi bedömer att det för majoriteten av kontrollmomenten i internkontrollplanen finns en tydlig koppling till de risker som identifieras i riskanalysen, men vi noterar att det för vissa kontrollmoment saknas en tydlig koppling till en eller flera risker i riskanalysen. För regionstyrelsen och kultur- och bildningsnämnden beror detta på att styrelse eller nämnd inte sammanställt en gemensam riskanalys utifrån de olika verksamheterna som grund för internkontrollplanen. När det finns flera riskanalyser som inte är enhetligt skrivna och har stor variation i riskvärdering är det svårt att säkerställa att internkontrollplan följer ur riskanalys.

Enligt upprättad *Rutin för internkontrollplan* ska respektive förvaltningschef utifrån genomförd risk- och väsentlighetsanalys välja ut ett antal områden som särskilt ska behandlas inom ramen för den interna kontrollen under året. I rutinen anges att områdena/riskerna förslagsvis ska ha värderats till 8 eller högre i riskanalysen. Vi noterar vid genomgången av styrelsens och nämndernas internkontrollplaner att det förekommer risker som bedömts vara höga (dvs. en risk med riskvärde 8 eller högre) som inte har tagits upp i internkontrollplanen. Det förekommer också att risker som har värderats till lägre riskvärden har inkluderats som kontrollmoment i några av nämndernas internkontrollplaner. Vi bedömer utifrån detta att det fortsatt finns ett behov av att tydliggöra hur risker med höga riskvärden ska hanteras i relation till internkontrollplanen, vilket också påpekades i tidigare års granskning av intern kontroll.

Vår bedömning är att styrelse och nämnder **i allt väsentligt** mottagit återrapportering av intern kontroll i den utsträckning som föreskrivs i regionens styrande dokument samt i styrelsens och nämndernas internkontrollplaner.

Enligt gällande rutiner ska styrelsen och nämnderna i samband med delårsbokslut och verksamhetsberättelse skriftligen följa upp och rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen till styrelsen. Vi konstaterar att regionstyrelsen och samtliga nämnder i huvudsak har följt upp fastställda kontrollmoment vid delårsbokslut och i samband med verksamhetsberättelsen. Vi noterar dock att Hjälpmedelsnämnden inte genomfört uppföljning av kontrollmoment enligt den egna internkontrollplanen. Hjälpmedelsnämnden saknar ett kontrollmoment i delårsrapport. Samtliga kontrollmoment har följts upp på årsbasis.

Vi noterar vidare att Kultur- och bildningsnämndens rapportering av kontrollmoment i delårsrapport kan stärkas genom att beskriva de avvikelser som observerats och åtgärder som vidtagits eller planeras.

6.3 UPPFÖLJNING AV TIDIGARE REKOMMENDATIONER

I granskningen av intern kontroll år 2024 lämnades sju rekommendationer till regionstyrelsen och några av nämnderna. Resultatet av uppföljningen av dessa rekommendationer framgår i tabellen nedan.

Rekommendation	Bedömning	Kommentar
Regionstyrelsens rekommenderas se över och revidera policyn <i>Region dalarnas system för styrning och ledning</i> då dokumentets giltighetstid passerat	Kvarstår	Policy har inte reviderats. I intervju framkommer att policy bedöms gälla tills vidare

Rekommendation	Bedömning	Kommentar
Regionstyrelsens rekommenderas fortsatt tydliggöra hur risker med höga riskvärden ska hanteras i relation till styrelsens och nämndernas internkontrollplaner.	Kvarstår	I upprättade rutiner har det tydliggjorts att förvaltningschef, utifrån upprättad riskanalys, ska välja ut ett antal områden som förslagsvis har riskvärdet 8 eller högre för att ingå i internkontrollplanen under året. Vid genomgång av styrelsens och nämndernas riskanalyser och internkontrollplan noterar vi dock att det förekommer att risker med riskvärden över 8 inte tas med i internkontrollplanen. Vi ser därför ett fortsatt behov av att tydliggöra hanteringen av risker med höga riskvärden i relation till internkontrollplanen.
Regionstyrelsens rekommenderas tydliggöra hur åtgärdsförslag och handlingsplaner för identifierade risker i styrelsens och nämndernas riskanalyser ska redovisas för att säkerställa en enhetlig hantering bland styrelsen och nämnderna.	Delvis åtgärdad	I upprättade rutiner framgår att handlingsplaner ska tas fram och dokumenteras i samband med riskanalysen. Vid genomgång av styrelsens och nämndernas riskanalyser och internkontrollplan noterar vi dock att det förekommer att risker med riskvärden över 8 saknar handlingsplan. Vi ser därför ett behov av att säkerställa implementeringen av rutin.
Regionstyrelsens rekommenderas överväga att förtydliga rutinen avseende hur riskanalyser ska genomföras så att nämnden kan vara delaktiga och få goda förutsättningar att bedöma riskerna i enlighet med gällande målsättningsdirektiv.	Kvarstår	Enligt fastställt målsättningsdirektiv ska nämnderna årligen bedöma risker i verksamheten. Utifrån gällande rutiner för riskanalysarbetet bedömer vi att det fortsatt inte är helt tydligt hur nämnderna ska involveras i riskbedömningen. Vi anser därför att det kan finnas ett behov av att tydliggöra hur riskanalyserna ska genomföras så att nämnderna får tillräckliga förutsättningar att bedöma riskerna. Vid genomgång av styrelsen och nämndernas riskanalyser och internkontrollplan noterar vi att det skiljer sig åt i vilken utsträckning styrelsen/nämnderna blir involverade i riskbedömningen.

Rekommendation	Bedömning	Kommentar
Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att säkerställa att kontrollmoment som fastställts i internkontrollplanen genomförs	Åtgärdad	Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har följt upp och genomfört samtliga kontrollmomenten i internkontrollplanen i enlighet med internkontrollplanen, dvs. i samband med delårs- och årsrapport.
Hjälpmedelsnämnden rekommenderas säkerställa att riskvärderingen för respektive risk framgår av internkontrollplanen	Åtgärdad	Hjälpmedelsnämndens internkontrollplan för 2025 innehåller riskvärde för samtliga risker.
Hjälpmedelsnämnden rekommenderas säkerställa att samtliga kontrollmoment följs upp i enlighet med fastställd internkontrollplan	Delvis Åtgärdad	Hjälpmedelsnämnden har i huvudsak följt upp kontrollmomenten i internkontrollplanen i enlighet med internkontrollplanen. En kontroll saknade uppföljning i delårsrapport som enligt plan skulle följas upp då.

7 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

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

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att den interna kontrollen i styrelsen och nämnderna i allt väsentligt är tillräcklig.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi regionstyrelsen att:

- Se över och revidera policyn *Region Dalarnas system för styrning och ledning* då dokumentets giltighetstid passerat.
- Fortsätta tydliggöra hur risker med höga riskvärden ska hanteras i relation till styrelsens och nämndernas internkontrollplaner.
- Tydliggöra hur åtgärdsförslag och handlingsplaner för identifierade risker i styrelsens och nämndernas riskanalyser ska redovisas för att säkerställa en enhetlig hantering bland styrelsen och nämnderna.
- Överväga att förtydliga hur riskanalyser ska genomföras så att nämnderna kan vara delaktiga och få goda förutsättningar att bedöma riskerna i enlighet med gällande målsättningsdirektiv.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi Hälso- och sjukvårdsnämnden (syn och hörsel) och Patientnämnden att:

- Säkerställa att en årlig riskanalys genomförs inför kommande verksamhetsår i enlighet med rutin.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi Kollektivtrafiknämnden, Kultur- och bildningsnämnden, Servicenämnden och Tandvårdsnämnden att:

- Säkerställ så att identifierade risker i riskanalys har dokumenterad handlingsplan enligt mall för riskanalys.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi Regionstyrelsen och Kultur- och bildningsnämnden att:

- Sammanställa en styrelse/nämndgemensam riskanalys för att öka spårbarhet mellan riskanalys och internkontrollplan

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi Kultur- och bildningsnämnden att:

- Säkerställa att uppföljning av internkontrollplan innehåller orsak och åtgärder vid avvikelser.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi Hjälpmedelsnämnden att:

- Säkerställa att samtliga kontrollmoment följs upp i enlighet med fastställd internkontrollplan

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Kristoffer Bodin

Certifierad kommunal revisor

Tim Sahlén Starcke

Verksamhetsrevisor

Michael Wissén

Verksamhetsrevisor