

Uppföljning och rapportering av intern kontroll för perioden 2022-01-01 - 2022-12-31

Nämnd/styrelse och dess verksamhet ska försäkra sig om att planen för den interna kontrollen genomförs och vid behov vidta åtgärder som säkerställer att den interna kontrollen är tillräcklig. Uppföljningen är en viktig del i arbetet med att förebygga, upptäcka och åtgärda avvikelser, fel och brister som kan utgöra hinder för att Region Skåne ska kunna nå sina mål på ett säkert och effektivt sätt. Uppföljning samt rapportering av åtgärder och resultat ska ske i den omfattning och vid de tidpunkter som fastställts i planen, dock vid minst två tillfällen per år – i samband med delårsrapport och årsredovisning.

Rapportering sker baserat på instruktion för intern kontroll 2022, fastställd av regionstyrelsen 2021-10-21 (§ 204).

Färgskala riskbedömningar

Färgskala rapportering (grad av avvikelse)

Färgskala utvärdering

	13–16: Direkt åtgärd krävs - minimera		Större avvikelse		Omedelbara åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll
	9–12: Reducera riskerna - åtgärda		Avvikelse		Åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillräcklig intern kontroll
	4–8: Håll under uppsikt - uppmärksamma		Mindre avvikelse		Förbättringsområden finns
	1–3: Inget agerande krävs - acceptera		Obetydlig avvikelse		Tillfredsställande
	Uppgift saknas		Uppgift saknas		Uppgift saknas

1. Årsrapportering – Sammanvägd bedömning för intern kontroll 2022

Övergripande kontrollområde:	Risk enligt plan 2022	Grad av avvikelse 2022	Kommentar
Bättre liv och hälsa för fler			Utvecklat samverkan och samarbete för att minimera undvikbara besök vid akutmottagning och slutenvård genom förbättrad planering i SIP/SVU och minimera undvikbara återinläggningar. Åtgärder som kontaktmöjlighet till specialistkonsult samt dagvårdsplatser har inrättats. Samverkan med kommun och primärvård genom delregionalt samverkansorgan och delregional tjänstemannaberedning. Uppföljning av utskrivningsklara patienter. Förvaltningsövergripande arbete och uppföljning för att minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring. Uppföljning löpande på Dialogmöten ger en bra och tydlig bild av patientsäkerhetsarbetet på respektive VO. Covid -19 har påvisat brister vad gäller jämlik vård, bla med ökade risker för personer i socialt utsatta områden att insjukna samt avvikande vaccinationsgrad.
Tillgänglighet och kvalitet			Tillgängligheten når inte målen för tillgänglighetssatsningen. Fortlöpande arbete med kontinuerlig revision av köerna och fortsatt utveckling av kvalitetsarbetet inom alla verksamheter. Utveckla samverkan och samarbete för att minimera undvikbara besök vid akutmottagning och inskrivning i slutenvård genom förbättrad planering i SIP/SVU. Minimera undvikbara återinläggningar. Infört digitalt Gröna Kors på avdelningarnas pulstavlor. Fortsatta uppföljningar genom patientnämnden och NPE och ppm mätningar. Undanträngningseffekter har setts inom öppenvård. En ökning av användandet av 1177 har skett som en positiv effekt av pandemin. Omställning från fysiska besök till digitala besök är en positiv utveckling för tillgängligheten.

Hållbar utveckling i hela Skåne			Covid-19 har medfört en positiv utveckling av digitala lösningar för patientkontakter via bland annat 1177. Pandemin har även haft en positiv effekt vad gäller minskat resande men mindre positiv effekt med ökad förbrukning av engångsmaterial.
Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet			Varje verksamhet gör handlingsplaner utifrån resultaten från respektive verksamhets resultat i medarbetarundersökning. Arbetsgivaren arbetar systematiskt med arbetsmiljön inom alla organisationsnivåer. I samband med medarbetarsamtalet ska samtliga medarbetare tillsammans med sin chef upprätta en individuell utvecklingsplan. Covid-19 har medfört stor belastning på arbetsmiljön. Medarbetare och chefer har varit pressade och arbetstiderna har inte varit hälsosamma. Många har utfört arbetsuppgifter utanför ordinarie tjänster.
Långsiktigt stark ekonomi			Den ekonomiska målsättningen för 2022 fastställdes av styrelsen för Ängelholms sjukhus utifrån beslutad budget och verksamhetsplan. Ett av de viktigaste målen för Ängelholms sjukhusstyrelse är en långsiktigt stark och stabil ekonomi som balanserar med sjukhusets vårduppdrag. För att klara uppdraget och bedriva verksamheten inom givna ramar har sjukhusledningen arbetat med att ta fram åtgärdsplaner för att öka intäkterna och reducera kostnadsutvecklingen. Covid -19 har haft stor påverkan på sjukvården och därmed produktiviteten. Hög sjukfrånvaro och dyra lösningar har medfört ökade kostnader. Förvaltningsövergripande diskussion har förts om medel vid förändrade uppdrag.
Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning			Standardiserad månatlig uppföljning med verksamheterna, koncernen samt sjukhusstyrelsen. Löpande kontroller att reglerna för representation efterlevs. Inventering av att beslutsattestbehörigheter följer beslutsunderlag och reglemente och att upplagda behörigheter är aktuella.
Upphandling och inköp			Översyn av inköpsprocessen och kontinuerlig information till enhetschefer. Stickprovskontroller för att säkra att avtal följs. En granskning har påvisat brister i dokumentation av direktupphandling.
Kompetensförsörjning och bisysslor			Inga avvikelser.

2. Årsrapportering – Utvärdering av internkontrollarbetet 2022

Nämnds/styrelses rapporter ska kompletteras med en skriftlig sammanfattning innehållandes en kort beskrivning av den interna kontrollen och eventuella avvikelser och åtgärder utifrån följande frågor. För respektive område/fråga ska färgindikator användas för att markera status för internkontrollarbetet inom respektive område.	Plan	2022	Kommentar
Kontrollmiljö Ansvar och befogenheter tydliggjorda - Vilka är aktörerna och deras respektive roller och ansvar beträffande vem/vilka som genomför det interna kontrollarbetet på olika nivåer? Har nämnden antagit regler och anvisningar för den interna kontrollen?			Fördelning av kontrollarbetet omfattar olika funktioner som exempelvis sjukhuschef, ekonomichef, HR-chef och GSF. Fördelning av kontrollarbetet anges i den interna kontrollplanen.
Riskbedömning Risker bedöms utifrån sannolikhet och konsekvens och dokumenteras - Hur ser processen för framtagande av planen för intern kontroll, inkluderande riskanalysen, ut?			Uppföljning av planen har hanterats av sjukhusledningen enligt mallen som gått igenom samtliga områden och i det arbetet gjort en riskbedömning. Uppföljning och avvikelser diskuteras i syfte för att förbättra rutiner, initiera informations- och/eller utbildningsinsatser.
Kontrollaktiviteter Granskningar och åtgärder är anpassade och utvärderade i förhållande till riskanalys - Har arbetet med intern kontroll bidragit till måluppfyllelsen - ge exempel?			Den interna kontrollen samt revisionsgranskningar har bidragit till fokus på följsamhet till regionala rutiner och medfört att brister uppmärksammas och åtgärdats. Exempel är interna och legala regler för representation samt följsamhet till avtal. Kontrollaktiviteter för upphandling behövs
Info / kommunikation Riskanalysen kommuniceras med nämnden/styrelsen - Hur hanteras information/kommunikation inom organisationen och hur sker återrapportering på olika nivåer?			Uppföljningen presenteras för sjukhusstyrelsen som fattar beslut om riskbedömningen. Riskbedömningar och återrapportering sker med respektive verksamhet och enhet i samband med verksamhetsdialog verksamhetsområdenas ledningsgrupper.

Uppföljning / utvärdering Åtgärder vidtas vid konstaterade avvikelser och återkopplas till nämnden/styrelsen - Beskriv vilka åtgärder som har vidtagits med hänsyn till resultatet av det interna kontrollarbetet?			Respektive enhet och verksamhetsområde ansvarar för uppföljning och i de fall avvikelser upptäcks, diskuteras dessa på dialogmöten, stabsmöten och förvaltningsledningens möten. Därefter rapporteras avvikelserna till styrelsen.

3. Uppföljning och rapportering av delkontrollområden

Plan för intern kontroll 2022 Övergripande kontrollområde: Bättre liv och hälsa för fler				Helårsrapportering - Uppföljning av intern kontroll 2022		
	Delkontrollområde och beskrivning av risk	Risk-värde (S x K)	Beskrivning av planerad åtgärd, kontrollaktivitet och metod	Rapportering/avvikelse av genomförda åtgärder/kontroller samt effekt	Identifierade förbättringsområden samt förbättringsåtgärder	Grad av avvikelse
1	Jämlig hälso- och sjukvård Risk att vården inte når ut till alla medborgare vilket leder till en risk för försämrad folkhälsa.		Utveckla samarbete och definiera ansvar exempelvis genom Delregionalt Samverkansorgan och förvaltningsgrupp SVU/SIP Uppföljning av antal kontakter via 1177.	Samverkan med kommun och primärvård sker genom delregionalt samverkansorgan och delregional tjänstemannaberedning. Utskrivningsklara patienter inom slutenvården får vänta på korttidsboende mm. Ökat antal kontakter genom 1177 jämfört med föregående år.	Utveckla samverkan och samarbete för att minimera undvikbara besök vid akutmottagning och slutenvård genom förbättrad planering i SIP/SVU. Minimera undvikbara återinläggningar. Åtgärder som kontaktmöjlighet till specialistkonsult och inrättande av dagvårdsplatser.	
2	Säker och effektiv hälso- och sjukvård Risk för ineffektiva patientflöden som leder till längre vårdtider. Ökad risk för		Uppföljning av medelvårdtider, avvikelsehantering,	Medelvårdtiden har minskat något jämfört med samma period föregående år.	Samverkan med kommun och primärvård sker genom delregionalt samverkansorgan och delregional tjänstemannaberedning. Uppföljning	

	vårdskador som vårdrelaterade infektioner, fall, trycksår mm.		Gröna korset, återinläggningsfrekvens och vårdskador.		av utskrivningsklara patienter. Förvaltningsövergripande arbete och uppföljning för att minska förekomsten av trycksår, fallolyckor, vårdrelaterade infektioner och undernäring.	
3	Säker och effektiv hälso- och sjukvård Risk för ineffektiva patientflöden som leder till oönskat hög belägningsgrad, utlokaliseringar, längre vårdtider och ökad återinläggningsfrekvens samt vårdskador.		Uppföljning av belägningsgrad och analys av patientflöden. Utveckla "Nära vård" för att minimera undvikbar slutenvård.	Ökat antal överbeläggningar.	Utveckla samverkan och samarbete med primärvård och kommun för att minimera undvikbara besök vid akutmottagning och slutenvård. Förbättrad planering i SIP/SVU, möjlighet för vård i hemmet genom mobila team för ASIH-verksamhet. Omställning från öppenvård till slutenvård. Inrättande av dagvårdsavdelning.	

Plan för intern kontroll 2022 Övergripande kontrollområde: Tillgänglighet och kvalitet				Helårsrapportering - Uppföljning av intern kontroll 2022		
	Delkontrollområde och beskrivning av risk	Riskvärde (S x K)	Beskrivning av planerad åtgärd, kontrollaktivitet och metod	Rapportering/avvikelse av genomförda åtgärder/kontroller samt effekt	Identifierade förbättringsområden samt förbättringsåtgärder	Grad av avvikelse
1	Tillgänglighet till öppenvård Risk för att nybesök inom 90 dagar inte uppnås. Risk för att patienten inte erbjuds återbesök inom måldatum.		Minska köer till specialistmottagningar genom en omfördelning av patientflöden mot primärvård. Minska inflödet bla genom konsultationsjour för primärvården. Tillgänglighet följs månadsvis	Tillgängligheten når inte upp till målet för nybesök inom 90 dagar samt ett antal patienter i kö.	Minska köer till specialistmottagningar genom en omfördelning av patientflöden mot primärvården. Minska inflödet bla genom konsultationsjour för primärvården. Återkommande kvalitetskontroll av väntelistor och revision av köerna.	

2	Tillgänglighet till slutenvård Risk för att patienten inte kan beredas slutenvårds-plats inom sjukhuset.		Uppföljning av belägningsgrad och analys av patientflöden. Effektivisera rond- och schema-system. Minska vårdköer och förbättrad tillgänglighet. Utveckla "Nära vård" för att minimera undvikbar slutenvård. Fortsatt utveckling av mobila team	Antal utskrivningsklara patienter som väntat i slutenvård samt ett ökat antal överbeläggningar.	Effektivisera rond- och schemasystem. Minska vårdköer och förbättrad tillgänglighet. Utveckla "Nära vård" för att minimera undvikbar slutenvård. Fortsatt utveckling av mobila team.	
3	Kvalitet i vården Risk för att patientens upplevelse av vården inte motsvarar förväntningarna vilket kan leda till bristande kvalitetsupplevelse.		Deltagande i kvalitetsregister, arbete med ständiga förbättringar, Gröna korset, avvikelshantering. Uppföljning genom nationella patientenkäten (NPE).		Fortsätta utveckla kvalitetsarbete inom alla verksamheter. Infört ett digitalt Gröna Kors på avdelningarnas pulstavlor. Fortsatta uppföljningar genom patientnämnden och NPE.	
4	Tillgänglighetssatsningen Risk för att tillgängligheten enligt Region Skånes målsättning inte uppnås.		Uppföljning av tillgänglighet till ny och återbesök. Minska köer till specialistmottagningar genom en omfördelning av patientflöden mot primärvård. Minska	Mål för tillgänglighet uppnås inte.	Utveckla samarbete med primärvård för möjlighet till konsultation från sjukhusens specialistmottagningar. Återkommande kvalitetskontroll av väntelistor och körevision. Omfördelning av patientflöden mot primärvård. Minska inflödet bla genom konsultationsjour för primärvården.	

			inflödet bla genom konsultationsjour för primärvården. Återkommande kvalitetskontroll av väntelistor och körevision.			
--	--	--	--	--	--	--

Plan för intern kontroll 2022 Övergripande kontrollområde: Hållbar utveckling i hela Skåne				Helårsrapportering - Uppföljning av intern kontroll 2022		
	Delkontrollområde och beskrivning av risk	Risk-värde (S x K)	Beskrivning av planerad åtgärd, kontrollaktivitet och metod	Rapportering/avvikelse av genomförda åtgärder/kontroller samt effekt	Identifierade förbättringsområden samt förbättringsåtgärder	Grad av avvikelse
1	Hållbar och klimatsmart verksamhet Risk för att målet om hållbar utveckling inte nås		Uppföljning av matsvinn, kassering av läkemedel, öka antalet förfyllda sprutor, öka återanvändning av material och möbler mm.	Minskad kassation av läkemedel samt minskat matsvinn. Resor i tjänsten ökat något efter covid men arbete med distansmöten utvecklas vidare, vanligare nu jämfört med före covid.	Utveckla system för uppföljning av återbruk per sjukhusstyrelse. Fortsätta utveckla digitala lösningar för både patientkontakter och kontakter för professionen. Behålla goda erfarenheter från pandemin.	
2	Fortsatt ökad digitalisering Risk för en återgång av positiv utveckling av digitala arbetssätt när pandemin avtar. Risk för att digitala möten och digitala vårdkontakter ersätts med fysiska. Risk att resor med bil och flyg ökar.		Åtgärder för att bibehålla och utveckla digitala arbetssätt.	Antalet kontakter med 1177 har ökat markant. Distanskontakter minskar efter pandemin. Möjlighet till digitala patientkontakter fortsätter utvecklas.	Digitala patientkontakter kommer fortsätta utveckla goda erfarenheter från pandemin. det initierats ett utvecklingsarbete "Digital Trappa" för stöd, hjälp och vägledning i digitaliseringsarbetet.	

Plan för intern kontroll 2022 Övergripande kontrollområde: Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet				Helårsrapportering - Uppföljning av intern kontroll 2022		
	Delkontrollområde och beskrivning av risk	Riskvärde (S x K)	Beskrivning av planerad åtgärd, kontrollaktivitet och metod	Rapportering/avvikelse av genomförda åtgärder/kontroller samt effekt	Identifierade förbättringsområden samt förbättringsåtgärder	Grad av avvikelse
1	Engagerat ledarskap Risk att chefer inte har rätt förutsättningar att arbeta med god arbetsmiljö och hälsosamma arbetstider pga tidsbrist.		Förbättra möjligheter till engagerat ledarskap Utbildningsprogram för chefer. Möjlighet att prioritera utbildningar. Utveckla samarbete med stödfunktioner. Uppföljning via medarbetarenkät, personalomsättning/chefer, sjukfrånvaro (arbetsrelaterad) och frisknärvaro.	Sjukfrånvaron har ökat, en förklaring är den smittsamma omicron-varianten under den senaste pandemivågen, samt rekommendationer att stanna hemma vid förkylningssymtom. Enhetschefers arbetssituation ej hållbar.	Förbättra möjligheter till engagerat ledarskap och utbildningsprogram för chefer. Möjlighet att prioritera utbildningar. Utveckla samarbete med stödfunktioner. Ledarskapsprogram som ny chef. Anpassa enheters storlek för att ge chefer god arbetsmiljö. Fortsätta utveckla konceptet "ny sjukskötersketjänst".	

			Rimlig storlek på enhetschefers arbetsgrupper			
2	God och rätt kompetens-försörjning Risk för ett ökat beroende av bemanningsföretag ger ökade kostnader samt försämrad kontinuitet i vården och sämre arbetsmiljö.		Arbete med intern kompetens-försörjningsplan. Regionalt bemanningsprojekt pågår exempelvis bemanning per avd. och enhet.	Det ackumulerade värdet för inhyrning ligger över målet på 1,5 procent. Kraftig ökning av inhyrning jämfört med samma period föregående år. Huvuddelen utgörs av inhyrning av läkare.	Åtgärder för god arbetsmiljö och att behålla personal samt rekrytering. Anpassade arbetsuppgifter för nyanställd personal.	
3	Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet Risk för att nyanställda sjuksköterskor inte stannar kvar pga hög arbetsbelastning. Risk för hög omsättning av sjuksköterskor som riskerar utvecklingen av en professionell verksamhet. Uppföljning via personalenkät och personalomsättning sjuksköterskor. Risken är uppgraderad från gul till orange		Introduktionsprogram för nyanställda sjuksköterskor.	Pandemin utsatte verksamheterna för stora utmaningar. Bemannings- och rekryteringsproblem av ssk. Introduktionsprogram för nyanställda sjuksköterskor.	Åtgärder för god arbetsmiljö och att behålla personal samt rekrytering. Anpassade arbetsuppgifter för nyanställd personal.	

Plan för intern kontroll 2022 Övergripande kontrollområde: Långsiktigt stark ekonomi				Helårsrapportering - Uppföljning av intern kontroll 2022		
	Delkontrollområde och beskrivning av risk	Risk-värde (S x K)	Beskrivning av planerad åtgärd, kontrollaktivitet och metod	Rapportering/avvikelse av genomförda åtgärder/kontroller samt effekt	Identifierade förbättringsområden samt förbättringsåtgärder	Grad av avvikelse
1	Låg kostnadsutveckling Risk för att våra Skåneinterna kostnader ökar mer än budgetuppräknig. Bruttokostnadsutvecklingen ökar mer än budgeterad uppräknig.		Dialog med verksamheter och service-förvaltningar, särskilt med enheter som har oönskad utveckling. Ekonomiuppföljning, månads-rapport, dialog-möten	Bruttokostnads-utvecklingen ligger högre än budgeterad nivå. Orsaker till kostnadsutvecklingen är dyra materialkostnader, lab/rtg kostnader samt ökade kostnader från våra interna serviceleverantörer (Regionservice, Region fastigheter, IT/MT mfl).	Följa upp handlingsplan för ekonomi i balans månadsvis och vid DR och ÅR. Politisk diskussion har förts kring kostnader som uppstår i det FV-övergripande samarbetet och som inte är covid-relaterade. Förvaltningsövergripande diskussion om överföring av medel vid förändrade uppdrag.	
2	Finansierad verksamhet Risk för att inte klara att bedriva verksamheten utifrån behov inom givna ekonomiska ramar		Effektiva upphandlingar och följsamhet till nationella riktlinjer. Ekonomiuppföljning, månads-rapport, dialog-möten	Kostnaderna för covid 2022. Överbeläggningar på våra slutenvårdsavdelningar.	Uppföljning av beslut om ersättning för covid-relaterade kostnader. Förvaltningsövergripande diskussion om överföring av medel vid förändrade uppdrag.	

Plan för intern kontroll 2022 Övergripande kontrollområde: Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning				Helårsrapportering - Uppföljning av intern kontroll 2022		
	Delkontrollområde och beskrivning av risk	Risk-värde (S x K)	Beskrivning av planerad åtgärd, kontrollaktivitet och metod	Rapportering/avvikelse av genomförda åtgärder/kontroller samt effekt	Identifierade förbättringsområden samt förbättringsåtgärder	Grad av avvikelse
1	Uppföljning och bedömning av risker för bristande följsamhet till budget och åtgärder samt utvärdering. Risk för ökad kostnadsutveckling pga dyrare läkemedel, dyrare material och nya nationella riktlinjer		Uppföljning av budgetavvikelser månadsvis	Uppföljning av verksamheterna har skett månadsvis med verksamhetschef, ekonom, ekonomiansvarig samt sjukhuschef. Likaså sker ekonomisk uppföljning månatligen med koncernen och med ekonomidirektör samt vid varje styrelsemöte.	Upprättad handlingsplan bör följas upp och stämmas av månadsvis. Beslut om överföring av medel vid förändrade uppdrag.	
2	Besluts- och delegationsordning samt tillhörande behörigheter. Risk för att besluts- och delegationsordning samt tillhörande behörigheter inte är uppdaterade och anpassad efter verksamheten		Genomgång och uppdatering av beslutsordning.	Beslut om gällande beslutsordning togs av förvaltningsledningen maj 2021.	Reviderad beslutsordning och anpassning till den nya förvaltningsorganisationen inom Region Skåne.	

Plan för intern kontroll 2022 Övergripande kontrollområde: Upphandling och inköp				Helårsrapportering - Uppföljning av intern kontroll 2022		
	Delkontrollområde och beskrivning av risk	Risk-värde (S x K)	Beskrivning av planerad åtgärd, kontrollaktivitet och metod	Rapportering/avvikelse av genomförda åtgärder/kontroller samt effekt	Identifierade förbättringsområden samt förbättringsåtgärder	Grad av avvikelse
1	Uppföljning av avtal och avtalstrohet (inkl utvärdering och åtgärder) Bristande i följsamhet till upphandlade leverantörer. Skadestånd. Risk för avvikelse från gul till orange.		Granskning avtalsföljsamhet. Säkra kunskap upphandlingsförfarande. Stickprovs-kontroll.	Sjukhuset har endast ett mindre antal avtal. Inga avvikelser vid kontroll av avtalstrohet. Granskning av direktupphandlingar visar brist på dokumentation vid själva upphandlingsförfarandet. Inköp sker oftast via Medicinsk teknik.	Utbildning och information om Regionens policy för upphandling. Fortsatt uppföljning av följsamhet till regionalt upphandlade avtal. Representanter från förvaltningen har deltagit i en regionövergripande "Samverkansgrupp Inköp".	
2	Uppföljning beslutsattest Attestering ej i enlighet med beslutsordning.		Stickprovs-kontroll.	Förvaltningen/sjukhuset saknar tydlig beslutsordning.	Revidera förvaltningens beslutsordning.	
3	Uppföljning GDPR Personkänslig information skyddas inte.		Stickprovs-kontroll i RD och CAFM	Fakturor som kommer i Raindance är inte sekretesskyddade. Vid granskning framkommer att 50 % av fakturor med personkänslig information ej har skyddats.	Utbilda och informera chefer om och hur sekretesskydd görs. Utveckla process som löpande kontrollerar behovet av att sekretesskydda fakturor.	

Plan för intern kontroll 2022 Övergripande kontrollområde: Kompetensförsörjning och bisysslor				Helårsrapportering - Uppföljning av intern kontroll 2022		
	Delkontrollområde och beskrivning av risk	Risk-värde (S x K)	Beskrivning av planerad åtgärd, kontrollaktivitet och metod	Rapportering/avvikelse av genomförda åtgärder/kontroller samt effekt	Identifierade förbättringsområden samt förbättringsåtgärder	Grad av avvikelse
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Plan för intern kontroll 2022 Övergripande kontrollområde: Verkställighet beslut				Helårsrapportering - Uppföljning av intern kontroll 2022		
	Delkontrollområde och beskrivning av risk	Risk-värde (S x K)	Beskrivning av planerad åtgärd, kontrollaktivitet och metod	Rapportering/avvikelse av genomförda åtgärder/kontroller samt effekt	Identifierade förbättringsområden samt förbättringsåtgärder	Grad av avvikelse
1	Besluts- och delegationsordning samt tillhörande behörigheter Risk för att besluts- och delegationsordning samt tillhörande behörigheter inte är uppdaterade och anpassad efter verksamheten		Genomgång och uppdatering av beslutsordning.	Beslut om gällande beslutsordning togs av förvaltningsledningen maj 2021.	Revidera förvaltningens beslutsordning.	