



Granskning av intern kontroll

Rapport

Region Dalarna

KPMG AB

2025-03-31

Antal sidor: 25



Region Dalarna
Granskning av intern kontroll

2025-03-31

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	2
2	Bakgrund	4
2.1	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	4
2.2	Revisionskriterier	5
2.3	Metod	5
3	Resultat av granskningen	6
3.1	Organisation och ansvar i arbetet med intern kontroll	6
3.2	Övergripande styrdokument och rutiner för arbetet med intern kontroll	6
3.3	Regionstyrelsens och nämndernas internkontrollarbete	10
3.4	Uppföljning av tidigare rekommendationer	23
4	Samlad bedömning och rekommendationer	24

1 Sammanfattning

KPMG har av Region Dalarnas revisorer fått i uppdrag att granska och bedöma regionstyrelsens och nämndernas arbete med den interna kontrollen under år 2024.

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

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

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

Styrelsen och nämnderna har för år 2024 upprättat riskanalyser och internkontrollplaner i enlighet med gällande rutiner och mallar. Därtill har uppföljning av kontrollmoment genomförts enligt fastställda internkontrollplaner. Vi noterar dock vissa avvikelser för några nämnder, exempelvis att några fastställda kontrollmoment inte har genomförts under året och att det inte alltid finns en tydlig koppling mellan kontrollmoment och riskerna i riskanalysen. Vidare konstaterar vi att det i vissa nämnders riskanalyser saknas åtgärdsförslag och handlingsplaner.

I genomgången av styrelsen och nämndernas riskanalyser och internkontrollplaner noterar vi att det förekommer risker som bedömts vara höga (dvs. en risk med riskvärde 8 eller högre) som inte har tagits upp i internkontrollplanen. Vi noterar också att det förekommer att risker som har värderats till lägre riskvärden har inkluderats som kontrollmoment i några av nämndernas internkontrollplaner. Vi bedömer med anledning av detta att det fortsatt finns ett behov av att tydliggöra hur risker med höga riskvärden ska hanteras i relation till internkontrollplanen.

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

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja 	
Revisionsfråga	Bedömning
Finns det ändamålsenliga styrdokument som definierar intern kontroll för styrelse och nämnder?	I allt väsentligt

Finns det system och rutiner för en tillfredsställande intern kontroll?	I allt väsentligt
Har riskbedömningar/riskanalyser utförts och dokumenterats för styrelsens och nämndernas verksamhetsområden?	I allt väsentligt
Har styrelse och nämnder upprättat interkontrollplaner?	Ja
Ligger valda kontrollaktiviteter i linje med bedömningarna i riskbedömningarna/analyserna?	I allt väsentligt
Har styrelsen och nämnderna mottagit återrapportering av intern kontroll i den utsträckning som föreskrivs i regionens styrande dokument samt i styrelsens och nämndernas interkontrollplaner?	Ja

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

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi regionstyrelsen att:

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

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- Säkerställa att kontrollmoment som fastställts i interkontrollplanen genomförs.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi hjälpmedelsnämnden att:

- Säkerställa att riskvärderingen för respektive risk framgår av interkontrollplanen.
- Säkerställa att samtliga kontrollmoment följs upp i enlighet med fastställd interkontrollplan.

2 Bakgrund

KPMG har av Region Dalarnas revisorer fått i uppdrag att granska och bedöma regionstyrelsens och nämndernas arbete med den interna kontrollen under 2024. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2024 som en del av räkenskapsrevisionen.

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

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

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

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

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

2.1 Syfte, revisionsfrågor och avgränsning

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

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

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

Utöver att besvara syftet och revisionsfrågorna ovan ska granskningen även följa upp de rekommendationer som lämnades i granskningen av intern kontroll år 2023¹. Dessa rekommendationer redovisas och följs upp i *kapitel 3.4*.

Granskningen är av övergripande karaktär och fokuserar på de delar av internkontrollarbetet styrelsen och nämnderna är involverade i. Granskningen avser regionstyrelsen och samtliga nämnder, och avser verksamhetsåret 2024.

2.2 Revisionskriterier

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- Kommunallagen (2017:725) 6 kap § 6
- COSO:s² ramverk för intern styrning och kontroll
- Region Dalarnas målsättningsdirektiv för gällande styrmodell
- Tillämpbara interna regelverk, policys, beslut och rutiner avseende intern kontroll

2.3 Metod

Granskningen har genomförts genom:

- Avstämningar/intervjuer med processledare för intern kontroll.
- Dokumentgranskning och analys av interna dokument och rutiner, riskbedömningar/risikanalyser, internkontrollplaner, delårsrapporter för 2024, uppföljning av internkontrollplaner samt styrelsens och nämndernas protokoll.

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



Rapporten har faktakontrollerats av samtliga processledare för intern kontroll.

¹ Region Dalarna, 2024-03-25

² Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission

3 Resultat av granskningen

3.1 Organisation och ansvar i arbetet med intern kontroll

3.1.1 Regionstyrelsens och nämndernas ansvar

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

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

3.1.2 Organisation för internkontrollarbetet

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

3.2 Övergripande styrdokument och rutiner för arbetet med intern kontroll

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

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

³ Regionfullmäktige, 2022-10-03, §72

minskas. Ambitionen är att modulen ska kunna användas inför internkontrollarbetet år 2025 eller år 2026.

3.2.1 Region Dalarnas system för styrning och ledning

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

Policyns giltighet utgick i mars år 2024, men enligt uppgift gäller bestämmelserna tills att policyn revideras eller annat beslutas.

3.2.2 Målsättningsdirektiv för gällande styrmodell

I Region Dalarnas *Målsättningsdirektiv för gällande styrmodell* beskrivs regionens styrmodell med utgångspunkt i policyn *Region Dalarnas system för styrning och ledning*. Målsättningsdirektivet syftar till att tydliggöra styrmodellen, samt klargöra styrelsens och nämndernas ansvar i arbetet med intern styrning och kontroll.

I målsättningsdirektivet anges att regionens styrmodell består av metoder och principer för att styra, leda och utveckla verksamheten. De metoder som säkerställer styrningen ska enligt direktivet även tillgodose behovet av en god intern styrning och kontroll. I dokumentet anges att intern styrning och kontroll är grunden för en stabil och tillförlitlig verksamhet. Detta innebär att den interna styrningen och kontrollen ska vara integrerad i alla processer för ledning och styrning i syfte att säkerställa att fullmäktiges mål uppfylls.

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

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

⁴ Regionfullmäktige, 2021-02-22 §9

3.2.3 Rutin för internkontrollplan

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

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

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

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

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

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

Som stödande dokument för framtagandet av internkontrollplanen finns en framtagen mall, och som stöd i uppföljningen av kontrollerna finns en mall för en rapport avseende

⁵ Godkänd 2024-08-27

särskilda internkontrollmoment⁶. Därtill finns även en instruktion för stickprov vid intern styrning och kontroll⁷ som beskriver hur stickprov kan göras i de fall det används som metod för ett kontrollmoment i internkontrollplanen.

3.2.4 Rutin för riskhantering

I en *Rutin för riskhantering*⁸ beskrivs bland annat arbetet med riskidentifiering, riskbedömning och riskvärdering i internkontrollarbetet. Tillvägagångssättet för riskhantering illustreras i följande processkarta:



I rutinen anges att *"systematisk riskidentifiering och hantering av risker ska göras i den löpande verksamheten, vid verksamhetsplanering och när förändringar planeras i verksamheten"*. Identifierade risker ska bedömas utifrån allvarlighetsgraden av att risken inträffar (skala 1–4), samt utifrån sannolikheten att det inträffar (skala 1–4). Genom att multiplicera värderingen av allvarlighetsgraden och sannolikheten genereras ett riskvärde. I rutinen anges att riskvärden mellan 1–3 är en acceptabel risk som ska *bevakas*. För risker med riskvärden mellan 4–7 bör åtgärder övervägas, och riskerna ska *hanteras* och *bevakas*. För risker med värden mellan 8–16 så krävs en åtgärd, och riskerna ska *hanteras* eller *elimineras*.

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

För arbetet med riskanalyser finns en mall⁹ i en Excel-fil som ska användas i framtagandet av riskanalyserna. I filen framgår att en beskrivning av risken, vilket område/process som risken berör, konsekvensen/effekten av om risken inträffar, bakomliggande orsaker till risken, riskbedömning och riskvärdering ska framgå. Därtill ska även åtgärdsförslag samt en handlingsplan för respektive risk anges, där åtgärder, åtgärdens färdigpunkt, vem/vilka som är ansvarig för åtgärden, metoden samt tidpunkt för uppföljning och resultatet av åtgärden ska anges.

⁶ Godkänd 2024-08-14

⁷ Godkänt 2024-11-01

⁸ Godkänd 2024-08-27

⁹ Mall – analyschema riskanalys

3.2.5 Bedömning

Vi bedömer att det i allt väsentligt finns ändamålsenliga styrdokument som definierar intern kontroll för styrelse och nämnder. Vi bedömer även att det i allt väsentligt finns system och rutiner för en tillfredsställande intern kontroll.

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

Vi konstaterar vidare att det finns rutiner och stödjande dokument för hur risk- och väsentlighetsanalys och internkontrollplan ska genomföras. Vi bedömer att dessa dokument innehåller tydliga instruktioner som ger goda förutsättningar för styrelse och nämnder att upprätthålla en tillfredsställande intern kontroll i enlighet med gällande styrdokument.

3.3 Regionstyrelsens och nämndernas internkontrollarbete

Som framgår av kapitlet ovan ska styrelsen och nämnderna årligen upprätta en internkontrollplan som grundar sig i en risk- och väsentlighetsanalys. Dessa ska sedan följas upp både i delårsbokslut- och årsbokslut enligt gällande rutiner. I avsnitten nedan redovisas styrelsens och respektive nämnds internkontrollarbete för år 2024.

3.3.1 Regionstyrelsen

3.3.1.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Regionstyrelsens riskanalys för år 2024 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. Samtliga enheter inom regionstyrelseförvaltningen har genomfört riskanalyser, vilka sedan redovisas i en gemensam förvaltningsövergripande riskanalys. I intervju framförs att förvaltningens ledningsgrupp har arbetat med att värdera riskerna och bedömt vilka som ska ingå i internkontrollplanen för år 2024. Totalt identifieras 190 risker i riskanalysen, varav 57 risker har värderats med ett riskvärde över 8, vilket enligt gällande rutiner utgör en hög risk och därmed kräver en åtgärd.

För flera av riskerna anges åtgärdsförslag och en handlingsplan för att minimera risken i enlighet med den framtagna mallen. Detta saknas dock för flera av riskerna som identifierats, bland annat för flera av riskerna som har värderats till ett högt riskvärde. I intervju framförs detta bero på att det redan finns upprättade handlingsplaner och aktivitetsplaner inom respektive enhet, där flera av riskerna redan hanteras.

3.3.1.2 Internkontrollplan

Regionstyrelsen fastställde sin internkontrollplan för år 2024 i december år 2023¹⁰. Internkontrollplanen innehåller totalt fyra kontrollmoment inom områdena/processerna "Antikorruption", "Förändringsledning", "Robusthet" och "Informationssäkerhet". Av internkontrollplanen framgår riskvärde, kontrollansvar, frekvens, metod, tidpunkt för rapportering och vem rapporteringen ska ske till för respektive kontrollmoment. Samtliga kontroller skulle senast rapporteras vid årsskiftet.

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

3.3.1.3 Uppföljning av intern kontroll

Regionstyrelsens internkontrollplan följs upp i samband med delårsrapporten för regionstyrelsens förvaltning¹¹. I rapporten redovisas en prognos för resultatet av de olika kontrollmomenten som ingår i internkontrollplanen för år 2024. Där framgår att det observerats avvikelser/brister och att åtgärder bör övervägas för två kontrollmoment. I uppföljningen kommenteras orsaken till prognoserna.

Regionstyrelsens slutliga uppföljning av internkontrollplanen sker vid sammanträdet i mars år 2025¹². Likt prognosen i delårsrapporten framgår att det observerats avvikelser/brister för två av kontrollmomenten. I rapporten redovisas orsaker till utfallet. Nedan redovisas det som anges avseende bristerna som noterats för de två kontrollmomenten:

- **Följa upp att reviderad antikorruptionspolicy implementeras:** Arbetet med policyn har ersatts med ett större arbete gällande uppförandekod för regionen, där antikorruption ingår.
- **Säkerställa att risk- och sårbarhetsanalys (RSA) genomförs på varje enhet:** Alla enheter inom förvaltningen har genomfört sårbarhetsanalyser, däremot behöver arbetet fortsätta med fördjupade analyser och resultera i planer och reservrutiner som redovisar vilka resurser som krävs.

I uppföljningen redovisas åtgärder för bristerna som identifierats.

3.3.2 Hälso- och sjukvårdsnämnden

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar årligen om två internkontrollplaner, en för hälso- och sjukvårdsförvaltningen och en för förvaltningen "Hörsel och syn".

¹⁰ Regionstyrelsen, 2023-12-11 §171

¹¹ Regionstyrelsen, 2024-09-16, §126

¹² Regionstyrelsen, 2025-03-17, §

3.3.2.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens riskanalys för år 2024 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. I nämndens internkontrollrapport¹³ beskrivs riskanalysarbetet, och där anges att underlag för riskanalysen och riskbedömningen har tagits fram utifrån input från ledningens genomgångar, avvikelser, externa revisioner, myndighetsgranskningar, verksamhetsberättelser och årsbokslut. Vidare har risker lyfts och diskuterats i samband med verksamhetschefsträffar i förvaltningen.

Totalt identifieras 21 risker inom områdena/processerna "Medborgare", "Medarbetare och ledarskap", "Hållbar utveckling", "Digitalisering" samt "Hälso- och sjukvårdens kvalitet".

I riskanalysen värderas åtta av riskerna till ett riskvärde över 8, vilket enligt gällande rutiner utgör en hög risk och därmed kräver en åtgärd. För samtliga risker anges ett åtgärdsförslag. Åtgärdsförslagen är antingen att inkludera ett kontrollmoment avseende risken i internkontrollplanen, alternativt att den ingår i nämndens verksamhetsplan. Av 21 risker har 11 risker "internkontrollplan" som åtgärdsförslag. Bland dessa ingår även risker som inte har värderats högt i riskvärderingen, dvs. risker som värderats till 4–7.

Hörsel och syn

I förvaltningen "Hörsel och syn" har riskanalyser genomförts inom respektive avdelning. Riskanalyserna har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. Riskanalysarbetet har genomförts på samma sätt som riskanalysarbetet inför hälso- och sjukvårdsförvaltningens riskanalys, dvs. genom input från olika forum, avvikelser, externa revisioner mm. och i samband med chefsträffar.

I riskanalyserna värderas flera risker till högt riskvärde, dvs. ett riskvärde över 8, vilket enligt gällande rutiner utgör en hög risk och därmed kräver en åtgärd. Riskvärderingen i några avdelningars riskanalyser är dock inte korrekta, då värderingen av sannolikheten och allvarlighetsgraden har adderats istället för att multipliceras. Vid korrekt beräkning av dessa finns det dock fortfarande risker vars riskvärden överstiger 8. För några risker anges åtgärdsförslag, men för majoriteten av riskerna saknas åtgärdsförslag och en handlingsplan.

3.3.2.2 Internkontrollplan

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställde sin internkontrollplan för 2024 i oktober 2023¹⁴. I internkontrollplanen fastställs totalt 11 kontrollmoment. Samtliga risker som hade internkontrollplan som åtgärdsförslag i riskanalysen omfattas. I internkontrollplanen framgår kontrollmomentens riskvärde, kontrollansvarig, frekvens av kontrollen, metod, tidpunkt för rapportering och till vem/vilka rapporteringen ska ske. Frekvensen på kontrollerna varierar, men samtliga kontroller förutom en skulle rapporteras senast vid årsbokslutet. Ett kontrollmoment, "Säkerställa att styrning, ledning och uppföljning sker

¹³ Uppföljningen av internkontrollplanen som upprättas i särskild rapport vid årets slut

¹⁴ Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2023-10-10, §85

effektivt", skulle rapporteras månadsvis genom att upprätta månadsrapporter som redovisas till nämnden.

Hörsel och syn

Vidare har nämnden även beslutat om internkontrollplanen för förvaltningen "Hörsel och syn" vid sammanträdet i oktober 2023¹⁵. I planen fastställs tre kontrollmoment inom områdena "Arbetsmiljö", "Säkerhet och beredskap" och "Informationssäkerhet". I internkontrollplanen framgår riskvärde, kontrollansvarig, frekvens av kontrollen, metod, tidpunkt för rapportering och till vem/vilka rapporteringen ska ske för respektive kontrollmoment. Ett kontrollmoment skulle rapporteras i delårsrapport och årsbokslut, och de övriga kontrollerna senast i samband med årsbokslutet.

3.3.2.3 Uppföljning av intern kontroll

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Kontrollmomenten i internkontrollplanen har följts upp i enlighet med fastställd internkontrollplan. I hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport för 2024¹⁶ lämnas en prognos på resultatet för de olika kontrollmomenten. Där framgår att det för fyra kontrollmoment observerats avvikelser/brister och att åtgärder bör övervägas. I uppföljningen kommenteras orsaken till prognoserna. För övriga sju kontrollmoment bedöms inga eller godtagbara avvikelser finnas.

Den slutliga uppföljningen av internkontrollplanen sker vid nämndens sammanträde i februari 2025¹⁷. Utöver de fyra kontrollmoment där avvikelser hade observerats i delårsrapporten observeras även avvikelser/brister för ett femte kontrollmoment. I rapporten redovisas orsaker till resultatet för samtliga kontrollmoment. Nedan redovisas det som anges avseende bristerna som noterats för respektive kontrollmoment:

- **Säkerställa att patientsäkerheten upprätthålls genom att minimera brister i planering och förebygga kompetensbrist:** Det föreligger resurs- och kompetensbrist pga. personalbrist. Hälso- och sjukvårdens ledning har arbetat fortlöpande med planering, uppföljning och åtgärder för att säkerställa att patientsäkerhet upprätthålls.
- **Säkerställa att vara en attraktiv arbetsgivare för att behålla, rekrytera och utveckla medarbetare:** Medarbetarenkäten, vilket var metoden för att genomföra kontrollen, har inte kunnat genomföras pga. det ekonomiska läget.
- **Säkerställa att styrning, ledning och uppföljning sker effektivt:** Avvikelser noteras avseende ekonomi och att nå en ekonomi i balans.
- **Säkerställa att ersättningar och lönesättningar till medarbetare sker i enlighet med gällande riktlinjer och beslut:** Särskilda åtgärder har initierats för att säkerställa en ändamålsenlig kontroll och hantering av ersättningar som avviker från centrala och lokala kollektivavtal.

¹⁵ Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2023-10-10, §87

¹⁶ Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2024-08-27 §98

¹⁷ Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2025-02-18 §17

- **Säkerställa att digital registrering, uppföljning och utvärdering möjliggörs och genomförs:** Kontrollen avsåg registrering i systemet Ledningsportalen. Enligt uppföljningen har systemet provats som digital uppföljning av tertial- och delårsrapporterna, samt återrapportering av ekonomi i balans under året, däremot inte för något annat egenkontrollsområde.

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

Hörsel och syn

Internkontrollplanen har följts upp i samband med verksamhetens delårsrapport för år 2024¹⁸. I rapporten framgår att prognosen för samtliga kontrollmoment är att inga eller godtagbara avvikelser finns.

Den slutliga uppföljningen av internkontrollplanen görs vid sammanträdet i februari¹⁹. Där anges samma bedömning som vid delårsbokslutet, dvs. att inga eller godtagbara avvikelser finns för samtliga kontrollmoment.

3.3.3 Kultur- och bildningsnämnden

3.3.3.1 Risk- och väsentlighetsanalys

I kultur- och bildningsförvaltningen har riskanalyser genomförts inom respektive verksamhet/enhet. Riskanalyserna har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. I några av riskanalyserna värderas risker till ett högt riskvärde, dvs. ett riskvärde över 8, vilket enligt gällande rutiner utgör en hög risk och därmed kräver en åtgärd. För respektive risk anges ett åtgärdsförslag, dock anges inte alltid en handlingsplan för att hantera risken.

3.3.3.2 Internkontrollplan

Kultur- och bildningsnämnden fastställde sin internkontrollplan för 2024 i december 2023²⁰. Totalt fastställs fyra kontrollmoment inom områdena "Diarieföring", "Extern webb", "Ekonomi" och "Mutor, jäv, korruption och andra oegentligheter". För kontrollerna framgår riskvärdering, kontrollansvar, frekvens, metod, tidpunkt för rapportering samt vem kontrollen ska rapporteras till. Tre av kontrollerna skulle senast rapporteras i den slutliga internkontrollrapporten i februari 2025, medan ett kontrollmoment skulle rapporteras i samband med delårs- och årsbokslut.

3.3.3.3 Uppföljning av intern kontroll

I kultur- och bildningsnämndens delårsrapport för 2024²¹ lämnas en prognos på resultatet för kontrollmomenten som ingår i internkontrollplanen för år 2024. Där framgår att det för ett kontrollmoment, kontrollen avseende diarieföring, observerats

¹⁸ Hälso- och sjukvårdsnämnden 2024-08-27 §99

¹⁹ Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2025-02-18 §18

²⁰ Kultur- och bildningsnämnden, 2023-12-06, §70

²¹ Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2024-08-27 §98

avvikelser/brister och att åtgärder bör övervägas. I uppföljningen framgår dock inte orsaken till prognosen.

Den slutliga uppföljningen av internkontrollplanen sker i februari 2025²². Där framgår att avvikelser/brister observerats för kontrollmomentet avseende diarieföring, likt det som angivits i delårsrapporten. I uppföljningen redovisas åtgärder för bristerna som identifierats.

3.3.4 Kollektivtrafiknämnden

3.3.4.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Kollektivtrafiknämndens riskanalys för år 2024 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. I nämndens internkontrollrapport beskrivs nämndens riskanalysarbete och där anges att förvaltningens internkontrollgrupp genomfört riskbedömningen. Riskbedömningen har utgått ifrån identifierade risker och avvikelser i ledningens genomgång, egenkontroller, lag- och regeländringar, externa revisioner, myndighetsgranskningar samt utifrån verksamhetsberättelser och årsbokslut.

Riskanalysen identifierar totalt 12 risker inom bland annat områdena/processerna "Rättssäkerhet och demokrati", "Utförande verksamhet" samt "Mutor, jäv och korruption". I riskanalysen värderas tre av riskerna till ett riskvärde över 8, vilket enligt gällande rutiner innebär att det är en hög risk som kräver åtgärder. För samtliga risker finns ett åtgärdsförslag och en handlingsplan. I handlingsplanerna framgår vilka risker som skulle ingå i internkontrollplanen för år 2024. Det var totalt fem risker.

3.3.4.2 Internkontrollplan

Kollektivtrafiknämnden fastställde sin internkontrollplan för 2024 i oktober 2023²³. I internkontrollplanen fastställs fem kontrollmoment, samtliga risker som skulle ingå enligt riskanalysen. I internkontrollplanen framgår riskernas riskvärde, kontrollansvarig, frekvens av kontrollen, metod, när kontrollen ska rapporteras och till vem/vilka rapporteringen ska ske. Samtliga kontrollmoment skulle rapporteras i samband med delårs- och årsbokslut.

3.3.4.3 Uppföljning av intern kontroll

Internkontrollplanen följs upp i samband med nämndens delårsrapport för år 2024²⁴. Där framgår att avvikelser har observerats i fyra av kontrollerna som genomförts, samt att dessa hanteras. Det framgår dock inte om dessa avvikelser är godtagbara eller om åtgärder bör övervägas.

²² Kultur- och bildningsnämnden, 2025-02-19 §5

²³ Kollektivtrafiknämnden, 2023-10-11, §68

²⁴ Kollektivtrafiknämnden, 2024-08-29, §55

Den slutliga uppföljningen av internkontrollplanen sker i februari 2025²⁵. Där framgår att tre av kontrollerna visat på betydande avvikelser/brister där åtgärd krävs. För dessa redovisas följande:

- **Utbetalning av ersättning:** Brister i rutiner och arbetssätt kring utbetalning av ersättningar har identifierats. Det anges även att systematiska uppföljningar av trafikavtal och viteshantering brister.
- **Personuppgiftshantering:** Svarsmejl från kundärendehanteringssystemet har angivit felaktig information om hur personuppgifter hanteras. Det anges även att det förekommer stora mängder personuppgifter sparas/lagras i förvaltningens funktionsbrevlådor.
- **Rättssäkerhet och demokrati, insyn och service:** Det framkommer att det finns brister i användandet av e-post och att lagring av data/information finns i Outlook istället för i lämpliga verksamhetssystem.

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

3.3.5 Patientnämnden

3.3.5.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Patientnämndens riskanalys för år 2024 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. I nämndens internkontrollrapport beskrivs nämndens riskanalysarbete och det framgår att underlag till riskanalysen och riskbedömningen har tagits fram utifrån input från ledningens genomgångar, avvikelser, externa revisioner, myndighetsgranskningar, verksamhetsberättelser och årsbokslut. Därtill framgår att det har genomförts en dialog i nämnden avseende risker i patientnämndens verksamhet och att risker som lyfts under dialogen inkluderats i riskanalysen.

Totalt identifieras 22 risker som bland annat avser områdena/processerna "Kommunikation", "IT- och informationssäkerhet", "Oegentligheter och korruption", "Teknik" och "Ekonomi". I riskanalysen värderas tre av riskerna till ett riskvärde över 8, vilket enligt gällande rutiner innebär att det är risker som kräver åtgärder. För samtliga risker i riskanalysen finns ett åtgärdsförslag och en handlingsplan. För sex av riskerna anges att metod och uppföljning av åtgärden är genom internkontrollplanen.

3.3.5.2 Internkontrollplan

Patientnämnden fastställde sin internkontrollplan för 2024 i oktober 2023²⁶. I internkontrollplanen finns sex kontrollmoment, riskerna som hade "internkontrollplan" som en metod och uppföljning i riskanalysen. I internkontrollplanen framgår riskernas riskvärde, kontrollansvarig, frekvens av kontrollen, metod, när kontrollen ska rapporteras

²⁵ Kollektivtrafiknämnden, 2025-02-21 §5

²⁶ Patientnämnden, 2023-10-25, §48

och till vem/vilka rapporteringen ska ske. Samtliga kontrollmoment skulle rapporteras i tertiäl-, delårs- och årsrapport.

Vi noterar att riskvärderingen för en av riskerna i internkontrollplanen avviker från riskvärderingen i riskanalysen. Detta är ett kontrollmoment avseende följsamhet till GDPR och lokala rutiner som enligt internkontrollplanen har riskvärdet 9, medan risken i riskanalysen värderats till 6.

3.3.5.3 Uppföljning av intern kontroll

Internkontrollplanen har följts upp i samband med nämndens tertiälrapport²⁷ och delårsrapport för år 2024²⁸. I båda rapporterna framgår att prognosen för samtliga kontrollmoment är att inga eller godtagbara avvikelser finns.

Den slutliga uppföljningen av internkontrollplanen görs vid sammanträdet i mars 2025²⁹. Där anges samma bedömning som i tertiäl- och delårsrapporten, dvs. att inga eller godtagbara avvikelser finns för samtliga kontrollmoment.

3.3.6 Regionala utvecklingsnämnden

3.3.6.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Regionala utvecklingsnämndens riskanalys för år 2024 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. I nämndens internkontrollrapport beskrivs nämndens riskanalysarbete och det framgår att underlag för riskanalysen och riskbedömning har tagits fram utifrån input från ledningens genomgångar, avvikelser, externa revisioner, myndighetsgranskningar, verksamhetsberättelser och årsbokslut.

Totalt identifieras tre risker i riskanalysen. Samtliga risker har värderats till 9, vilket enligt gällande rutiner innebär att det är risker som kräver åtgärder. Det framgår åtgärdsförslag för respektive risk, dock anges ingen handlingsplan för hur risken ska hanteras.

3.3.6.2 Internkontrollplan

Regionala utvecklingsnämnden beslutade om sin internkontrollplan för 2024 i oktober 2023³⁰. I internkontrollplanen finns tre kontrollmoment, samtliga tre risker om identifierades i riskanalysen. I internkontrollplanen framgår riskernas riskvärde, kontrollansvarig, frekvens av kontrollen, metod, när kontrollen ska rapporteras och till vem/vilka rapporteringen ska ske. Samtliga kontrollmoment skulle senast rapporteras i rapporteringen vid årets slut.

²⁷ Patientnämnden, 2024-05-22 §24

²⁸ Patientnämnden, 2024-09-18 §47

²⁹ Patientnämnden, 2025-03-05 §16

³⁰ Regionala utvecklingsnämnden, 2023-10-19 §119

3.3.6.3 Uppföljning av intern kontroll

Internkontrollplanen följs upp i samband med nämndens delårsrapport för år 2024³¹. I delårsrapporten framgår att prognosen för två kontrollmoment är att inga eller godtagbara avvikelser finns. För ett av kontrollmomenten, avseende rekvisition av medel till nämndens projekt, anges att avvikelser/brister observerats och att åtgärd därför kommer behöva övervägas. I uppföljningen ges en kommentar avseende de brister som påvisats.

Den slutliga uppföljningen sker vid sammanträdet i februari 2025³². Där framgår att det i två kontrollmoment observerats avvikelser/brister där åtgärd bör övervägas. Följande anges för dessa kontrollmoment:

- **Rekvisition av medel till regionala utvecklingsnämndens projekt:** Några av nämndens egna projekt rekviderade inte medel enligt finansiärernas beslut.
- **Risken att förvaltningen är liten med en sårbar bemanning:** Det finns en ökad arbetsbelastning på strategier, vilket leder till att förvaltningen för sent upptäcker att projekt hos externa aktörer inte utvecklas i önskvärd riktning, samt att förvaltningen inte har möjlighet att svara på remisser som är viktiga för det regionala utvecklingsuppdraget.

I uppföljningen redovisas åtgärder för de kontroller där avvikelser observerats.

3.3.7 Servicenämnden

3.3.7.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Servicenämndens riskanalys för år 2024 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. I nämndens internkontrollrapport beskrivs nämndens riskanalysarbete. I rapporten framgår att underlag för riskanalysen och riskbedömning har tagits fram från ledningens genomgångar, avvikelser, externa revisioner, myndighetsgranskningar, verksamhetsberättelser och årsbokslut. Det anges vidare att det är ledningsgruppen för Regionenservice, med stöd av processägare, som har identifierat och bedömt riskerna i riskanalysen.

Totalt identifieras 23 risker som avser områdena "Hållbar utveckling", "Till nytta för Dalarnas invånare" och "Ett gott medarbetarskap och ledarskap". I riskanalysen värderas tre av riskerna till ett riskvärde över 8, vilket enligt gällande rutiner innebär att det är risker som kräver åtgärder. För samtliga risker finns ett åtgärdsförslag och en handlingsplan.

3.3.7.2 Internkontrollplan

Servicenämnden beslutade om sin internkontrollplan för 2024 i oktober 2023³³. I internkontrollplanen finns fyra kontrollmoment, varav tre av dessa är de risker som

³¹ Regionala utvecklingsnämnden, 2024-08-30 §73

³² Regionala utvecklingsnämnden, 2025-02-18 §15

³³ Servicenämnden, 2023-10-27 §43

värderats högst (ett riskvärde över 8) i nämndens riskanalys. I internkontrollplanen framgår riskernas riskvärde, kontrollansvarig, frekvens av kontrollen, metod, när kontrollen ska rapporteras och till vem/vilka rapporteringen ska ske. Samtliga kontrollmoment skulle senast rapporteras i rapporteringen vid årets slut.

3.3.7.3 Uppföljning av intern kontroll

Internkontrollplanen följs upp i samband med nämndens delårsrapport för år 2024³⁴. I delårsrapporten framgår att prognosen för samtliga kontrollmoment är att inga eller godtagbara finns.

Den slutliga uppföljningen av internkontrollplanen görs vid sammanträdet i februari 2025³⁵. Där anges samma bedömning som vid delårsbokslutet, dvs. att inga eller godtagbara avvikelser finns för samtliga kontrollmoment.

3.3.8 Tandvårdsnämnden

3.3.8.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Tandvårdsnämndens riskanalys för år 2024 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. I nämndens internkontrollrapport beskrivs nämndens riskanalysarbete och det anges att riskanalysen utarbetats övergripande på förvaltningsnivå, samt att nämndens ledamöter i samband med målworkshop har haft möjlighet att diskutera risker och eventuella kontrollmoment i internkontrollplanen.

Totalt identifieras 164 risker inom flertalet olika områden, bland annat "Utveckling", "Avtalstrohet", "Arbetsmiljö" och "Ekonomi". I riskanalysen värderas 64 av riskerna till ett riskvärde över 8, vilket enligt gällande rutiner innebär att det är risker som kräver åtgärder. För samtliga risker finns ett åtgärdsförslag. För vissa av riskerna framgår även om riskerna ingått i internkontrollen år 2023, samt om de ska ingå i internkontrollplanen år 2024. Det är totalt åtta risker som enligt riskanalysen ska ingå inom ramen för den interna kontrollen år 2024.

3.3.8.2 Internkontrollplan

Tandvårdsnämnden beslutade om sin internkontrollplan för 2024 i december 2023³⁶. I internkontrollplanen finns sex kontrollmoment, riskerna som enligt riskanalysen skulle ingå inom ramen för den interna kontrollen. Några av riskerna har slagits samman i ett och samma kontrollmoment. I internkontrollplanen framgår riskernas riskvärde, kontrollansvarig, frekvens av kontrollen, metod, när kontrollen ska rapporteras och till vem/vilka rapporteringen ska ske. I internkontrollplanen anges att samtliga kontroller ska rapporteras i samband med bokslutsrapporteringen 2024.

³⁴ Servicenämnden 2024-09-06 §41

³⁵ Servicenämnden, 2025-02-19 §7

³⁶ Tandvårdsnämnden, 2023-12-07 §45

3.3.8.3 Uppföljning av intern kontroll

Internkontrollplanen följs upp i samband med nämndens delårsrapport för år 2024³⁷. Där anges att förvaltningen valt att inte lägga en prognos kring hur resultatet för respektive kontroll förväntas bli. Detta då flera av kontrollerna inte är utförda, och det framgår att det finns en stor risk att utfallet och slutsatser styrs av ett tidigare prognostiserat utfall.

Den slutliga uppföljningen av internkontrollplanen görs vid sammanträdet i februari 2025³⁸. Där framgår att det i två kontroller observerats betydande avvikelser/brister där åtgärder krävs, och i två andra kontroller har det observerats avvikelser/brister där åtgärd bör övervägas. Övriga två risker har inga eller godtagbara avvikelser observerats. De kontroller där avvikelser/brister observerats är:

- **Debitering av uteblivandeavgift enligt gällande regelverk:** Det finns en variation mellan klinikerna gällande förståelsen för gällande regelverk.
- **Följsamhet till gällande tandvårdstaxa:** Det förekommer några avvikelser gällande debitering, där behandlarna tagit en högre åtgärd än daganteckningarna stödjer.
- **Granskning av följsamhet till rutin om behörighetsstyrning:** Det finns några kliniker där det saknas tillräckliga arbetssätt för att följa rutinen om att avsluta behörigheter när medarbetare byter eller avslutar en anställning.
- **Säkerställandet av tillgången till akut tandvård till befolkningen i vardagen och under semestertider genom en god kliniksamverkan:** Flertalet medarbetare känner inte till vem som har chefsansvaret på kliniken när ordinarie chef hade semester.

I uppföljningen redovisas åtgärder för de kontroller där avvikelser observerats.

3.3.9 Hjälpmedelsnämnden

3.3.9.1 Risk- och väsentlighetsanalys

Hjälpmedelsnämndens riskanalys för år 2024 har följt mallen som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. I nämndens internkontrollrapport beskrivs nämndens riskanalysarbete och det anges att riskanalysen samt riskbedömningen har tagits fram genom input från ledningens genomgång, verksamhetsberättelser, årsbokslut, avvikelser och externa revisioner. Vidare anges att det är förvaltningens verksamhetschefer, avdelningschefer och huvudskyddsombud som arbetat med riskanalysen och riskbedömningen.

Totalt identifieras sju risker inom processerna/områdena "Arbetsmiljö", "Oegentligheter", "IT/informationssäkerhet", "Patientsäkerhet", "Medborgare", "Ekonomi" och "Kris och beredskap". I riskanalysen värderas två av riskerna till ett riskvärde över 8, vilket enligt gällande rutiner innebär att det är risker som kräver åtgärder. En risk har inte värderats. För samtliga risker, utöver risken som inte har

³⁷ Tandvårdsnämnden, 2024-09-26 §34

³⁸ Tandvårdsnämnden, 2025-02-19 §5

riskvärderats, finns ett åtgärdsförslag, men dock ingen handlingsplan för hur respektive risk ska hanteras.

3.3.9.2 Internkontrollplan

Hjälpmedelsnämnden fastställde sin internkontrollplan för 2024 vid sammanträdet i november 2023³⁹. I internkontrollplanen fastställs totalt åtta kontrollmoment. Sju av dessa är kopplade till riskerna i riskanalysen, medan en kontroll inte har någon tydlig koppling till riskerna som identifierats i riskanalysen. I internkontrollplanen framgår kontrollansvar, frekvens, metod, när rapportering ska ske samt till vem/vilka, däremot framgår inte riskvärdet för respektive kontroll. Majoriteten av kontrollmomenten skulle rapporteras vid årsbokslutet, medan två kontroller även skulle rapporteras vid månads-, tertial-, delår- och årsbokslut.

3.3.9.3 Uppföljning av intern kontroll

Internkontrollplanen följs upp i samband med nämndens delårsrapport för år 2024⁴⁰. I uppföljningen följs dock bara sju av de åtta kontrollmomenten upp. För dessa sju är prognosen för sex av kontrollmomenten att inga eller godtagbara avvikelser finns, medan prognosen för ett kontrollmoment är att avvikelser/brister observeras och åtgärder bör övervägas. De två punkter som enligt internkontrollplanen skulle följas upp månadsvis har redovisats till nämnden i enlighet med fastställd plan.

Den slutliga uppföljningen görs vid sammanträdet i februari 2025⁴¹. Där följs samtliga åtta kontrollmoment upp, och den slutliga bedömningen är att inga eller godtagbara avvikelser/brister finns för några kontroller.

3.3.10 Bedömning

Vi bedömer att riskbedömningar/riskanalyser i allt väsentligt har utförts och dokumenterats för styrelsens och nämndernas verksamhetsområden.

Vi konstaterar att riskanalyser har upprättats för styrelsen och samtliga nämnder. Dessa riskanalyser har dokumenterats i den mall som tagits fram som stöd i internkontrollarbetet. I några nämnders/verksamheters riskanalyser noteras mindre avvikelser, t.ex. felberäkning av riskvärdering. Dessa avvikelser har dock inte påverkat det fortsatta internkontrollarbetet.

Vi noterar att angivandet av åtgärdsförslag och handlingsplaner varierar mellan nämndernas riskanalyser. Vi noterar att det i vissa riskanalyser saknas åtgärdsplaner och handlingsplaner i sin helhet, i vissa framgår åtgärdsförslag men inte handlingsplaner, och i andra både åtgärdsförslag och handlingsplaner. Enligt *Rutin för riskhantering* ska en handlingsplan/åtgärdsplan alltid upprättas enligt gällande lagkrav och innehålla en tidplan för genomförandet av åtgärder. Vi bedömer utifrån detta att det finns ett behov av att säkerställa enhetlig hantering avseende åtgärder och handlingsplaner för risker som identifieras i riskanalyserna.

³⁹ Hjälpmedelsnämnden, 2023-11-02 §46

⁴⁰ Hjälpmedelsnämnden, 2024-09-05 §37

⁴¹ Hjälpmedelsnämnden, 2025-02-27 §9

Vi noterar vidare att arbetssätten för att identifiera och värdera risker i riskanalysarbetet i vissa delar skiljer sig åt i de olika nämnderna. Vi noterar att vissa av nämnderna på något sätt är delaktiga i riskanalysarbetet, medan andra nämnders riskanalyser i huvudsak sker på förvaltningsnivå. Enligt fastställt målsättningsdirektiv ska *nämnderna* årligen bedöma risker i verksamheten. Utifrån gällande rutiner för riskanalysarbetet bedömer vi att det inte är helt tydligt hur nämnderna ska involveras i riskbedömningen. Vi anser därför att det kan finnas ett behov av att tydliggöra hur riskanalyserna ska genomföras så att nämnderna får tillräckliga förutsättningar att bedöma riskerna.

Vidare bedömer vi att styrelse och nämnder har upprättat internkontrollplaner för år 2024. Enligt vår bedömning ligger valda kontrollaktiviteter i allt väsentligt i linje med bedömningarna i riskbedömningarna/analyserna.

Samtliga nämnder har upprättat och fastställt internkontrollplaner i enlighet med gällande rutiner. Vi bedömer att det för majoriteten av kontrollmomenten i internkontrollplanen finns en tydlig koppling till de risker som identifieras i riskanalysen, men vi noterar att det för vissa kontrollmoment saknas en tydlig koppling till en eller flera risker i riskanalysen.

Vidare noterar vi att det i hjälpmedelsnämndens internkontrollplan saknas information om riskvärdering för respektive risk/kontroll, vilket ska framgå enligt gällande rutiner.

Enligt upprättad *Rutin för internkontrollplan* ska förvaltningschef utifrån genomförd risk- och väsentlighetsanalys välja ut ett antal områden som särskilt ska behandlas inom ramen för den interna kontrollen under året. I rutinen anges att områdena/riskerna förslagsvis ska ha värderats till 8 eller högre i riskanalysen. Vi noterar vid genomgången av styrelsens och nämndernas internkontrollplaner att det förekommer risker som bedömts vara höga (dvs. en risk med riskvärde 8 eller högre) som inte har tagits upp i internkontrollplanen. Det förekommer också att risker som har värderats till lägre riskvärden har inkluderats som kontrollmoment i några av nämndernas internkontrollplaner. Vi bedömer utifrån detta att det fortsatt finns ett behov av att tydliggöra hur risker med höga riskvärden ska hanteras i relation till internkontrollplanen, vilket också påpekades i tidigare års granskning av intern kontroll⁴².

Vi bedömer att styrelsen och nämnderna har mottagit åiterrapportering av intern kontroll i den utsträckning som föreskrivs i regionens styrande dokument samt i styrelsens och nämndernas interna kontrollplaner.

Enligt gällande rutiner ska styrelsen och nämnderna i samband med delårsbokslut och verksamhetsberättelse skriftligen följa upp och rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen till styrelsen. Vi konstaterar att regionstyrelsen och samtliga nämnder har följt upp fastställda kontrollmoment vid delårsbokslut och vid året slut i samband med verksamhetsberättelsen. Vi noterar dock att några av regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens fastställda kontrollmoment inte har genomförts under året. Vi noterar också att hjälpmedelsnämnden inte följt upp ett av sina kontrollmoment i samband med delårsrapporteringen, dock följs samtliga kontrollmoment upp i den slutliga uppföljningen vid årets slut.

⁴² Granskning av intern kontroll 2023, 2024-03-25

3.4 Uppföljning av tidigare rekommendationer

I granskningen av intern kontroll år 2023 lämnades sex rekommendationer till styrelsen och några av nämnderna. Dessa rekommendationer följs upp i tabellen nedan.

Rekommendation	Bedömning	Kommentar
Regionstyrelsen rekommenderas att se över och göra eventuella uppdateringar av rutinen för riskhantering och rutinen för intern kontroll då dessa endast var giltiga till och med 2023-07-06 respektive 2023-07-01	Åtgärdad	Rutinerna har uppdaterats och är numera giltiga till och med 2027-08-27.
Regionstyrelsen rekommenderas att tydliggöra när risker med ett högt riskvärde ska tas upp i internkontrollplanen, respektive när det är tillräckligt att risken tas upp i handlingsplanerna.	Kvarstår delvis	I upprättade rutiner har det tydliggjorts att förvaltningschef utifrån upprättad riskanalys ska välja ut ett antal områden som förslagsvis har riskvärdet 8 eller högre, vilka ska ingå i internkontrollplanen under året. Vid genomgång av styrelsen och nämndernas riskanalyser och internkontrollplan noterar vi dock att det förekommer att risker med riskvärden över 8 inte tas med i internkontrollplanen, och ser därför ett fortsatt behov av att tydliggöra hanteringen av dessa risker i relation till internkontrollplanen.
Regionstyrelsen och kollektivtrafiknämnden rekommenderas att tillse att åtgärder tas i enlighet med Region Dalarnas rutin för riskhantering	Kvarstår för regionstyrelsen	Kollektivtrafiknämnden har i sin riskanalys inför år 2024 redovisat åtgärdsförslag för samtliga risker som identifierats. Vi noterar dock att åtgärdsförslag inte framgår för

angående de risker som identifierats vara av hög risk som inte tagits upp i internkontrollplanen eller i handlingsplanen.		samtliga risker i regionstyrelsens riskanalys.
Kollektivtrafiknämnden rekommenderas att återrapportera resultat av kontrollmomenten i den utsträckning som anges i internkontrollplanerna.	Åtgärdad	Kollektivtrafiknämnden har följt upp kontrollmomenten i internkontrollplanen i enlighet med internkontrollplanen, dvs. i samband med delårs- och årsrapport.
Servicenämnden rekommenderas att under år 2024, genomföra det kontrollmomentet, i form av en enkät, som inte genomfördes under år 2023.	Åtgärdad	I servicenämndens årsrapport för internkontrollplanen 2024 anges att kontrollpunkten som inte genomfördes år 2023 har genomförts. Kontrollen visade på ett gott patientbetyg, och inga åtgärder behövde vidtas.
Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderades att säkerställa att kontroller genomförs i enlighet med internkontrollplanen för hörsel och syn på de avdelningar där kontroller inte ännu genomförts.	Kvarstår delvis	Det var två kontroller som inte hade genomförts i enlighet med internkontrollplanen år 2023. En av dessa kontroller ingår i internkontrollplanen för 2024, däremot framgår inte den andra kontrollen.

4 Samlad bedömning och rekommendationer

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

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

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi regionstyrelsen att:

Region Dalarna

Granskning av intern kontroll

2025-03-31

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

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- Säkerställa att kontrollmoment som fastställts i internkontrollplanen genomförs.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi hjälpmedelsnämnden att:

- Säkerställa att riskvärderingen för respektive risk framgår av internkontrollplanen.
- Säkerställa att samtliga kontrollmoment följs upp i enlighet med fastställd internkontrollplan.

Kristoffer Bodin

Certifierad kommunal yrkesrevisor

Olivia Gonzalez

Verksamhetsrevisor

Veronica Hedlund Lundgren

Certifierad kommunal yrkesrevisor och kvalitetssäkrare

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