

Regionstyrelsen

Granskning av styrelsens arbete med Internkontrollplan 2015

På vårt uppdrag har revisionskontoret genomfört en granskning av styrelsens arbete med internkontrollplanen för år 2015. Bakgrunden till granskningen är den stora betydelse som en god intern kontroll har för styrelsens möjligheter att uppfylla fullmäktiges mål och de för verksamheterna gällande regelverket.

Granskningen syftar till att undersöka om styrelsens internkontrollplan är upprättad och genomförd i enlighet med det av fullmäktige beslutade internkontrollreglementet och uppfyller kommunallagens bestämmelser. Granskningen har även omfattat att undersöka om det finns tillfredsställande rutiner för återrapportering och uppföljning av arbetet med att genomföra internkontrollplanen.

Sammanfattningsvis bedömer vi att internkontrollplanen 2015 i stort är upprättad i enlighet med internkontrollreglementet. Granskningen har även visat på brister, bland annat i kartläggningen av riskområden inför upprättande av planen vilket kan medföra att områden med behov av angelägna riskförebyggande åtgärder inte identifierats. Vi har noterat brister i dokumentationen av risk- och väsentlighetsanalysen samt att det i några fall är oklart vem som är ansvarig för återrapportering av åtgärder enligt internkontrollplanen. Det uppges från några av de intervjuade att det inte är klargjort vad ansvaret enligt planen innebär.

Vi rekommenderar följande förbättringar:

- Genomför riskinventering i samtliga verksamheter för att säkerställa att prioriteringar av riskförebyggande åtgärder sätts in där de största riskerna finns.
- Dokumentera risk- och väsentlighetsanalyser för att tydliggöra motivering och prioritering av riskområdena i internkontrollplanen för alla berörda och underlätta vid uppföljning och planering.
- En tydligare kommunikation mellan samordningskansliet, stabscheferna och de som utsetts som ansvariga i internkontrollplanen så att det är klart vad ansvaret innebär och vad som förväntas i återredovisningar och uppföljningar.
- Säkerställ att internkontrollreglementet efterlevs när det gäller redovisning av styrelsens arbete med interna kontrollen till fullmäktige.

Vi emotser senast den 2015-11-03 en redovisning av vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Region Jämtland Härjedalens revisorer


Mona Nyberg
Ordförande


Annelie Bengtsson
V ordförande

Bilaga

Rapport av Granskning av styrelsens internkontrollplan

Kopia till

Regiondirektören
Biträdande regiondirektören
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Chefen för samordningskansliet
Chefen för Planerings- och beställarstaben
Chefen för patientsäkerhetsenheten



Revisionsrapport

Granskning av
styrelsens internkontrollplan

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING	4
2	INLEDNING/BAKGRUND	5
3	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING	5
4	REVISIONSKRITERIER	6
5	METOD	6
6	RESULTAT	6
6.1	HAR STYRELSENS INTERNKONTROLLPLAN UPPRÄTTATS I ENLIGHET MED REGIONENS INTERNKONTROLLREGLEMENTE?	6
6.1.1	Iakttagelser	7
6.1.2	Bedömning och rekommendationer	8
6.2	FINNS RUTINER FÖR EN VÄL FUNGERANDE RAPPORTERING OCH UPPFÖLJNING AV STYRELSENS INTERNKONTROLLPLAN? FÖLJS RUTINERNA?.....	8
6.2.1	Iakttagelser	9
6.2.2	Bedömning och rekommendationer	10
6.3	FINNS RUTINER FÖR ATT FÖLJA UPP OCH ÅTGÄRDA AVVIKELSER SOM IDENTIFIERATS VID UPPFÖLJNING AV STYRELSENS INTERNKONTROLLPLAN?	10
6.3.1	Iakttagelser	10
6.3.2	Bedömning och rekommendationer	11
6.4	SLUTSATS.....	11
7	ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE	11
8	BILAGOR	12
8.1	BILAGA 1- RISKKARTA	12

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

1 SAMMANFATTNING

Granskningens övergripande syfte har varit att svara på om styrelsens internkontrollplan för år 2015 är upprättad i enlighet med internkontrollreglemente och kommunallag samt om det finns tillfredställande rutiner för återrapportering och uppföljning.

Inledningsvis vill vi nämna att vi under granskningen noterat att arbetet med internkontrollplanen är under utveckling, vilket är positivt. Vi har dock i granskningen noterat vissa brister där ytterligare åtgärder kan vidtas för att stärka arbetet med internkontrollplanen ytterligare.

Kartläggningen av regionens riskområden behöver utvecklas för att säkerställa att väsentliga riskområden inte utelämnas och att rätt riskområden prioriteras i åtgärdsplaner. Det finns även anledning att se över rutinen för vilka som involveras i kartläggningen av riskerna och tydliggöra stabschefernas ansvar att fånga alla verksamheter. I granskningen har framkommit kritiska synpunkter på arbetet med kartläggningen t.ex. från patientsäkerhetsenheten med sina verksamhetsövergripande erfarenheter som inte efterfrågats i arbetet med internkontrollplanen.

I våra intervjuer har även framkommit att det inte hos alla berörda är klargjort vilka som är dom bakomliggande orsakerna till riskerna i internkontrollplanen och även en oklarhet över vilka personer som är ansvariga att återrapportera åtgärden i planen. Vi bedömer att dokumentation av risk- och väsentlighetsanalyserna, från kartläggningen, skulle ge bättre förutsättningar för riskvärderingen, tydliggöra motiveringen av riskerna och därmed underlätta återrapportering för ansvariga samt ge ett bra underlag inför nästkommande års risk- och väsentlighetsanalys. Vi ser även att tydligare kommunikation mellan samordningskansliet, stabscheferna och de som utsetts som ansvariga för internkontrollplanens riskområden kan stärka rutinen för återredovisning och även klargöra vad ansvaret innebär.

Enligt uppgift har rutinen för planering av återrapportering förbättrats, dock uteblev återredovisningen för tre av de tio riskområdena i internkontrollplanen vid styrelsens uppföljning i maj. Styrelsens återrapportering av arbetet med internkontrollplanen till fullmäktige har uteblivit vilket inte är tillfredställande.

Sammanfattningsvis är vår bedömning att internkontrollplanen i stort är upprättad i enlighet med internkontrollreglementet, men att det finns brister i rutinerna för kartläggningen av riskerna vilket gör att det finns en risk att riskområden inte fångas i analysen. Det finns även brister i rutinerna för återrapportering och uppföljning, då det från flera av de intervjuade framkommit oklarheter kring riskområdets bakomliggande orsaker och vilka som är ansvariga för att följa upp riskerna.

Vi lämnar följande rekommendationer:

- ✓ Klargör vikten av grundligt genomförda risk- och väsentlighetsanalyser. Ta tillvara på regionens befintliga resurser t.ex. erfarenheter från patientsäkerhetsenheten och tydliggör stabschefernas ansvarsområden för att säkerställa att samtliga riskområden i organisationen fångas vid kartläggningen.
- ✓ Dokumentera risk- och väsentlighetsanalyserna för att tydliggöra motivering och prioritering av riskområdena och underlätta vid uppföljning och planering.
- ✓ Tydliggör och kommunicera om innehållet i internkontrollplanen, ansvaret för återrapportering mm med de utsedda ansvariga och stabschefer för genomförandet av åtgärder och uppföljning av planen.

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

2 INLEDNING/BAKGRUND

Styrelsen har enligt KomL 6 kap. ett uppdrag att leda och samordna regionens angelägenheter samt ha uppsikt över att regionens verksamhet bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. Styrelsen ansvarar för att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten i övrigt bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

Av *Reglemente för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen 2015-2018* framgår att styrelsen ska ha uppsikt över verksamheterna och se till att den interna kontrollen är tillräcklig, bl.a. genom att årligen fastställa en plan och följa upp den interna kontrollen.

Syftet med intern kontroll är att säkerställa att de av fullmäktige fastställda målen uppfylls inom ramen för gällande lagar. Om rutinerna för arbetet med den interna kontrollen inte fungerar tillfredsställande finns en risk för att regionen inte når uppsatta mål.

Det har i revisorernas tidigare granskning framkommit att risk- och väsentlighetsanalysen inte gjorts i enlighet med internkontrollreglementet vid framtagandet av internkontrollplanen för 2014. Det noterades även en brist att styrelsen trots konstaterade avvikelser inte gjort ansvarsutkrävande eller beslutat om krav på handlingsplaner¹.

Regionens revisorer har genom sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt det angeläget att genomföra en granskning av regionstyrelsens arbete med internkontrollplanen. Granskningen ingår i revisorernas revisionsplan för år 2015.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Granskningens syfte har varit att bedöma om styrelsens internkontrollplan är upprättad i enlighet med det internkontrollreglemente regionfullmäktige beslutat om, kommunallagen samt om det finns tillfredställande rutiner för återrapportering och uppföljning.

Revisionsfrågor

Granskningen besvarar följande revisionsfrågor:

- Har styrelsens internkontrollplan upprättats i enlighet med regionens internkontrollreglemente?
- Finns rutiner för en väl fungerande rapportering och uppföljning av styrelsens internkontrollplan?
- Följs rutinerna för rapportering och uppföljning?
- Finns rutiner för att följa upp och åtgärda avvikelser som identifierats vid uppföljning av styrelsens internkontrollplan?

¹ REV/9/2014

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Avgränsning

Granskningen har avgränsats till regionstyrelsens internkontrollplans uppbyggnad utifrån internkontrollreglementet samt rutiner för återrapportering och uppföljning. Granskningen omfattar inte kvalitén i den återrapportering och uppföljning som sker eller värderat beslutade åtgärder.

4 REVISIONSKRITERIER

Uppfylls kraven enligt:

- Kommunallag (1991:900) 6 kap. 1-7 §§ styrelsens uppgifter och ansvar
- Reglemente för regionstyrelsen i Region Jämtland Härjedalen 2015-2018 (LS/185/2014)
- Internkontrollreglemente för Region Jämtland Härjedalen (LS/1477/2014)

5 METOD

Granskningen har genomförts genom dokumentanalys och intervjuer med berörda tjänstemän.

Dokument som granskats är internkontrollreglemente, internkontrollplan för år 2015 och styrelse- och fullmäktigeprotokoll.

Intervjuer har genomförts med planerings- och beställarstabschefen, patientsäkerhetschefen, kanslichef och samordnaren vid samordningskansliet. Kortare avstämningar har genomförts med cheferna för upphandlingsenheten och beställarenheten samt hälso- och sjukvårdsdirektören.

6 RESULTAT

6.1 Har styrelsens internkontrollplan upprättats i enlighet med regionens internkontrollreglemente?

Enligt Internkontrollreglemente för Region Jämtland Härjedalen ska:

- ❖ stabschefer årligen genomföra risk- och väsentlighetsanalyser i syfte att ta fram underlag till nästa års internkontrollplan. Resultatet av risk- och väsentlighetsanalyserna ska dokumenteras och redovisas för regiondirektören.
- ❖ regionstyrelsen årligen fastställa en internkontrollplan för nästkommande verksamhetsår.
- ❖ det vid arbetet med intern kontroll finnas en tydlighet i arbetsuppgifter, ansvar, funktioner och fördelning av dessa.

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

6.1.1 Iakttagelser

Internkontrollplanens struktur

Regionstyrelsens internkontrollplan antogs 2015 i november 2014². Planen är indelad i fem kontrollområden; medarbetare, verksamhetsresultat, patient, samhälle och delegationer³. Planen innehåller de delar som ska ingå enligt reglementet, med undantag för tidpunkt för åiterrapportering till styrelsen.

Tabell 1: Mall internkontrollplan LS/1477/2014

Rutinerna för arbetet med internkontrollplanen

Samordnaren betonar att arbetet med internkontrollplanen fortfarande är under utveckling

Risk	Konsekvens	Åtgärd	Riskbedömning (kopplat till riskkarta)	Ansvarig	Rapportering

och kan förbättras ytterligare t.ex. genom bättre precision av riskerna. Inför nästa års plan planeras, enligt uppgift, att stabscheferna samlas för en gemensam genomgång av risk- och väsentlighetsanalyserna för att ge möjlighet till en mer samlad bild och en liktydig bedömning av riskerna.

Rutinen inför 2015 års internkontrollplan har, enligt uppgift, varit att stabscheferna enskilt analyserat fram respektive stabs riskområden utifrån regionens strategiska mål, värderat dem enligt riskkartan (Se bilaga 8.1) och lämnat materialet till samordningskansliet för sammanställning. Fördelningen har, enligt uppgift, varit två-tre insatser per kontrollområde för att det ska vara rimligt för de som utsetts till ansvariga för åiterrapportering att hinna med. Det är de högst prioriterade riskområdena som kommit med i slutversionen, och styrelsen har haft möjlighet att komplettera planen om de önskat.

Arbetet med kartläggning och analysering av riskområdena behöver utvecklas

Enligt internkontrollreglementet är riskbedömning en process där följande ingår:

- Kartläggning
- Uppskattning av konsekvens och sannolikhet
- Aktiviteter för att bearbeta riskerna

Det har i granskningen framkommit olika beskrivningar om hur stabernas risk- och väsentlighetsanalys har genomförts. En iakttagelse är att kartläggningen inte gjorts i verksamheterna, vilket gör att det finns en risk att områden som borde prioriterats inte har identifierats.

² 2014-11-04—05, 248 §

³ Delegationer tillkom efter revisorernas rekommendation vid 2014 års granskning av styrelsens arbete, ansvar och uppföljning (REV/9/2014)

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Vi har noterat att stabschefernas ansvarsområden vid kartläggningen inte framgår helt tydligt. Planeringschefen avsåg t.ex. att riskområdena mellan Hälsovalet och den regiondrivna primärvården skulle lyftas av primärvårdschefen utifrån perspektivet som utförare (dvs. i hälso- och sjukvårdsstabens analys) och tog därmed inte upp riskområdet i sin analys. Det framgår inte av denna granskning om detta var ett riskområde som fanns med i hälso- och sjukvårdsstabens ursprungliga kartläggning, riskområdet var dock inte med i slutprodukten.

Planeringschefen uppger att värderingen av stabens riskområden, dvs. uppskattningen av konsekvens och sannolikhet, gjordes av samordningskansliet. Enligt uppgift fanns inom stabens kartläggning riskområden som borde prioriterats högre än de som slutligen kom med i den färdigställda planen t.ex. inom fastighetsområdet. En otydlig riskbeskrivning eller en annorlunda bedömning av samordningskansliet kan, enligt planeringschefen, vara orsaken till detta.

Vi har i granskningen noterat kritiska synpunkter av arbetet med kartläggningen av internkontrollplanens riskområden. Patientsäkerhetsenheten ställer sig frågande till varför inte deras enhet tillfrågats att medverka i processen med kartläggningen med tanke på att enheten landstingsövergripande arbetar med intern kontroll. Enheten har en mängd mätresultat som visar på riskområden som uppges vara lämpliga att arbeta med från högre nivå.

6.1.2 Bedömning och rekommendationer

- Internkontrollplanens struktur avseende formalia överensstämmer med kriterierna i internkontrollreglementet, med undantag för tidpunkten för återrapportering till styrelsen där det endast står halvårsvis. Vi bedömer att ett datum skulle tydliggöra och stärka rutinen för de utsedda ansvarigas arbete.
- Kartläggningen av regionens riskområden behöver utvecklas. För att få en fullständig bild av alla verksamheter bedömer vi att det av stor vikt att grundliga inventeringar genomförs inför analyserna för att säkerställa att väsentliga riskområden inte utelämnas och att rätt riskområden prioriteras.
- Vi ser positivt på det utvecklingsarbete som pågår t.ex. den gemensamma träff med stabscheferna som kanslichefen planerat inför nästkommande års internkontrollplan. Vi ser dock ett behov av att tillvarata t.ex. patientsäkerhetsenhetens och centrumchefernas insyn i processen för att eliminera risken att områden "faller mellan stolarna".

Vi rekommenderar att vikten av grundligt genomförda risk- och väsentlighetsanalyser inklusive en gedigen kartläggning av verksamheternas riskområden tydliggörs.

Vi rekommenderar att regionens befintliga resurser tas tillvara på, och att stabschefernas ansvarsområden klargörs för att säkerställa att alla verksamheters identifierade riskområden fångas vid kartläggningen.

6.2 Finns rutiner för en väl fungerande rapportering och uppföljning av styrelsens internkontrollplan? Följs rutinerna?

Enligt Internkontrollreglemente för Region Jämtland Härjedalen ska:

- ❖ Respektive stabschef ansvarar för att kontroller som beslutats om i planen sker samt att de regelbundna uppföljningarna dokumenteras och lämnas till föredragande tjänsteman (som sammanställer materialet till styrelsens sammanträde).

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

- ❖ Regiondirektören ansvarar för att analysera resultatet, föreslå förbättringsåtgärder och halvårsvis presentera en rapport för styrelsen om resultatet av internkontrollen (vad som gjorts samt resultat av genomförda aktiviteter avseende internkontrollen)
- ❖ Regionstyrelsen under året, löpande följa upp den upprättade internkontrollplanen, avkräva ansvar för att åtgärdsplaner blir upprättade, genomförda och uppföljda i de fall där så krävs.
- ❖ Regionstyrelsen själva årligen informera fullmäktige om resultatet av genomförda kontroller enligt internkontrollplanen.

6.2.1 Iakttagelser

Ansvarsrollen och rutiner för uppföljning är otydlig

Av internkontrollreglementet framgår att det vid arbetet med intern kontroll ska finnas en tydlighet i arbetsuppgifter, ansvar, funktioner och fördelning av dessa. Det råder en oklarhet avseende ansvarsfördelningen i internkontrollplanen. Enligt uppgifter har flera av de som listats som ansvariga i planen inte varit samma person som återredovisat punkten. Dessa personer har i några fall inte heller delegerats uppgiften av den ansvarige. En av de ansvariga har inte alls involverats i uppföljningen av sin ansvarspunkt, utan uppger att kansliet erhållit återredovisningen från en annan person inom enheten.

Utifrån vad som framkommit i granskningen har ingen dokumentation gjorts t.ex. i form av bruttolista eller motivering till prioriteringar av riskområdena. Av internkontrollreglementet framgår att resultatet av risk- och väsentlighetsanalyserna ska dokumenteras, men det framgår inte om den slutliga planen är tillräcklig som dokumentation.

Vi har även noterat att det råder oklarheter om bakomliggande orsaker till de risker som listats i internkontrollplanen t.ex. motivering, hur värdering gjorts och vilken stab som kartlagt och prioriterat riskområdet. Om detta hade dokumenterats skulle uppföljningsarbetet troligen underlättats för de som delegerats att följa upp riskområden de ej varit med och kartlagt.

Uteblivna återrapporteringar till vid styrelsens sammanträde i maj

Enligt samordnaren har rutinen för planering av återrapporteringen förbättrats, jämfört med tidigare år då en mer sporadisk uppföljning skedde. Vid styrelsens sammanträde i maj uteblev dock rapportering för tre av punkterna. Enligt uppgift var orsaken att uppföljningen inte hann lämnas in i tid, men att rapportering av dessa punkter kommer att ske i augusti, vilket även framgår av beslut i styrelseprotokoll⁴.

Vid tidigare återrapporteringar har samordningskansliet redovisat internkontrollplanens resultat för styrelsen. Vi sammanträdet i maj bedömde styrelsens presidium i samråd med kanslichefen att en ärendebeskrivning var tillräcklig. Samordnaren hänvisar till att det i uppföljningen inte framkommit något som måste åtgärdas och att styrelsen troligen varit mer angelägen av en redovisning i de fall att uppföljningen visat på brister. En annan orsak uppges vara ett stort antal övriga ärenden vid sammanträdet.

⁴ RS/805/2015

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Fullmäktige har inte informerats av styrelsen

Enligt internkontrollreglementet ska styrelsen årligen informera fullmäktige om resultatet av de genomförda kontrollerna som återrappporterats från internkontrollplanen. Detta har styrelsen inte gjort. Enligt uppgift planeras detta att göras i november.

6.2.2 Bedömning och rekommendationer

- Rutinerna för arbetet med internkontrollplanen behöver tydliggöras. Det råder oklarhet såväl för de utsedda ansvariga, som för de som tagit fram planen kring vem som är ansvarig för återrappportering av punkterna i planen.
- När det gäller dokumentationen av risk- och väsentlighetsanalyserna framgår det inte helt tydligt av internkontrollreglementet vad kravet är. Vi bedömer att dokumentation av arbetet skulle ge bättre förutsättningar för, och tydliggöra, motivering och prioritering, av riskerna, klargöra rutinerna för ansvariga vid återrappportering samt ge ett bra underlag inför nästkommande års risk- och väsentlighetsanalys.
- De uteblivna återredovisningarna tyder på att det finns otydlighet i rutinen för uppföljning. Utebliven uppföljning kan innebära att det finns en risk för att stora avvikelser finns inom området som styrelsen inte har kontroll över. Vi bedömer att en tydligare beskrivning av vad ansvaret innebär kan stärka rutinen.
- Det är inte tillfredställande att styrelsens återrappportering till fullmäktige uteblivit.

Vi rekommenderar att styrelsen tydliggör och kommunicerar med internkontrollplanens utsedda ansvariga. Klargör även vad det innebär att vara ansvarig för återrappportering av internkontrollplanens punkter.

Vi rekommenderar att arbetet med risk- och väsentlighetsanalyserna dokumenteras för att tydliggöra motivering och prioritering av riskområdena och för att underlätta uppföljning och planering.

6.3 Finns rutiner för att följa upp och åtgärda avvikelser som identifierats vid uppföljning av styrelsens internkontrollplan?

Enligt Internkontrollreglemente för Region Jämtland Härjedalen ska:

- ❖ Respektive stabschef ansvara för att beslutade kontroller sker.
- ❖ Eventuella större avvikelser ska rapporteras enligt gällande avvikelshantering.
- ❖ Regionstyrelsen ska samt avkräva ansvar för att åtgärdsplaner blir upprättade, genomförda och uppföljda i de fall där så krävs.

6.3.1 Iakttagelser

Rutin för uppföljning och åtgärd vid avvikelser

Återrappportering av internkontrollplanen ska enligt internkontrollreglementet ske två gånger per år. Det som behöver följas upp ytterligare ska, enligt samordnaren, bli ett ärende och handläggas enligt ordinarie ärendeprocess. Avvikelser som identifieras mellan rapporteringstillfällena ska hanteras genom avvikelserrapportering.

Inget ärende eller ytterligare avvikelse har uppkommit kring punkterna i internkontrollplanen, enligt samordnaren.

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor
Tfn: 063-147527

Om ytterligare uppföljning eller åtgärd av avvikelser krävs finns, enligt samordnaren, tre vägar:

- Stabschefen själv (eller den som är ansvarig enligt planen) tar initiativet till uppföljning.
- Kansliberedningen tar upp frågan i dialog med stabschef (eller ansvarig) om att sätta in en uppföljningspunkt.
- Styrelsen beslutar om att uppföljning ska ske.

Styrelsen har vid sammanträdet i maj inte avkrävt något ansvar för de uteblivna återredovisningarna, vilket enligt uppgift, kan härledas till att rutinen är relativt ny. Ingen ytterligare åtgärdsplan av någon punkt i internkontrollplanen har heller krävts. Det är första gången återredovisning uteblir, skulle händelsen upprepas kommer problemet lyftas, uppger kanslichefen. Vidare kommer riskområden i internkontrollplanen som inte åtgärdats under året framledes följa med till nästkommande års plan.

6.3.2 Bedömning och rekommendationer

- Vi bedömer att rutiner finns, men konstaterar att ingen ytterligare uppföljning eller åtgärd av identifierade avvikelser utöver den ordinarie uppföljning har beslutats.

6.4 SLUTSATS

Granskningens syfte var att svara på om styrelsens internkontrollplan är upprättad i enlighet med internkontrollreglementet som regionfullmäktige beslutat om, kommunallagen samt om det finns tillfredställande rutiner för återrapportering och uppföljning.

Vår bedömning är att internkontrollplanen i sin struktur är upprättad i enlighet med internkontrollreglementet. I granskningen har dock framkommit att det finns delar i arbetet med internkontrollplanen som behöver utvecklas. Detta gäller kartläggning och analysering av risker där det saknas uppgifter från verksamheterna. Det finns även brister i rutinerna för återrapportering och uppföljning, då det framkommit flera oklarheter kring riskområdets bakomliggande orsaker och vilka som är ansvariga för att följa upp riskerna.

7 ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare⁵:

Kvalitetssäkring⁶:

Therese Norrbelius
Kommunal yrkesrevisor

Majvor Enström
Revisionsdirektör
Certifierad kommunal revisor

⁵ Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

⁶ Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

Therese Norrbelius
 Kommunal yrkesrevisor
 Tfn: 063-147527

8 BILAGOR

8.1 BILAGA 1- RISKKARTA

Riskkarta för internkontroll

K4 Mycket allvarlig	4	8	12	16
K3 Allvarlig	3	6	9	12
K2 Mindre allvarlig	2	4	6	8
K1 Ringa	1	2	3	4
Konsekvens/ Sannolikhet	S1 Mycket liten	S2 Liten	S3 Stor	S4 Mycket stor