

Uppföljning av Intern styrning och kontroll 2024 i Region Dalarna

Innehåll

Intern styrning och kontroll	6
Styrdokument	7
Genomförande.....	7
Granskning	7
Uppföljning av nämndernas särskilda kontrollaktiviteter 2024.....	8
Hälso- och sjukvårdsnämnd	9
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.....	9
Hälso- och sjukvårdens arbete med intern styrning och kontroll.....	9
Kontrollmiljö	9
Riskanalys.....	9
Kontrollåtgärder.....	10
Tillsyn och uppföljning	10
Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024	10
1.Säkerställa att patientsäkerhet upprätthålls genom att minimera brister i planering och förebygga kompetensbrist	11
2.Säkerställa att patientsäkerhet upprätthålls genom att medborgare med skyddad identitet hanteras korrekt	11
3.Säkerställa att sjukvård fungerar även i större kriser som ger allvarliga konsekvenser på samhälle och sjukvård	11
4.Skydda medarbetare med skyddad identitet. Kontroll av följsamhet till rutin	11
5.Säkerställa att vara en attraktiv arbetsgivare för att behålla, rekrytera och utveckla medarbetare	11
6.Säkerställa att styrning, ledning och uppföljning sker effektivt	12

7.Säkerställa att medarbetare har kännedom om utbildningsstödet från SKR” att motverka korruption inom vårdsektorn”	12
8.Säkerställa att ersättningar och lönesättningar till medarbetare sker i enlighet med gällande riktlinjer och beslut.....	12
9.Säkerställa att prissättning, leverans och kvalitet enligt tecknade avtal följs.	12
10.Säkerställ att nödvändiga resurser (ej personella) finns tillgängliga	12
11.Säkerställa att digital registrering, uppföljning och utvärdering möjliggörs och genomförs	13
Sammanfattning av ISK 2024	13
Nämnd: Hälso- och sjukvårdsnämnd	14
Förvaltning: Hörsel och syn.....	14
Hörsel och syns arbete med intern styrning och kontroll.....	14
Kontrollmiljö.....	14
Riskhantering	14
Kontrollaktiviteter	15
Information och kommunikation	15
Tillsyn och uppföljning	15
Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024	15
Sammanfattning av ISK 2024	15
Rapport - Intern styrning och kontroll Regionstyrelsen 2024.....	16
Regionstyrelseförvaltningen	16
Regionstyrelseförvaltningens arbete med intern styrning och kontroll.....	16
Kontrollmiljö.....	16
Riskanalys och styrelsens interna kontrollplan.....	16
Kontrollåtgärder.....	16
Information och kommunikation	17
Tillsyn och uppföljning	17
Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024	17
Granskningsmoment 1 - Antikorrupktion	17
Granskningsmoment 2 – Förändringsledning/riskanalyser	17
Granskningsmoment 3 - Robusthet	17
Granskningsmoment 4 – Informationssäkerhet	17
Sammanfattning av ISK 2024	18
Intern styrning och kontroll	19
Nämnd: Regionstyrelsen.....	19
Förvaltning: Regionfastigheter	19
Fastighetsförvaltningens arbete med intern styrning och kontroll	19
Kontrollmiljö.....	19

In- och omvärldsanalys – SWOT – och riskanalys	19
Kontrollaktiviteter	20
Information och kommunikation	20
Övervakande aktiviteter	20
Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024	20
Uppföljning av Internkontrollplan 2024.....	21
1. Antikorruption.....	21
2. Informationssäkerhet.....	21
3. Robusthet.....	21
Sammanfattning av ISK 2024	21
Intern styrning och kontroll 2024.....	22
Servicenämnd.....	22
Regionservice Dalarna.....	22
Regionservice arbete med intern styrning och kontroll 2024	22
Kontrollmiljö.....	22
Riskanalys.....	22
Information och kommunikation	23
Tillsyn och uppföljning	23
Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024	23
Sammanfattning av ISK 2024	23
Ekonomiska utmaningar/ systematisk uppföljning ”En hållbar framtid”	23
Inköp och upphandlingar/ avtalstrohet och inköpsrutiner.....	24
Beredskap och robusthet/ risk och sårbarhetsanalyser	24
Kompetensförsörjning/ kritiska befattningar	24
Intern styrning och kontroll.....	25
Kultur- och bildningsnämnd	25
Kultur- och bildningsförvaltningen.....	25
Kultur och bildnings arbete med intern styrning och kontroll.....	25
Kontrollmiljö.....	25
Riskanalys.....	25
Kontrollåtgärder.....	26
Information och kommunikation	26
Tillsyn och uppföljning	26
Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024	26
Granskningsmoment.....	26
Diarieföring	26
Extern webb	26

Ekonomi	26
Mutor, jäv, korruption och andra oegentligheter.....	26
Sammanfattning av ISK 2024	26
Intern styrning och kontroll Årsrapport.....	28
Tandvårdsnämnden	28
Tandvårdsförvaltningen	28
Tandvårdsförvaltningens arbete med intern styrning och kontroll.....	28
Kontrollmiljö.....	28
Arbete med att säkerställa en god kontrollmiljö	29
Riskanalys.....	30
Kontrollåtgärder.....	30
Information och kommunikation	30
Tillsyn och uppföljning	30
Mutor, jäv och korruption.....	31
Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024	32
Bilaga 1 - Debiteras uteblivandeavgift enligt gällande regelverk	32
Bilaga 2 - Granskning av följsamhet till gällande tandvårdstaxa	32
Bilaga 3 – Granskning av följsamhet till rutin behörighetsstyrning.....	32
Bilaga 4 – Upplever våra chefer att de fått en tillräckligt god introduktion i sina ledarroller	33
Bilaga 5 - Efterlever Folk tandvårdens verksamheter upprättade rutiner kopplat till kris- och katastrofberedskap. Har våra verksamheter en lokal handlingsplan för kris och beredskap.....	33
Bilaga 6 - Kan verksamheterna säkerställa tillgången på akut tandvård till befolkningen i vardagen och under semestertider genom en god kliniksamverkan.....	33
Sammanfattning av ISK 2024	33
Intern styrning och kontroll	34
Nämnd: Kollektivtrafikenämnd.....	34
Förvaltning: Kollektivtrafikförvaltning.....	34
Kollektivtrafikenämndens arbete med intern styrning och kontroll	34
Styr- och kontrollmiljö.....	34
Riskanalys.....	34
Kontrollåtgärder.....	35
Information och kommunikation	35
Tillsyn och uppföljning	35
Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024	35
Granskningsmoment 1 Utbetalning av ersättning.....	35
Granskningsmoment 2 Kompetensplanering	36
Granskningsmoment 3 Personuppgiftshantering.....	36

Granskningsmoment 4 Mutor, jäv och korruption	36
Granskningsmoment 5 Rättssäkerhet och demokrati, insyn och service	36
Sammanfattning av ISK 2024	37
Intern styrning och kontroll	38
Patientnämnden	38
Patientnämndsförvaltningen	38
Patientnämndsförvaltningens arbete med intern styrning och kontroll	38
Kontrollmiljö	38
Riskanalys	39
Kontrollåtgärder	39
Information och kommunikation	39
Tillsyn och uppföljning	39
Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2023	40
Granskningsmoment 1	40
Granskningsmoment 2	40
Granskningsmoment 3	40
Granskningsmoment 4	40
Granskningsmoment 5	40
Granskningsmoment 6	41
Sammanfattning av ISK 2024	41
Intern styrning och kontroll 2024	42
Nämnd: Hjälpmedelsnämnden	42
Förvaltning: Hjälpmedel Dalarna	42
Hjälpmedel Dalarnas arbete med intern styrning och kontroll	42
Kontrollmiljö	42
Riskanalys	42
Kontrollåtgärder	42
Information och kommunikation	43
Tillsyn och uppföljning	43
Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024	43
Granskningsmoment	43
Punkt 1	43
Punkt 2	43
Punkt 3	43
Punkt 4	44
Punkt 5	44
Punkt 6	44

Punkt 7	44
Punkt 8	44
Sammanfattning av ISK 2024	44
Intern styrning och kontroll	45
Regionala utvecklingsnämnden	45
Regionala utvecklingsförvaltningen	45
Regionala utvecklingsförvaltning-ens arbete med intern styrning och kontroll	45
Kontrollmiljö.....	45
Riskanalys	45
Kontrollåtgärder	46
Information och kommunikation	46
Tillsyn och uppföljning	46
Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024	46
Granskningsmoment 1	46
Granskningsmoment 2	46
Granskningsmoment 3	46
Sammanfattning av ISK 2024	47

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 stödande dokument.

Enligt den Regionplanen för 2024-2026 ska kompletta internkontrollplaner tas fram av nämnderna. Besluten om internkontrollplanerna för kommande år beslutades mellan oktober till 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 2024 innan årsskiftet. Under året har nämnder och förvaltningar arbetat med att genomföra internkontrollpunkterna och samtliga nämnder har lämnat en rapport till regionstyrelsen om resultatet av nämndernas arbete med internkontroll 2024.

I samband med starten av internkontrollprocessen inför 2024 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.

Under våren 2024 genomfördes en internutbildning i COSO-modellen för processledare och intresserade chefer inom regionen. Denna utbildningsinsats markerade inledningen på en långsiktig satsning för att höja kompetensen inom intern styrning och kontroll (ISK). Syftet var att etablera en gemensam förståelse för modellen samt att skapa en enhetlig metodik för hur regionens förvaltningar och nämnder arbetar med intern kontroll.

Som en direkt effekt av utbildningen har en ny process för intern styrning och kontroll utvecklats och publicerats i regionens ledningssystem på Inblick. Detta initiativ syftar till att stärka regionens förmåga att hantera risker och säkerställa efterlevnad av riktlinjer och lagkrav. Processledare och förvaltningschefer har genom denna tillgång till ett tydligt ramverk och vägledning i sitt arbete, vilket bidrar till en mer förutsägbar och effektiv hantering av styrnings- och kontrollfrågor.

Under hösten har en arbetsgrupp granskat och specificerat kraven för en ny digital modul i regionens planerings- och uppföljningsverktyg, Ledningsportalen. Denna modul ska hantera riskbedömning, skapa internkontrollplaner och förenkla uppföljningsarbetet. En av de främsta fördelarna med denna nya lösning är att den möjliggör ett gemensamt och enhetligt arbetssätt för hela regionen. Digitaliseringen av dessa processer förväntas minska beroendet av manuella Word- och Excelmallar och istället ge ett mer intuitivt och strukturerat stöd för nämnder och förvaltningar. Denna satsning ligger i linje med regionens övergripande digitaliseringsstrategi och ambitionen att effektivisera administrativa processer.

Utöver de tekniska och metodologiska förbättringarna har det även genomförts en förändring i introduktionsprogrammet för nya chefer. Numera ingår en kort men informativ introduktion till ISK-arbetet och COSO-modellens grundläggande principer. Detta initiativ förväntas bidra till en snabbare och mer effektiv implementering av intern kontroll inom regionen, samtidigt som det understryker vikten av ett systematiskt arbetssätt redan från start för nya ledare.

Ett tydligt tecken på att dessa insatser börjat ge effekt är att intresset och förståelsen för intern styrning och kontroll har ökat inom organisationen. Från politiskt håll finns nu förslag om att identifiera och implementera gemensamma internkontrollpunkter för hela regionen. Detta visar på ett ökat engagemang och en övergripande vilja att förbättra styrningen och kontrollen av verksamheten.

Sammanfattningsvis har arbetet under 2024 fortlöpigt väl, och de personer som stöttat nämnderna och förvaltningarna har utfört ett gediget arbete. Det systematiska angreppssättet genomsyrar nu regionens förvaltningar och ses som en central del av verksamhetsstyrningen. Den kontinuerliga utvecklingen av metoder och arbetssätt, i kombination med digitala verktyg och ökad kompetens, skapar förutsättningar för en mer effektiv och förutsägbar intern kontroll. Fortsatta satsningar på utbildning, digitalisering och enhetliga arbetssätt kommer vara avgörande för att säkerställa en hållbar och robust styrning av regionens verksamheter i framtiden.

Granskning

Regionens revisorer genomförde en uppföljande granskning av intern kontroll för 2023. Revisorerna

noterade att vissa rutiners giltighetstid har löpt ut. Uppdatering av giltighetstid har genomförts så långt det är möjligt. 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 Servicenämnden, Hälso- och sjukvårdsnämnden samt Kollektivtrafiknämnden 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 2024

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	6	5	
Hälso- och sjukvårdsnämnd/ Hörsel och syn	3		
Regionstyrelse / Regionstyrelsens förvaltning	2	2	
Regionstyrelse / Fastighetsnämnd	3		
Servicenämnd / Gemensam nämnd för kostsamverkan	4		
Kultur- och bildningsnämnd	3	1	
Tandvårdsnämnd	2	2	2
Kollektivtrafiknämnd	2		3
Patientnämnd	6		
Gemensam nämnd Hjälpmedel Dalarna	8		
Regional utvecklingsnämnd	1	2	
Summa	40	12	5

 Inga eller godtagbara avvikelser finns

 Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas

 Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

Av nämndernas totalt 57 stycken internkontrollpunkter för 2024 har 40 stycken punkter redovisats med resultat "inga eller godtagbara avvikelser", 12 stycken punkter med "avvikelser/ brister observerade – åtgärd bör övervägas" och 5 stycken punkter redovisats med "betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs". De punkter som bedömts som röda eller gula kommer i många fall att återkomma i kommande internkontrollplaner.

Följande nämnder har rapporterat betydande avvikelser:

Nämnd		Orsak
Tandvårdsnämnd	Debiteras uteblivandeavgift enligt gällande regelverk	Variation mellan kliniker
Tandvårdsnämnd	Kan verksamheterna säkerställa tillgången på akut tandvård till befolkningen i vardagen och under semestertider genom god kliniksamverkan	Otydligt vem som har chefsansvaret vid semester
Kollektivtrafiknämnd	Utbetalning av ersättning	Otydligt arbetssätt
Kollektivtrafiknämnd	Personuppgiftshantering	Kompetenshöjande åtgärder
Kollektivtrafiknämnd	Rättssäkerhet och demokrati, insyn och service	Brister i hantering av e-post

Ovanstående avvikelser har åtgärdats eller kommer att åtgärdas.

Jämfört med 2023 har kontrollpunkter som kräver en åtgärd minskat med 1 stycken.

Nämndernas fullständiga rapporter finns sammanställda i dokumentet Uppföljning av intern styrning och kontroll 2024 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 2024 finns utdrag ur nämndernas rapporter om intern styrning och kontroll.

Hälsö- och sjukvårdsnämnd

Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen

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.

Hälsö- 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. 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. Hälsö- 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. 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 år 2024 har arbetet med att skapa systematik för att hantera risker, intensifierats inom förvaltningen. Inför år 2024 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 2024 års verksamhetsplanering startade hälsö- 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.

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.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 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 division 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. Information och kommunikation kring verksamhetsstyrning och ekonomisk rapportering har fortlöpande givits till alla verksamhetschefer genom flertalet genomförda divisionschefs- och verksamhetschefsträffar.

Övriga kommunikationskanaler inom förvaltningen är ledningens nyhetskanal "Ledarforum". Där delges information från ledningen löpande. Förvaltningen tillhandahåller ämnesorienteringar i form av utbildningstillfällen. Sedan drygt ett år tillbaka publiceras Nyhetsbrevet Insyn som riktar sig till alla medarbetare i hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

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 hälso- och sjukvårdsnämnden samt extern revision och myndighetsgranskning.

År 2024 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.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024

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

Nr	Granskad process/moment	Resultat
1	Säkerställa att patientsäkerheten upprätthålls genom att minimera brister i planering och förebygga kompetensbrist	▲
2	Säkerställa att patientsäkerheten upprätthålls genom att medborgare med skyddad identitet hanteras korrekt.	●
3	Säkerställa att sjukvården fungerar även i större kriser som ger allvarliga konsekvenser på samhälle och sjukvård	●
4	Skydda medarbetare med skyddad identitet. Kontroll av följsamhet till rutin.	●
5	Säkerställa att vara en attraktiv arbetsgivare för att behålla, rekrytera och utveckla medarbetare.	▲
6	Säkerställa att styrning, ledning och uppföljning sker effektivt.	▲
7	Säkerställa att medarbetare har kännedom om utbildningsstödet från SKR "att motverka korruption inom vårdsektorn".	●
8	Säkerställa att ersättningar och lönesättningar till medarbetare sker i enlighet med gällande riktlinjer och beslut.	▲
9	Säkerställa att prissättning, leverans och kvalitet enligt tecknade avtal följs.	●
10	Säkerställ att nödvändiga resurser (ej personella) finns tillgängliga.	●
11	Säkerställa att digital registrering, uppföljning och utvärdering möjliggörs och genomförs.	▲

● Inga eller godtagbara avvikelser finns

▲ Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas

■ Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

1.Säkerställa att patientsäkerhet upprätthålls genom att minimera brister i planering och förebygga kompetensbrist

Kontrollmomentet innebar att säkerställa patientsäkerhet kopplat till brist av planering och brist på kompetens. Effekten av bristen kan leda till utebliven eller fördröjd vård, vårdskador med allvarliga konsekvenser såsom dödsfall.

Beslut med uppdrag gavs till hälso- och sjukvårdsdirektör vid hälso- och sjukvårdsnämnd 2024-03-26 att säkerställa arbetet med patientsäkerhet enligt verksamhetsplan samt att uppföljning sker vid tertialuppföljningar år 2024 samt i samband med återrapporering av patientsäkerhetsberättelse år 2024 (HSN 2024/1746).

Hälso- och sjukvårdens ledning har arbetat fortlöpande med planering, uppföljning och åtgärder för att säkerställa att patientsäkerhet upprätthålls.

Vid hälso- och sjukvårdsnämnd rapporterar hälso- och sjukvårdsdirektör aktuella åtgärder som planeras och resultat. Rapportering lämnas vid tertiär- och delårsbokslut samt i verksamhetsberättelsen.

Uppdrag som lämnats till hälso- och sjukvårdsdirektör genomförs, är pågående och avslutade.

Kontrollmomentet anses besvarat.

2.Säkerställa att patientsäkerhet upprätthålls genom att medborgare med skyddad identitet hanteras korrekt

Kontrollmomentet innebar att säkerställa att det i verksamheterna sker en regelbunden information om vikten av följsamhet till rutin.

I avvikelshanteringssystemet Synergi följs ärenderapport skyddad identitet/skyddade personuppgifter. Uppgifterna lämnas i Synergi vid okorrekt hantering, vid kontroll ses att antalet synergier med sökord skyddad identitet är på liknande nivå som föregående år.

Hantering av personuppgiftsincidenter hanteras genom Gemensam utlämningsfunktion.

Patientsäkerhetsavdelningen är rådgivande hur verksamheten ska hantera ärendet i Synergi.

Kontrollmomentet anses besvarat.

3.Säkerställa att sjukvård fungerar även i större kriser som ger allvarliga konsekvenser på samhälle och sjukvård

Kontrollmomentet innebar att säkerställa en fungerande sjukvård även i större kriser, att beredskapsplaner är uppdaterade och kända.

De övergripande planverken är uppdaterade. Region Dalarna har dokument i form av regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan. Varje lasarett har en egen lokal kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan. Avdelningarna har åtgärdskort och nödrutiner. Planerna på övergripande nivå är uppdaterade och kontrollerade utifrån kris och krig. Detsamma gäller för lasarettets planverk.

Nödvändiga funktioner är övade och utbildade år 2024, Regional Särskild SjukvårdsLedning, Lokal Särskild SjukvårdsLedning samt Krisledningsnämnden. Region Dalarna deltog i den nationella övningen KBÖ 24.

Säkerhet, Risk och Beredskap har under år 2024 genomfört informationsmöten kopplat till omvärldsläget och framtagandet av plan för höjd beredskap.

Region Dalarna saknar system för uppföljning av verksamheterna internt kring utbildning, åtgärdskort och nödrutiner.

Kontrollmomentet anses besvarat.

4.Skydda medarbetare med skyddad identitet.

Kontroll av följsamhet till rutin

Kontrollmomentet innebar att motverka att personuppgifter röjs för medarbetare med skyddad identitet.

Personalenheten följer rutinen kring medarbetare med skyddad identitet och följer processer enligt ansvarsfördelning.

HSA-förvaltning följer rutinerna gällande medarbetare med skyddade personuppgifter i personalprocesserna.

Gemensam utlämningsfunktion har medarbetare med ansvar för området.

Vid sökande i Servicedesk ärendehanteringssystem hittas inte ärenden med avvikelser.

Kontrollmomentet anses besvarat.

5.Säkerställa att vara en attraktiv arbetsgivare för att behålla, rekrytera och utveckla medarbetare

Kontrollmomentet innebar att säkerställa att vara en attraktiv arbetsgivare genom medarbetarenkäten som har genomförts årligen.

På grund av ekonomiskt läge beslutade regionledningen att inte genomföra medarbetarenkät under år 2024.

Planen är att genomföra ny enkät år 2025.

Kontrollmomentet anses besvarat.

6.Säkerställa att styrning, ledning och uppföljning sker effektivt

Kontrollmomentet innebar att säkerställa en effektiv styrning, ledning och uppföljning.

Utifrån rådande system finns en kvalitetssäkrad styrning med följsamhet till lagd budget.

Åtgärder är vidtagna för att nå en ekonomi anpassad till rådande budget.

Åtgärderna följs genom budget- och uppföljningsprocess i månads-, tertial-, delår- och helårsrapporter av ekonom/controller.

Rapportering ekonomi sker varje mötestid vid hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp och vid hälso- och sjukvårdsnämnd.

Kontrollmomentet anses besvarat.

7.Säkerställa att medarbetare har kännedom om utbildningsstödet från SKR” att motverka korruption inom vårdsektorn”

Kontrollmomentet innebar att säkerställa information till medarbetare.

Genom stöd från personalenheten lämnas löpande information till medarbetare om utbildningsstöd.

Digital utbildning i visselblåsarlagen: en digital utbildning om visselblåsarlagen har erbjudits samtliga chefer under slutet av år 2024. Utbildningen inkluderar praktisk vägledning om hur visselblåsarfunktioner ska implementeras och hanteras, samt hur lagen skyddar medarbetare som anmäler oegentligheter

Kontinuerligt arbete pågår för att stärka den etiska kulturen inom organisationen genom regelbundna dialoger och utbildningsinsatser.

Redovisningsavdelningen har inte observerat några exempel på jäv, mutor, korruption eller andra oegentligheter i ordinarie kontroller.

Kontrollmomentet anses besvarat.

8.Säkerställa att ersättningar och lönesättningar till medarbetare sker i enlighet med gällande riktlinjer och beslut.

Kontrollmomentet innebar att säkerställa att påtala följsamhet till riktlinjer.

Särskilda åtgärder har initierats för att säkerställa en ändamålsenlig kontroll och hantering av ersättningar som avviker från centrala och lokala kollektivavtal, samt att redovisa en fördjupad analys med syftet att identifiera ett eventuellt överutnyttjande av ersättningar. Personalenheten har redovisat uppdrag för Regiondirektör.

Arbete för förstärkt hantering av övertidsersättning under år 2024, det ses en kraftig minskning under året. Särskilt arbete har initierat riktat mot lönetillägg.

Kontrollmomentet anses besvarat.

9.Säkerställa att prissättning, leverans och kvalitet enligt tecknade avtal följs.

Kontrollmomentet innebar att säkerställa åtgärder för uppföljning.

Åtgärder har utförts inom befintliga samverkansavtal och vid förlängning av samverkansavtal för att säkerställa korrekt pris, kvalitet och leverans av avtalschef.

Implementering av mall för självkostnad kopplat till längre konsultuppdrag inom sjukvårdsregionen, effekten blir ett lägre pris per timme för regionen i jämförelse med tidigare konsultavtal. Mall har också införts för självkostnad kopplat till antalet konsultdagar. Åtgärderna bedöms minska regionens kostnader kommande år.

Upphandlingsavdelningen är tillgängliga och lyhörda för verksamheternas behov av stöd kring reklamation och agerar vid behov.

Under de två senaste åren har fyra avtalscontrollers tillsatts för att följa upp prioriterade avtal.

I regionens chefsutbildning är kontinuerligt upphandlingschef med. Vid behov erbjuds verksamhetsbesök.

Kontrollmomentet anses besvarat.

10.Säkerställ att nödvändiga resurser (ej personella) finns tillgängliga

Kontrollmomentet innebar att arbete i samband med beredskap säkerställer tillgång till nödvändiga resurser (ej personella).

Säkerhet, Risk och Beredskap (SRB) arbetar, utifrån sin funktion, att påtala för förvaltningarna att det

behöver finnas en robusthet/plan för att hälso- och sjukvård ska klara sitt uppdrag i en fredstida kris eller krig. Det är allt från att säkerhetsställa en robusthet inom el, vatten, värme, kyla, kost, materiel, drivmedel, läkemedel och så vidare.

Beslut sker inom förvaltningarna. För att nå en enighet inom regionen, vad som ska prioriteras, hur arbetet skall skötas och vilka medel som skall tillskapas behöver det finnas tydliga processer och en tydlighet i frågorna hur hantering inom regionen.

Regionen är en del av uppbyggnaden av totalförsvaret med samhällsviktig verksamhet.

Kontrollmomentet anses besvarat.

11. Säkerställa att digital registrering, uppföljning och utvärdering möjliggörs och genomförs

Kontrollmomentet innebar att säkerställa digital registrering.

Under 2024 har systemet Ledningsportalen provats som digital uppföljning av tertial- och delårsrapportering. Även återslagrapportering av en ekonomi i balans har skett via Ledningsportalen, men inget annat egenkontrollsområde.

Regionstyrelsens förvaltning har haft uppdraget att leda, utvärdera och anpassa Ledningsportalen. Förvaltning Hälso- och sjukvård har deltagit och återkopplat utmaningarna med Ledningsportalen.

Förvaltning Hälso- och sjukvård deltar i regionens övergripande arbete med att införa Ledningsportalen på ett säkert sätt. Arbetet har hittills inte breddats till alla egenkontrollsområden.

Kontrollmomentet anses besvarat.

Sammanfattning av ISK 2024

Enligt beslut i landstingsfullmäktige 2017 om att utgå från COSO ramverk, har intern styrning och kontroll kommunicerats i ledningsgrupper och på chefsutbildningar. Den process för internkontroll som identifierades under 2017 har följts och ingår systematiskt i processen för ledning och styrning. Internkontrollen innefattar samtliga fem komponenter i ramverket där riskidentifieringen har en central roll.

Följande 11 områden har utgjort internkontrollpunkter för 2024 års internkontrollplan för hälso- och sjukvård (HSN 2023/7301).

1. Säkerställa att patientsäkerheten upprätthålls genom att minimera brister i planering och förebygga kompetensbrist.
2. Säkerställa att patientsäkerheten upprätthålls genom att medborgare med skyddad identitet hanteras korrekt.

3. Säkerställa att sjukvården fungerar även i större kriser som ger allvarliga konsekvenser på samhälle och sjukvård.
4. Skydda medarbetare med skyddad identitet. Kontroll av följsamhet till rutin.
5. Säkerställa att vara en attraktiv arbetsgivare för att behålla, rekrytera och utveckla medarbetare.
6. Säkerställa att styrning, ledning och uppföljning sker effektivt.
7. Säkerställa att medarbetare har kännedom om utbildningsstödet från SKR” att motverka korruption inom vårdsektorn”.
8. Säkerställa att ersättningar och lönesättningar till medarbetare sker i enlighet med gällande riktlinjer och beslut.
9. Säkerställa att prissättning, leverans och kvalitet enligt tecknade avtal följs.
10. Säkerställ att nödvändiga resurser (ej personella) finns tillgängliga.
11. Säkerställa att digital registrering, uppföljning och utvärdering möjliggörs och genomförs.

Samtliga 11 kontrollpunkter har genomförts och för kontrollpunkt 1, 5, 6, 8 och 11 vidtas åtgärder. Större del av kontrollmomenten kommer även att genomföras under år 2025 enligt hälso- och sjukvårdsnämndens beslutade internkontrollplan för hälso- och sjukvård (HSN 2024/5676).

Åsa Dederling

*Förvaltningschef
Hälso- och sjukvårdsnämnden*

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. Här återges gällande rutiner, arbetsbeskrivningar, ansvar och roller samt hur uppföljning skall ske. Ledningssystemet är under ständig utveckling.

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

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 2024 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 2024 års verksamhetsplanering startade ledningsgruppen för Hörsel och syn med att systematiskt identifiera de risker som kan innebära att verksamheten inte når uppsatta mål. Denna aktivitet har även utförts på chefsträffar för att uppmärksamma risker och hot som föreligger i verksamheten.

Kontrollaktiviteter

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.

Hörsel och syn 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 verksamhet 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 chefer via ledningsgruppens möten.

Övriga kommunikationskanaler inom förvaltningen är ledningens nyhetskanal "Ledarforum". Där delges information från ledningen löpande. 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 Hälso- och sjukvårdsnämnden samt extern revision och myndighetsgranskning.

År 2024 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.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024

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

Nr	Granskad process/kontrollmoment	Prognos helår
1	Att medarbetare inte hamnar i för hög arbetsbelastning relaterat till uppdämt vårdbehov	
2	Att reservrutiner för alternativ kommunikation finns upprättat	
3	Kontroll av att informationssäkerhetsrund genomförts på alla avdelningar	

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

Kontrollmoment 1 och 3 genomfördes med anmärkning och finns dokumenterade i uppföljningen.

Sammanfattning av ISK 2024

Under 2023 inför 2024 års internkontrollplan, har riskidentifiering- och riskbedömning genomförts. Analyserna låg till grund för 2024 års internkontrollpunkter.

Internkontrollpunkterna har följts upp och redovisas till Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Linus Nielsen

Förvaltningschef

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Rapport - Intern styrning och kontroll Regionstyrelsen 2024

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

Policyns 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 linjefestens 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 2024 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 genom input från 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.

2024 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 2024

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

Nr	Granskad process/kontrollmoment	Utfall helår
1	Antikorrupcion - Följa upp att reviderad antikorrupcionspolicy implementeras	▲
2	Förändringsledning - Följa upp att risk- och konsekvensanalyser genomförs och att adekvata insatser är föreslagna utifrån perspektiven ekonomi, arbetsmiljö och kvalitet	●
3	Robusthet - Säkerställa att risk- och sårbarhetsanalys (RSA) genomförs på varje enhet	▲
4	Informationssäkerhet - Säkerställa att gällande rutiner följs upp	●

● Inga eller godtagbara avvikelser finns

▲ Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas

■ Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

Granskningsmoment 1 - Antikorrupcion

Arbetet med att revidera antikorrupcionspolicyn har under året ersatts av ett större arbete gällande uppförandekod för Region Dalarna, där antikorrupcion ingår. Uppförandekoden kommer att beslutas under första halvåret 2025 för att därefter implementeras.

Granskningsmoment 2 –

Förändringsledning/riskanalyser

Riskanalyser med tillhörande handlingsplaner upprättade på alla enheter.

Granskningsmoment 3 - 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 4 – Informationssäkerhet

Informationssäkerhetsamordnare har under året genomfört inventeringar av informationstillgångar tillsammans med förvaltningens enheter/avdelningar. Utifrån inskickat underlag från enheterna, "Egenkontroll för efterlevnad av informationssäkerhetsarbete", uppfylls alla punkter förutom att det råder tveksamheter kring vem som är närmaste personuppgiftsföreträdare (PUF).

Samtliga enheter har under året dessutom gått igenom riktlinjen "Informationssäkerhet och dataskydd för användare - Del A".

Sammanfattning av ISK 2024

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 fyra särskilda granskningsområden.

Internkontroll, uppföljning 2024 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 antikorruption och robusthet beskrivna ovan.

Karin Gunnars Hellgren

Tf 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 allvariga 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.

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 2023-12-11, fastställdes den aktuella kontrollplanen för 2024. Enligt planen ska uppföljning av kontrollplan och återkoppling ske årligen.

Efter Fastighetsnämndens upphörande vid årsskiftet 2023-01-01 har Regionstyrelsens tagit över Fastighetsnämndens ansvarsområden. Internkontrollen för 2024 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 2024 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 2024 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 av- rapportering 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 2024 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 2024

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

Nr	Granskad process/moment	Resultat
1	Antikorruption	
2	Informationssäkerhet	
3	Robusthet	

 Inga eller godtagbara avvikelser finns

 Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas

 Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

Uppföljning av Internkontrollplan 2024

Nedan följer en sammanställning av resultat per kontrollområde:

1. Antikorrruption

Riktlinjen mot korruption, mutbrott och jäv är ajourhållen och kommunicerad för alla medarbetare vid APT 2024-12-29. Dilemmakort har presenterats till alla medarbetare som diskussionsunderlag kring olika situationer där mutbrott och jäv kan uppstå.

2. Informationssäkerhet

Rutinen gällande informationssäkerhet har kommunicerats till alla medarbetare via mail och i dialog i funktionerna. Informationssäkerhetsansvarig följer upp att medarbetare gått anvisade utbildningar enligt utbildningsplanen.

3. Robusthet

Kontrollen visade att risk- och sårbarhetsanalys (RSA) uppdaterades i dec 2024.

Sammanfattning av ISK 2024

Internkontroll, uppföljning 2024 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*

Intern styrning och kontroll 2024

Serviceenämnd

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.

Regionservice 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

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

Regionservice arbete med intern styrning och kontroll 2024

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. Serviceenämnden 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 RsD 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 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.

Som en del av 2024 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 2024.

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 RsD 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 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 avvikelse-

hanteringssystem 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 2024 har uppföljning skett på förvaltningsnivå enligt plan. Avrapportering om förvaltningens rådande läge och utveckling har fortlöpande återkopplats till Servicenämnden.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024

2024 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 "En hållbar framtid"	●
2	Inköp och upphandlingar/avtalstrohet och inköpsrutiner	●
3	Beredskap och robusthet/risk och sårbarhetsanalyser	●
4	Kompetensförsörjning/kritiska befattningar	●

● Inga eller godtagbara avvikelser finns

▲ Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas

■ Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

Kontrollpunkten från 2023 gällande patientenkät efter införandet av det nya måltidssystemet, som inte kunde genomföras enligt plan, har genomförts under 2024. Kontrollen visar på ett gott patientbetyg.

Sammanfattning av ISK 2024

För verksamhetsåret 2024 har Regionservice identifierat och arbetat med fyra områden för internkontroll. Dessa är följande:

Ekonomiska utmaningar/ systematisk uppföljning "En hållbar framtid"

Verksamhetens ekonomiska utfall har följts upp löpande varje månad på samtliga ledningsnivåer. Särskilt fokus har lagts på uppföljning av de beslutade

åtgärderna i handlingsplanen för ekonomi i balans, "En hållbar framtid för Dalarna".

Statusen för handlingsplanen har återrapporterats i samband med varje nämndssammanträde.

Inköp och upphandlingar/ avtalstrohet och inköpsrutiner

Ett arbete kring att förtydliga förvaltningens avtalsprocess påbörjades under våren. Detta arbete har fortsatt under året och har även involverat kompetens från upphandlingsavdelningen.

Kontroller på genomförda inköp påbörjades under sommaren och omfattar inköp genomförda under hela 2024. Kontrollerna visar att ett fåtal inköp till mindre belopp har genomförts utan korrekt avtalsupphandling. Ansvarig chef har underrättats i dessa fall. Kontrollen indikerar att andelen ej korrekt genomförda inköp har minskat jämfört med samma kontroll under 2023.

Förvaltningen kommer även framledes att samverka med upphandlingsavdelningen och löpande informera cheferna om inköpsprocessen.

Beredskap och robusthet/ risk och sårbarhetsanalyser

Inom ramen för regionens arbete med Plan för höjd beredskap har risk- och sårbarhetsanalyser per process tagits fram. Information om dessa har skett i respektive ledningsgrupp inom förvaltningen.

Under hösten har ett arbete inletts i syfte att komplettera risk- och sårbarhetsanalyserna. Med utgångspunkt i kritiska aktiviteter håller kontinuitetsplaner på att tas fram för samtliga verksamheter. Arbetet kommer att fortlöpa under hela nästkommande år.

Kompetensförsörjning/ kritiska befattningar

Inom Regionsservice har vi identifierat kritiska befattningar inom fastighetsdriften. Förvaltningen har vidtagit åtgärder för att säkerställa långsiktiga kompetensbehov och de kritiska befattningarna är tillsatta.

Regionsservice kommer att beskriva sitt framtida arbete med kompetensförsörjning i verksamhetsplanerna, baserat på regionens nyligen uppdaterade kompetensförsörjningsstrategi.

Under det senaste året har Regionsservice arbetat intensivt med omställningar på grund av personalminskningar, som en del av arbetet för att uppnå en ekonomi i balans. Fokus har legat på att säkerställa rätt kompetenser för att upprätthålla verksamheten.

Samtliga internkontrollpunkter och aktiviteter samt en detaljerad beskrivning av förvaltningens kvalitetsarbete finns beskrivet i dokumentet Regionsservice Plan för intern styrning och kontroll 2024, SN2023/182.

*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 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.

Inför 2024 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 2024 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 2024

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

Nr	Granskad process/moment	Resultat
1	Diarieföring Samtliga verksamheter inom förvaltningen diarieför i Evolution och hanterar sina handlingar enligt dokumenthanteringsplanen.	▲
2	Extern webb Målgruppsanpassad och relevant information. Samtliga förvaltningens verksamheter finns representerade.	●
3	Ekonomi Ekonomi i balans.	●
4	Mutor, jäv, korruption och andra oegentligheter Samtal om gränsdragningar och etiska överväganden.	●

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

Granskningsmoment

Diarieföring

En dokumenthanteringsplan med förteckning över nämndspecifika handlingar har tagits fram och medvetenheten om vikten att diarieföra offentliga handlingar är hög.

Extern webb

Information och texterna på den externa webben har kortats ner och anpassats till målgrupperna. Samtliga förvaltningens verksamheter finns representerade. Även Pluswebben har uppdaterats.

Ekonomi

Kontinuerlig uppföljning av förvaltningens ekonomi har genomförts enligt fastställda riktlinjer.

Mutor, jäv, korruption och andra oegentligheter

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

Sammanfattning av ISK 2024

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.

Kultur- och bildningsnämndens internkontrollplan för 2024 har följts upp på både verksamhets- och förvaltningsnivå enligt plan och målen i internkontrollplanen är helt eller delvis uppfyllda.

Kristine Brosjö

*Förvaltningschef
Kultur- och bildningsnämnd*

Intern styrning och kontroll

Årsrapport

Dnr: TVN 2025/20

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 allvariga 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.

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.

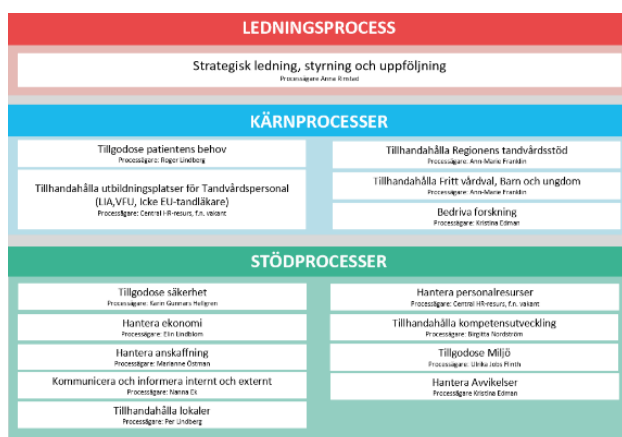
I all väsentlighet utgör styrande dokument på regionnivå och tandvårdsförvaltningens

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 under våren och sommaren 2024 enligt fastslagen process. En utmanande faktor är den flytt av övergripande styrande dokument som regionstyrelsens förvaltning genomför succesivt från INTRA till Inblick vilket innebär att kopplingar och länkar bryts utan att källskribenter får kännedom om detta. Problematiken är något förvaltningen får leva med och åtgärda succesivt. Processägaren för Tandvårdsförvaltningens ledningssystem bevakar utvecklingen centralt.



Ingen justering av delegeringsbestämmelserna har skett i Tandvårdsnämnden under 2024. Senaste beslutade versionen beslutades av Tandvårdsnämnden 2022-11-17 (Dnr:TVN:2022/181). Planerad uppdatering av både delegeringsbestämmelser och verkställighetsbestämmelser var tänkt att göras i samband med implementering av ny förvaltningsorganisation hösten 2024, men politiken ställde sig inte bakom liggande förslag varpå förändring ej blev verklighet.

Tandvårdsnämnden har under året genomfört 7 stycken nämndsammanträden. Nämnden har på samtliga nämndmöten genomfört uppföljning avseende verksamhetens fortloppande utveckling, produktion ekonomi och personal. Rapportering och uppföljning har skett av de mål, nyckeltal och aktiviteter som beslutades inför 2024. Fördjupad uppföljning har sedan skett i samband med delårsbokslut och årsbokslut.

Tidigare år har förvaltningen rapporterat om att ekonomistödet varit bristfälligt och ansträngt, vilket

inneburit att processförbättringar inte har måkats med. Under 2024 har denna uppmärksamade brist åtgärdats genom en stadigvarande bemanning inom ekonomifunktionen. Dock kan förvaltningsledning fortsatt slå fast att det fortfarande finns utvecklingspotential gällande verksamhets- och ekonomiuppföljningsprocessen. I föregående års rapport fastslog förvaltningsledning att det ansträngda läget inom ekonomifunktionen resulterade i att ingen särredovisning upprättades för 2022. Även denna brist är åtgärdad och för 2023 har controllers inom Tandvårdsförvaltningen och tandvårdsstöd (beställaren) upprättat särredovisningen gemensamt, vilket innebär att kunskapen om särredovisning numera är spridd på flera personer.

Inför 2025 kan kontrollmiljön tillfälligt komma att försämrats då två personer i förvaltningsledningen har gått vidare till andra tjänster inom Region Dalarna. För att minska risken att något område tappas bort har ansvarsområdena för de olika processerna fördelats ut och dokumenterats på kvarvarande personer i förvaltningsledningen.

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.

I slutet på maj genomförde Tandvårdsnämnden en målworkshop där tidigare styrande mål för 2025 diskuterades och reviderades. Detta arbete resulterade i ett nytt mål i 2025 års verksamhetsplan.

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.

Under första kvartalet 2024 genomförde Kvalitet- och utvecklingsfunktionen en introduktionsdag i "caseformat" med syftet att ge nytilsatta chefer

kunskap i Folk tandvårdens ledningssystem
uppbyggnad.

Ris kanalys

Ris kanalys syftar till att identifiera och utvärdera de väsentligaste riskerna i verksamheten. En väl genomförd ris kanalys 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 ris kanalysen är det även viktigt att identifiera eventuella risker för bedrägeri och oegentligheter.

Arbete med ris kanalys och riskhantering

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

Ledningens genomgång genomfördes 2024-04-12 med förvaltningsledning och åtgärdsplan inom områden med uppmärksammade brister och risker upprättades.

På den målworkshop som förvaltningsledning genomförde med Tandvårdsnämnden i maj fick nämndledamöterna särskild tid att diskutera övergripande verksamhetsrisker. De identifierade riskerna har integrerats i förvaltningens övergripande riskhantering. Under och efter workshopen har nämndledamöterna uppmanats att återkoppla granskningsområden som skulle vara relevanta för internkontrollplanen för år 2025.

Kontrollåtgärder

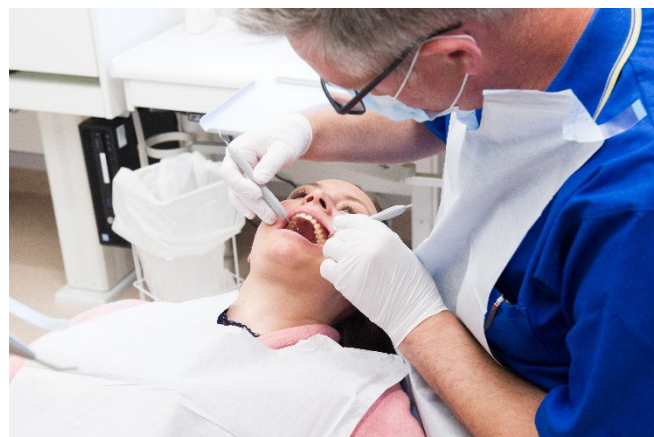
Kontrollaktiviteter är de åtgärder och rutiner som utarbetas för att fel ska upptäckas, åtgärdas och/eller förebyggas. Aktiviteterna kan vara inbyggda i såväl organisationsstruktur som rutiner.



Tandvårdsförvaltningen har sitt kontrollsystem inbyggt i ledningssystem och överenskomna arbetssätt. Där framgår hur kontroll och uppföljning sker. Utifrån dokumenterad ris kanalys 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. Under våren har exempelvis stickprovs-kontroller av hygien på behandlingsrummen gjorts på ett antal kliniker (så kallade ATP-mätningar), och resultatet av kontrollen var positiv.



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 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 2024 är internrevisionsarbetet pausat pga. rådande besparingsåtgärder. Under 2025 kommer Kvalitet och utvecklingsfunktionen genomföra internrevision mot verksamheterna gällande de icke kliniska processerna. Förvaltningens kvalitetstandläkare kommer att ansvara för internrevision av de kliniska processerna.



Förvaltningen under året deltagit i flertalet externa revisionsinsatser och granskningar.

- Granskning av intern kontroll 2023
- Granskning välfärdsbrottslighet
- Granskning av Region Dalarnas ledningssystem

2023 års granskning

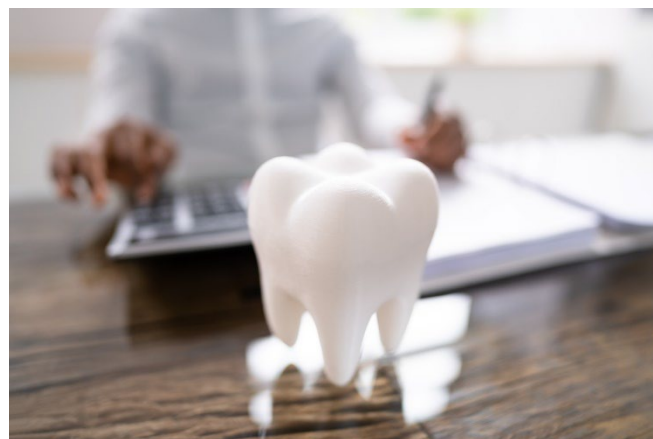
Under 2023 fick förvaltningen tillsammans med regionstyrelsen kritik gällande att lagerhanteringen i regionen inte hanterades lika i de olika förvaltningarna. Ingen förändring av avseende lager och förrådsinventeringar har skett inför 2024 års bokslut. Central redovisningsavdelning äger ärendet att föra dialog med förvaltningsledning om lagerhanteringen ska förändras inom förvaltningen.

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 har två internkontrollgranskningar gällande debitering av kliniska åtgärder samt debitering av uteblivandeavgift genomförts vilka båda är områden som kan kopplat till välfärdsbrottslighet, oegentligheter och jämlikhet. Resultatet återfinns längre ner i denna rapport.

Inför 2024 upprättades en ny treårsplan kopplat till antikorruption, vilken finns publicerad i förvaltningens arbetsrum. Vidtagna åtgärder under året finns dokumenterade i planen som efter publicering även fungerar som en "loggbok" över vidtagna åtgärder.



Externrevisionsgranskning välfärdsbrottslighet

Under 2024 genomfördes en extern revision inom området välfärdsbrottslighet där tandvårdsförvaltningen var en av flera förvaltningar som granskades. I stort finner revisorerna att förvaltningen har ett väl inarbetat arbete kopplat till att motverka välfärdsbrottslighet, men rekommenderar nämnden likt övriga granskade nämnder att fortsätta arbeta aktivt på området.

Följande rekommendationer ges:

- Öka medvetandegraden om välfärdsbrott bland all personal genom utbildningar, case- och scenarioövningar, diskussionsmaterial för APT och vid medarbetarsamtal eller andra riktade insatser.
- Säkerställ att verksamheter på alla organisatoriska nivåer omvärlds bevakar, eller tar del av centralt sammanställd omvärldsbevakning, för att få kunskap om hur välfärdsbrott kan ta sig uttryck inom deras specifika verksamhetsområde och vilka erfarenheter andra regioner har haft.
- Säkerställ att varje verksamhetsområde, med utgångspunkt i lokala riskanalyser, identifierar vilka indikatorer som skulle kunna signalera att välfärdsbrott eller andra oegentligheter pågår. Inventera var det saknas rutiner eller kontroller för att löpande bevaka dessa och stärka kontrollen, vid behov även i form av förvaltningsöverskridande kontroller.

Några av vidtagna åtgärder på antikorrupsionsområdet under 2024 är:

- Inkluderat text om jäv i kallelsen till tandvårdsnämndens möten för att uppmärksamma ledamöterna att de själva ansvarar för att bedöma om de på något sätt kan anses vara jäviga i beslutsfråga som hanteras i nämnden.
- Tandvårdsnämndens ordförande har i mail uppmanat samtliga ledamöter inom Tandvårdsnämnden att genomgå SKRs e-utbildning i antikorrupsionsbekämpning.
- Genomfört ledningens genomgång 12/4 där antikorrupsionsarbetet var egen punkt på agendan.
- Introduktionsdag för nya chefer och kliniksamordnare där de genom case- och scenarioövningar fick lösa uppgifter som bland annat hade kopplingar till välfärdsbrottslighet.
- Uppdatering av förvaltningsspecifik rutin "antikorruption" genomfört 2024-07-01.
- Internkontrollgranskning tar vi rätt betalt av våra patienter.

Samtliga vidtagna åtgärder finns dokumenterade i handlingsplan för antikorruption 2024-2026 som finns publicerad i förvaltningens arbetsrum.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024

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

Bilaga	Granskad process/kontrollmoment	utfall
1	Debiteras uteblivandeavgift enligt gällande regelverk	■
2	Tar vi rätt betalt utifrån gällande tandvårdstaxa?	▲
3	Granskning av följsamhet till rutin "behörighetsstyrning"	▲
4	Upplever våra chefer att de fått en god introduktion i sina ledarroller?	●
5	Efterlever Folktandvårdens verksamheter upprättade rutiner kopplat till kris- och katastrofberedskap. Har våra verksamheter en lokal handlingsplan för krisberedskap.	●
6	Kan verksamheterna säkerställa tillgången på akut tandvård till befolkningen i vardagen och under semestertider genom god kliniksamverkan	■

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

Bilaga 1 - Debiteras uteblivandeavgift enligt gällande regelverk ■

Granskningen visar att de flesta verksamheter är införstådda i gällande regelverk men att det finns variation mellan klinikerna. 3 kliniker visar större avvikelser i granskningen. Åtgärder bör planeras in för att höja medvetandegraden och följsamheten till regelverket.

Bilaga 2 - Granskning av följsamhet till gällande tandvårdstaxa ▲

I 96% av granskade journaler har betalning skett enligt gällande rutin eller enligt en i journalen dokumenterad överenskommelse. I de fall avvikelser (9 stycken) gällande debitering skett, avser merparten att behandlarna har tagit en högre åtgärd än daganteckningarna stödjer. Totalt sett granskades 90 journaler.

Bedömningen är att uppmärksammas granskning bör föranleda utbildningsinsats kring vilken dokumentation, eller vilka moment, som krävs för att debitera vissa åtgärder.

Bilaga 3 – Granskning av följsamhet till rutin behörighetsstyrning ▲

Granskningen utfördes under 2023 med omfattande avvikelser på samtliga granskade verksamheter varpå Tandvårdsnämnden beslutade att granskningen skulle utföras även under 2024.

Jämfört med föregående års resultat kan en stor förbättring i följsamhet till att avsluta behörigheter när medarbetare byter eller avslutar en anställning ses. 10 kliniker helt godkända och 12 kliniker har maximalt en avvikelse. Dock finns det fortsatt 3 kliniker som inte fått till ett arbetssätt för att säkerställa att rutinen följs. Klinikerna har efter granskningens genomförande blivit

kontaktade och fått information om att följsamheten behöver förbättras.

Bilaga 4 – Upplever våra chefer att de fått en tillräckligt god introduktion i sina ledarroller ●

Generellt sett så är bedömningen att cheferna upplever att de får en god introduktion när de påbörjar sitt chefskap inom Folk tandvården Dalarna. De områden som förvaltningen behöver fundera på hur man kan utveckla introduktionen ytterligare är följande:

- Uppföljningsprocessen (ekonomiuppföljning och verksamhetsuppföljning)
- Fakturahantering

Bilaga 5 - Efterlever Folk tandvårdens verksamheter upprättade rutiner kopplat till kris- och katastrofberedskap. Har våra verksamheter en lokal handlingsplan för kris och beredskap ●

Granskningen utförd med gott resultat. Bedömningen är att verksamheterna i stort har uppdaterat handlingsplanerna i takt med att förvaltningen har utarbetat tydligare rutiner för hur beredskapen ska fungera. Även lagerhållningen gällande skyddsmaterial, tandvårdsmaterial och läkemedel inom Folk tandvården Dalarna i stort bedöms som god. Däremot uppger flertalet verksamheter att man behöver öva på längre driftstopp då man aldrig har ställts inför detta i praktiken. Förvaltningen bör även fortsätta att arbeta med att höja beredskapen då exempelvis röntgensystemet är en begränsande faktor idag vid längre driftstopp. Detta är en del av det beredskapsarbete som pågår på förvaltningsövergripande nivå.

Bilaga 6 - Kan verksamheterna säkerställa tillgången på akut tandvård till befolkningen i vardagen och under semestertider genom en god kliniksamverkan ■

Generellt sett så bedömer vi att hänvisningar fungerar till andra kliniker via informationskanalerna 1177 och TeleQ även om informationen gällande hänvisning av akuta patienter skulle kunna vara tydligare på några kliniker.

Att granskningen har fått färgen röd är att större brist uppmärksammandes där flertalet medarbetare (tillfrågade receptionister och kliniksamordnare) inte visste vem som hade chefsansvaret på kliniken när ordinarie chef hade semester. Detta var en brist som förvaltningsledningen reagerade på direkt och verksamhetscheferna beordrades att vidta åtgärder direkt innan semestern.

Sammanfattning av ISK 2024

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 2024 är genomförda och resultatet avrapporteras till Tandvårdsnämnden 2025-02-19 i separata bilagor samt via denna årsrapport.

Falun 2024-12-31

*Sofia Knöös
Förvaltningschef
Tandvårdsförvaltningen*

Intern styrning och kontroll

Nämnd: Kollektivtrafiknämnd

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.

Förvaltning: Kollektivtrafikförvaltning

Intern styrning och kontroll 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.

Region Dalarnas 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

Policyn "Region Dalarnas system för styrning och ledning" beskriver principerna för den interna styrningen och kontrollen inom Region Dalarna. Kopplat till policyn beskrivs styrmodellen och metoder som säkerställer en god styrning och kontroll i "Region Dalarnas målsättningsdirektiv gällande styrmodell"

Kollektivtrafiknämndens arbete med intern styrning och kontroll

Arbetet 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;

- Styr- och kontrollmiljö
- Riskanalys
- Kontrollåtgärder/aktiviteter
- Information och kommunikation
- Tillsyn och uppföljning.(uppföljning och utvärdering)

Arbetsättet ska genomsyra både den strategiska som den operativa nivån, säkerställa följsamhet till regler/beslut samt säkerställa att uppföljning med tillhörande rapportering sker.

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 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 styrdokument framgår hur verksamheten systematiskt ska styras och kontrolleras. Utöver arbete med styrning och ledning ska varje nämnd årligen besluta vilka särskilda interna kontrollmoment som ska kontrolleras.

Ledningssystem, på region- och verksamhetsnivå, är ryggraden i förvaltningens kontrollmiljö. Här återges gällande rutiner, arbetsbeskrivningar, ansvar och roller samt hur uppföljning skall ske.

Arbete med styrande rutiner behöver vara ständigt pågående och behovet gäller även struktur och uppföljning så att det blir "lätt att göra rätt". Kollektivtrafikförvaltningen har identifierat behov att utveckla det förvaltningsinterna ledningssystemet och det internprojekt som pausats kommer att återupptas när ny organisation är driftsatt under 2025.

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, analysera, bedöma och värdera 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 mutor, jäv och korruption.

Inför 2024 års verksamhetsplanering startade internkontrollgrupp, utsedd av förvaltningschef, arbeta med att systematiskt identifiera de risker som kan innebära att uppsatta mål inte nås under verksamhetsåret. Riskanalys genomfördes och identifierade risker bedömdes utifrån sannolikhet och

allvarlighetsgrad. Riskbedömning har gjorts tillsammans i internkontrollgruppen utifrån identifierade risker och avvikelser i ledningens genomgång och egenkontroller, lag- och regeländringar, externa revisioner, 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.

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, och motsatt, 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 hanteras genom ledningsgruppens möten. Kring ekonomiprocessen sker fördjupad dialog inför rapporteringstillfällen.

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.

Samtliga kontrollpunkter följs upp och rapporteras vid delårs- och helårsrapport för att följa ordinarie uppföljningsprocess. 2024 års uppföljning på både verksamhets- och förvaltningsnivå har skett enligt plan men kan utvecklas ytterligare. Avrapportering om förvaltningens rådande läge och utveckling har fortlöpande återkopplats till kollektivtrafiknämnden genom fast informationspunkt där ledningen informerar eller som särskild informationspunkt.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024

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

Nr	Granskad process/moment	Resultat
1	Utbetalning av ersättning	
2	Kompetensplanering	
3	Personuppgiftshantering	
4	Mutor, jäv och korruption	
5	Rättssäkerhet och demokrati, insyn och service	

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

Granskningsmoment 1 Utbetalning av ersättning

Säkerställa rutiner och system för utbetalning av ersättning, så ersättning lämnas rättssäkert och likvärdigt, genom avstämningar och stickprov.

Genom avstämningar och stickprov har identifierats att det finns brister i rutiner och arbetssätt kring utbetalning av ersättningar. Under året har ansvariga fått genomgångar i hanteringen av underlag för utbetalning till trafikföretag.

Byte av trafikplaneringssystem under året har medfört nya arbetssätt och rutiner kring fakturering har uppdaterats men det finns fortfarande brister. Det handlar bland annat om förstärkningsfakturer där det är bristfällig kontroll att förstärkning verkligen genomförts. Vidare sker det inte heller någon systematisk återkoppling till planeringsavdelningen om förändringar i behovet utifrån förstärkningstrafik. Det finns också oklarheter i attestordning då samma person fram underlagen och slutattesterar både trafikknastnader och fast ersättning och incitament, detta bör särskiljas.

Det har också genom avstämningar framkommit att den systematiska uppföljningen av trafikavtal och viteshantering i förhållande till trafikföretagen brister.

Kontrollmomentet bedöms som genomfört med avvikelser/brister observerade.

Fortsatt fokus/arbete/dialog kring arbetssätt och rutiner samt attestordningar i nya förvaltningsorganisationen för att säkerställa tydlig uppdelning av ansvar kopplat till attestering. Avtalsuppföljning är ett område kollektivtrafiknämnden uppmärksammat och som återfinns i 2025 års internkontrollplan. Brister kopplat

till avtal som tydligt visas i årets arbete med intern styrning och kontroll, är en bidragande orsak till att förvaltningen valt att se över organiseringen för bättre styrning och ledning.

Granskningsmoment 2 Kompetensplanering

Säkerställa att det finns plan för långsiktig kompetensförsörjning, genom kartläggning av kompetensbehov, och vid behov upprätta/revidera plan för långsiktig kompetensförsörjning.

Under våren pausades det interna organisationsförändringsarbetet tillfälligt då det behövde anpassas för harmonisering av regionens arbete med förvaltningsövergripande organisationsstruktur. Arbetet startade under hösten igen och förvaltningen har jobbat med Rätt använd kompetens, RAK, en metod som använts för att systematiskt växla arbetsuppgifter till rätt kompetensnivåer och processflöden.

En Långsiktig kompetensförsörjningsplan har tagits fram med stöd av HR-avdelningen och under medarbetarsamtalet, som genomförs under 2024/2025, kartlägger varje linjechef vilka kompetenser som finns och inom vilka områden medarbetaren vill utvecklas. Arbete med RAK fortsätter under 2025 genom etablering av ny förvaltningsorganisation.

Kontrollmomentet bedöms som genomfört utan eller med godtagbara avvikelser/brister observerade. Kontrollmomentet återkommer i internkontrollplanen för 2025. Därmed fortsätter arbetet för att säkerställa att det finns rätt kompetens i ny förvaltningsorganisation.

Granskningsmoment 3 Personuppgiftshantering

Säkerställa att alla medarbetare har tillräcklig kunskap om personuppgiftshantering genom uppföljning och avstämningar, för att vid behov genomföra kompetenshöjande insatser i personuppgiftshantering.

Obligatoriska e-utbildningar för informationssäkerhet och personuppgiftshantering genomförs vid nyanställning och introduktion. Samtliga linjechefer anger att medarbetarna har tillräckliga kunskaper om personuppgiftshantering.

Förvaltningens personuppgiftsföreträdare har under året bjudits in till två arbetsplatsträffar för genomgång och fördjupande frågor kring aktuella arbetsområden. Träffarna visar att det både finns intresse och behov av att i grupp diskutera frågeställningar kopplat till området.

Kontrollmomentet bedöms som genomfört med avvikelser/brister observerade. Det finns uppenbara brister utifrån resultatet i kontrollmoment 5. Åtgärder krävs för att säkerställa att personuppgifter behandlas och lagras utifrån gällande lagstiftning och regioninterna arbetssätt.

Granskningsmoment 4 Mutor, jäv och korruption

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

Samtliga medarbetare kopplat till upphandling fick i projektuppgiften en genomgång av mutor, jäv och korruption. Till upphandlingsarbetet har sedan två medarbetare tillkommit. Dessa har fått en övergripande genomgång genom introduktionen vid anställning men det bör övervägas att hålla en avstämningsträff med hela gruppen igen för att till exempel föra dialog om dilemman och agerande vid misstanke om oegentligheter.

Kontrollmomentet bedöms som genomfört utan avvikelser/brister observerade. Internkontrollområdet återkommer i beslutad internkontrollplan för 2025. Arbete med att säkerställa att samtliga kopplade till upphandlingsarbetet är trygga i vad som gäller fortsätter under hela upphandlingsförfarandet.

Granskningsmoment 5 Rättssäkerhet och demokrati, insyn och service

Säkerställa att förvaltningens arbetssätt stämmer med regionövergripande rutiner och system för hantering av allmänna handlingar, genom kartläggning av vägar in till förvaltningen och vid behov kompetenshöjande insatser för medarbetare som hanterar allmänna handlingar.

Det är sedan tidigare känt att det finns ett stort antal funktionsbrevlådor kopplade till förvaltningen. Rutinkontroll visar att det finns bevakning för de flesta av funktionsbrevlådor som finns i Outlook. Det framkommer dock att det finns brister i användandet av e-post och att lagring av data/information finns i Outlook istället för i lämpliga verksamhetssystem. Det framkommer av stickprover och uppföljande frågor att stora mängder personuppgifter sparas/lagras i de olika funktionsbrevlådorna. I vissa fall är det också kollektivtrafikförvaltningen som uppmanar till att skicka personuppgifter via mail i strid mot regionens information på intranätet Inblick och i "Instruktion för användning av e-post". Det finns inga rutiner för gallring och data lagras under flera år i Outlook.

Kontrollmomentet bedöms som genomfört med avvikelser/brister observerade. Det bör omgående genom informationsinsatser tryggas att personuppgifter hanteras i enlighet med lagkrav och regioninterna instruktioner. Kollektivtrafikförvaltningen måste hänvisa de kunder/resenärer/kommuner som i kontakten med kollektivtrafikförvaltningen behöver ange sina personuppgifter till att använda säkra kanaler.

Åtgärder krävs gällande dokumenthanteringsplanen, förvaltningen behöver i samråd med arkivchef

uppdatera vilken information som finns på förvaltningen och bestämma gallringsregler för detta.

Se avrapportering i sin helhet under respektive bilaga, diarienummer KTN2023/159.

Sammanfattning av ISK 2024

Förvaltningen har under året arbetat både med en intern organisationsförändring och i olika projektgrupper för ökad samverkansledning tillsammans med kultur- och bildningsförvaltningen och regionala utvecklingsförvaltningen. Det finns flera fördelar att jobba närmare de andra förvaltningarna för att dra lärdom av varandras arbete, utmaningar och goda exempel.

Internprojektet som pausades under året, kopplat till ledningssystem och information, behöver återupptas i etableringen av beställarorganisation under året. Fokus i den nya organisationen behöver ligga på att skapa system för planering och uppföljning, för att snabbt kunna agera vid avvikelser. Det behöver säkerställas att hela ledningsgruppen har god kännedom om internkontroll arbetet och verka för att den ska bli en integrerad del av alla förvaltningens processer.

Internkontrollgruppen som utgörs av förvaltningschef, processledare och kontrollansvariga har varit de som främst arbetat med förvaltningens riskhantering. 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.

Internkontrollmomenten som följts upp under året har informerats i ordinarie uppföljning enligt plan till kollektivtrafiknämnden. En del avvikelser kopplat till personuppgiftshantering och dokumenthantering har upptäckts genom att studera rutiner, arbetssätt och organisatorisk säkerhetsmiljö. Det visar att enbart kontroller inte är tillräckligt i arbetet och den kunskapen behöver spridas inom förvaltningen. Det är viktigt att kollektivtrafikförvaltningen ständigt omvärldsbevakar, studerar, uppdaterar arbetssätt och rutiner för att få en effektiv och rättssäker organisation.

Flera kontrollmoment har i den samlade bedömningen påvisat brister där åtgärd ska eller bör övervägas och i vissa fall är åtgärder redan initierade eller planerad. Den samlade bedömningen är därför att årets internkontrollarbete varit välriktat. Fler av internkontrollområden som uppvisat brister återkommer även i interna kontrollplanen för 2025.

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 2023-10-25 fastställdes den aktuella intern kontrollplanen för 2024 (PN 2023/66).

Nämnden har under 2024 haft 5 sammanträden. Intern kontrollplanen har följts upp i samband med tertial- och delårsrapport. Den 5 mars 2025 kommer denna rapport att redovisas i nämnden.

Utöver den dokumenterade kontrollmiljön ingår chefens 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.

Förvaltningen har under några år arbetat med att skapa systematik för att hantera risker, intensifierats inom förvaltningen. Inför 2024 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 2024 års plan för intern styrning och kontroll genomfördes 2023-09-20 en dialog i nämnden avseende risker i Patientnämndens verksamhet. 22 risker identifierades, urval gjordes och 2 områden identifierades med riskvärde >7. Dessa två risker fanns inom riskområde; IT- och informationssäkerhet samt Kvalitet och patientsäkerhet.

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 2024, PN 2023/66. Övriga risker och åtgärdsförslag finns med som aktiviteter i förvaltningens handlingsplan 2024. Riskanalysen har även legat till grund för det målarbete som genomfördes i nämnden inför verksamhetsplan och handlingsplan för styrande nyckeltal 2024.

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 2023 har kommunicerats internt inom förvaltningen, i central arbetsgrupp för styrning och kontroll

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 2023 års uppföljning på förvaltningsnivå har skett enligt plan. Avrapportering om förvaltningens rådande läge och utveckling har fortlöpande återkopplats till Patientnämnden.

Ledningens genomgång genomfördes 2023-09-13 och återrapporterades till regiondirektören. Förvaltningen har ej deltagit i några externa granskningar 2023.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2023

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: 9

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: 6

Metod: Avstämningsmöten, mål- och utvecklingssamtal och skyddsround. 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 2024, då regionen avstod från att skicka ut medarbetarenkäten. 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: 9

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 2024

Patientnämndsförvaltningen har under 2024 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 2024 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.

Helena Strandberg

Förvaltningschef Patientnämndsförvaltningen

Intern styrning och kontroll 2024

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 allvariga 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, 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 2023 reviderade förvaltningen uppdraget för den interna grupp som driver arbetet med avvikelshantering. Inför 2024 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 genomgång, avvikelser, externa revisioner, 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.

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.

2024 års uppföljning på både verksamhets- och förvaltningsnivå har skett enligt plan. Avrapportering om förvaltningens rådande läge och utveckling har fortlöpande återkopplats till Hjälpmedelsnämnden.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024

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	● 1
2	Minska risken för oegentligheter/korruption genom dialog vid Medarbetarsamtal, APT	●
3	Kontroll av att informationssäkerhetsronder utförts på alla avdelningar	●
4	Kartläggning av utbredning för 4/5G nätet i Dalarna	● 2
5	Antal registrerade hjälpmedelsavgifter, andel av dessa som kommit upp i högkostnadsskydd	● 3
6	Följsamhet till upprättad ekonomisk handlingsplan	● 4
7	Reviderad och känd Beredskapsplan, införskaffad kommunikationsutrustning (Rakel)	● 5
8	Inköp av hjälpmedel - att befintliga hjälpmedel återanvänds för att undvika nyinköp	● 6

- 1 Arbetsmiljöronder är utförda och ROKA är uppdaterad.
- 2 Presenterat i Hjälpmedelsnämnden 20240411, HJN2024/45
- 3 Svårt att få ut statistiken då förvaltningen inte har tillgång att göra egna statistikuttag ur systemet. Enligt leverantören har 437 personer uppnått frikortsnivå för hjälpmedel under 2024.
- 4 Förvaltningen har uppnått regionens sparkrav för 2024
- 5 Beredskapsplan reviderad, publicerad samt utskriven – reservtelefoner inkl rutin implementerade efter dialog med Säkerhetsavdelningen och telefonistöd. RAKEL ej implementerat på inrådan av säkerhetsavdelningen
- 6 Metoden som angetts i planen har inte använts då bedömningen gjorts att den inte är relevant för kontrollmomentet. Istället har nyckeltal för andel hjälpmedel som rekonditionerats och återanvänds följts och andelen återanvända hjälpmedel har ökat 2024 jmf med föregående år.
- Inga eller godtagbara avvikelser finns
- ▲ Avvikelser/brister observerade - åtgärd bör övervägas
- Betydande avvikelser/brister observerade - åtgärd krävs

Granskningsmoment

- Punkt 1
Genomförande av arbetsmiljöronder samt Risk och konsekvensanalys.
- Punkt 2
Genomgång vid introduktion av nyanställd, genomgång inför upphandling.
- Punkt 3
Genomföra informationssäkerhetsronder på respektive enhet.

Punkt 4

Kartläggning genom kontakt med Länsstyrelsen och Post- och telestyrelsen.

Punkt 5

Uppföljning genom uttag av statistik från e-frikortssystemet

Punkt 6

Uppmärksamma och åtgärda ev. avvikelser

Punkt 7

Revidering av befintlig plan, införskaffande av utrustning och implementering av nya rutiner.

Punkt 8

Tolv stickprov på inköp av mindre frekventa hjälpmedel. Metoden som angetts i planen har inte använts då bedömningen gjorts att den inte är relevant för kontrollmomentet. Istället har nyckeltal för andel hjälpmedel som rekonditionerats och återanvänds följts och andelen återanvända hjälpmedel har ökat 2024 jämfört med föregående år.

Sammanfattning av ISK 2024

En risk- och konsekvensanalys har tagits fram av förvaltningens Verksamhetschef, alla Avdelningschefer och Huvudskyddsombud samtidigt med en kartläggning av verksamhetens processer. Åtterrapporering har skett i Hjälpmedelsnämnden. Analysen har sedan legat till grund för årets internkontrollpunkter.

Lokalförändringsprocessen och förvaltningens utlokalisering har fortsatt stor påverkan på förvaltningens processer, prestation och medarbetarnas arbetsmiljö.

Internkontrollpunkterna har följts upp och åtgärderna har redovisats för Hjälpmedelsnämnden.

Inför 2024 beslutades den nya internkontrollplanen på Nämndsammanträdet i oktober 2023.

Linus Nielsen
Tf Förvaltningschef

Hjälpmedelsnämnden

Intern styrning och kontroll

Regionala utvecklingsnämnden

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 allvariga 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 utvecklingsförvaltning-ens 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 beslutad delegeringsbestämmelse 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 linjeförordningens 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 år 2024 har förvaltningen fortsatt arbetet med att skapa systematik för att hantera risker. Inför 2024 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 årsboksut.

Inför 2024 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 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.

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 ska efterlevas krävs löpande dialog och väl utvecklade kommunikationskanaler.

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

Övriga kommunikationskanaler inom förvaltningen är Senaste Nytt, som ett nyhetsbrev med löpande information rörande förvaltningen.

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.

Under år 2024 har uppföljning på förvaltningsnivå skett enligt plan. Avrapportering om förvaltningens rådande läge och utveckling har fortlöpande återkopplats till regionala utvecklingsnämnden.

Avrapportering av särskilda kontrollaktiviteter 2024

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

Nr	Granskad process/moment	Resultat
1	Rekvisition av medel till regionala utvecklingsnämndens projekt	▲
2	Risken att förvaltningen är liten med en sårbar bemanning	▲
3	Risken att jäv och korruption kan förekomma vid beredning och beslut om projektstöd, företagsstöd och stöd till kommersiell service	●

● Inga eller godtagbara avvikelser finns

▲ Avvikelse/brister observerade - åtgärd bör övervägas

■ Betydande avvikelse/brister observerade - åtgärd krävs

Granskningsmoment 1

Uppdrag att kontrollera att rekvisitionerna skickas in till finansävrarna enligt respektive projekts beslut.

Under första halvåret var det några av nämndens egna projekt som inte rekviderade medel enligt finansävrarnas beslut. Detta beror dels på att det tog tid att anställa projektledare, dels på uteblivet ekonomistöd (projektekonomer) från regionstyrelsens förvaltning.

Under året har regionstyrelsens förvaltning arbetat med att förstärka sitt ekonomistöd till nämndens projekt och förvaltningen har anställt projektledare. Under hösten har projekten rekviderat medel från projektförfinansierarna inom rimliga tider.

Åtgärd: Förvaltningen fortsätter sin dialog med regionstyrelsens förvaltning, rörande ekonomistöd till nämndens projekt.

Granskningsmoment 2

Uppdrag att kontrollera avvikelser från uppdrag i verksamhetsplanen samt längre handläggningstider.

Förvaltningens strategier har fått ökad arbetsbelastning, vilket kan medföra att förvaltningen för sent upptäcker att projekt hos externa aktörer inte leder till önskvärd utveckling. Den ökade arbetsbelastningen medför även att förvaltningen inte alltid har möjlighet att svara på remisser som är viktiga för det regionala utvecklingsuppdraget. Region Dalarna kan inte genom svar på remisser påverka andra myndigheters arbete och uppdrag.

Åtgärd: Förvaltningen ser över sin ambitionsnivå och sina prioriteringar.

Granskningsmoment 3

Uppdrag att kontrollera att utbildning/ föreläsning för förvaltningens medarbetare genomförs och kontrollera att rutinerna används.

Alla ansökningar hanteras i Tillväxtverkets ärendesystem och där finns det kontrollfrågor om jäv mm som måste fyllas i, innan handläggning av ett ärende kan påbörjas. Förvaltningens rutiner har under året utvärderats och i vissa fall reviderats, i dess rutiner ingår punkter för att motverka jäv och andra oegentligheter.

Regionens informationssäkerhetschef har föreläst för förvaltningen, för att öka förvaltningens medvetenhet kring informationssäkerhet.

Sammanfattning av ISK 2024

Granskningen av internkontrollmomenten har skett löpande under året. I samband med tertial- och delårsrapporteringen har nämnden blivit informerad om hur arbetet med internkontrollpunkterna fortskridit.

Under året har förvaltningen tillsatt de projektledare som saknats. Förvaltningen har under året inte fått tillräckligt med ekonomistöd, för att nämndens egna projekt. Regionstyrelsens förvaltning har under året arbetat med att försöka att förstärka sitt ekonomistöd till nämndens projekt. Dialogen mellan regionala utvecklingsförvaltning och regionstyrelsens förvaltning fortsätter.

Den ökade arbetsbelastningen på förvaltningens strategier, kan medföra att förvaltningen för sent upptäcker att externa aktörers projekt inte leder till önskvärd utveckling. Förvaltningen har inte alltid möjlighet att svara på remisser som kan vara viktiga för det regionala utvecklingsuppdraget. Förvaltningen får titta på sin ambitionsnivå och sina prioriteringar.

Förvaltningen har under året arbetat med jäv och informationssäkerhet. Rutiner har utvärderats och förvaltningen har fått en föreläsning om informations-säkerhet.

Elsuari Julin

*Förvaltningschef
Regionala utvecklingsförvaltning*