

Region Skåne

Granskning av intern kontroll



Innehåll

1. Sammanfattning	2
1.1. Svar på revisionsfrågor	2
1.2. Rekommendationer	4
2. Inledning	7
2.1. Bakgrund.....	7
2.2. Syfte och revisionsfrågor	7
2.3. Genomförande	8
2.4. Revisionskriterier.....	8
3. Iakttagelser övergripande nivå.....	10
3.1. Styrdokument	10
3.2. Riskhantering	11
3.3. Kontroll och uppföljning	12
3.4. Ansvarsfördelning vid verksamhet utan egen förvaltning	14
3.5. Regionstyrelsens uppsikt.....	14
4. Iakttagelser för respektive nämnd.....	16
4.1. Regionstyrelsen	17
4.2. Hälso- och sjukvårdsnämnden	19
4.3. Sjukhusstyrelse Sus	21
4.4. Sjukhusstyrelse Landskrona.....	23
4.5. Sjukhusstyrelse Helsingborg	25
4.6. Sjukhusstyrelse Ängelholm	27
4.7. Sjukhusstyrelse Kristianstad.....	29
4.8. Sjukhusstyrelse Hässleholm.....	31
4.9. Sjukhusstyrelse Ystad	33
4.10. Sjukhusstyrelse Trelleborg.....	35
4.11. Primärvårdsnämnden.....	37
4.12. Psykiatri- habilitering- och hjälpmedelsnämnden	39
4.13. Servicenämnden.....	41
4.14. Regionala utvecklingsnämnden	43
4.15. Kollektivtrafiknämnden.....	45
4.16. Kulturnämnden	47
4.17. Personalnämnden.....	49
5. Sammanfattande bedömning	51
6. Bilaga 1 Källförteckning.....	54
Bilaga 2 Obligatoriska kontrollområden	55
Bilaga 3 Mall för intern kontrollplan.....	56
Bilaga 4 Delårsrapport intern kontroll 2021.....	57

1. Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Skåne har EY genomfört en granskning av intern kontroll. Granskningen genomfördes genom intervjuer, enkätundersökning och dokumentstudier (läs mer om genomförandet i avsnitt 2.3).

Det är vår sammanfattande bedömning att regionstyrelsen, nämnderna och sjukhusstyrelserna delvis tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Vidare bedömer vi att regionövergripande styrdokument för intern kontroll i mindre utsträckning säkerställer en tillräcklig intern kontroll utifrån styrelsers och nämnders eget ansvar för den interna kontrollen samt regionstyrelsens uppsiktsplikt. Vi noterar emellertid att det finns en framtagen struktur med tillhörande styrdokument för hur arbetet ska bedrivas och ett etablerat nätverk med representanter från tjänstemannaorganisationerna för samtliga nämnder/styrelser. Vi bedömer dock att arbetet med den interna kontrollen behöver förenklas.

1.1. Svar på revisionsfrågor

Är styrdokument (instruktioner, anvisningar och mallar), system och rutiner ändamålsenliga för att skapa en tillräcklig intern kontroll i nämnder och styrelser?

Delvis

Vi ser positivt på att det finns en gemensam mall och instruktion för arbetet med intern kontroll. Mallen och instruktionerna behöver däremot förenklas för att utgöra ett effektivt styrinstrument, minska risker i verksamheten och underlätta för verksamheterna. Granskade nämnder/styrelser använder mallen på olika sätt och definierar, identifierar och kontrollerar olika aspekter av verksamheten, med olika metoder.

Fem nämnder/styrelser har tagit fram egna styrdokument.

Är struktur och process för riskhantering ändamålsenlig vid framtagande av planen för intern kontroll?

Delvis

Vi ser positivt på att det finns gemensamma instruktioner för hur verksamheterna ska bedöma och hantera riskerna. Samtliga risker ska utgå från fullmäktiges övergripande målsättning. Uppgifter från intervjuer såväl som enkätsvar tyder på att de övergripande målen påverkar riskidentifieringen i en riktning där verksamhetens kärnprocesser kan prioriteras bort.

Åtta av sjutton nämnder/styrelser saknar bruttorisklista.

Får styrelser och nämnder tillräcklig information för beslut om vilka risker som ska prioriteras?

Delvis

Vi ser positivt på att förtroendevalda inom sju nämnder/styrelser är involverade i att identifiera och prioritera risker via workshops eller liknande. Vi bedömer den politiska och tjänstepersonsledningens

engagemang som en viktig framgångsfaktor för att uppnå optimal effekt av internkontrollarbetet. Därför bedömer vi att resterande nämnder/styrelser behöver ta en mer aktiv roll i att leda arbetet med att upprätta den interna kontrollplanen och på så vis stärka kontrollmiljön.

Sju av de granskade nämnderna/styrelserna är involverade i att identifiera och prioritera risker.

Finns det andra processer eller system för riskhantering inom respektive förvaltning och fångas dessa risker upp i nämndens interna kontroll?

Nej

Nämnder/styrelser behöver klarlägga vilka befintliga parallella system som finns för att identifiera och hantera risker. Det kan exempelvis avse avvikelshantering under hälso- och sjukvårdslagen, delårsrapport och tertialrapporter.

Nämnderna/styrelserna behöver därefter säkerställa att betydelsefulla iakttagelser beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

Är struktur och process för uppföljning av intern kontroll ändamålsenlig och får nämnder och styrelser tillräcklig information för att ta beslut om åtgärder vid eventuella brister?

Delvis

Uppföljning sker i samband med delårsrapport och årsbokslut. Det saknas dock tydlig information om resultatet och eventuella åtgärder i flera nämnder/styrelserns uppföljning.

Vi bedömer att uppföljningen i flera fall presenteras på ett sätt som gör det svårt att skapa en överblick över vilka risker som har bedömts vara centrala, hur dessa ska kontrolleras och resultatet av kontrollerna.

Är struktur och process för intern kontroll ändamålsenlig på verksamhet utan egen förvaltning och finns ett tydligt mandat delegerat från ansvarig nämnd till berörda tjänstemän?

Ja

Utifrån genomförda intervjuer och inhämtade enkätsvar kan vi inte se att det finns en otydlighet i ansvarsfördelningen i det interna kontrollarbetet för nämnder utan egen förvaltning.

Har regionstyrelsen tillräcklig information utifrån sin uppsiktsplikt över styrelser och nämnder för att säkerställa en ändamålsenlig intern kontroll i Region Skåne?

Delvis

Regionstyrelsen får en sammanställning över nämndernas/styrelsernas interna kontroll i samband med delårsrapport och årsbokslut. Det finns stora variationer i tolkning, genomförande och rapportering av resultatet av den interna kontrollen. Detta försvårar jämförelsen nämnderna/styrelserna emellan. Vi ser en problematik i att nämndernas/styrelsernas uppföljning av den interna kontrollen i flera fall är sparad i ett format som gör det svårt att bedöma resultatet av genomförda kontroller. Det försvårar insynen för såväl ledamöterna i nämnden som regionstyrelsen.

1.2. Rekommendationer

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi regionstyrelsen utifrån sitt ansvar för ledning och samordning att:

- ▶ Tydliggöra och förenkla hur det interna kontrollarbetet ska bedrivas och följas upp.
- ▶ Inom ramen för sin uppsikt proaktivt arbeta för att samtliga nämnder/styrelser ska ta fram bruttorisklistor och involvera nämnden och fler medarbetare i att identifiera risker.
- ▶ Inom ramen för sin uppsikt säkerställa att uppföljningen av nämnderna/styrelsernas resultat av kontrollerna går att sammanställa på ett lämpligt sätt.
- ▶ Säkerställa att det anordnas utbildningstillfällen för såväl tjänstepersoner som förtroendevalda.
- ▶ Säkerställa att strukturen för arbetet med den interna kontrollplanen är utformad på ett sätt där risker med högst sannolikhet och konsekvens ingår, oberoende av om de kan kopplas till fullmäktiges målsättningar.

Vad avser sin egen interna kontroll rekommenderas regionstyrelsen att:

- ▶ Upprätta en bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.
- ▶ Säkerställa årligen uppdaterad och relevant riskanalys.
- ▶ Öka delaktigheten hos styrelseledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

Hälsa- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att:

- ▶ Säkerställa att den interna kontrollplanen upprättas i enlighet med det som framgår av instruktionerna.
- ▶ Upprätta en bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.
- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

Sjukhusstyrelse Sus rekommenderas att:

- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

Sjukhusstyrelse Landskrona rekommenderas att:

- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

Sjukhusstyrelse Helsingborg rekommenderas att:

- ▶ Upprätta en bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.
- ▶ Tillse att den interna kontrollplanen endast innehåller kontrollområden där det finns behov av åtgärder.
- ▶ Säkerställa årligen uppdaterad och relevant riskanalys.
- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.
- ▶ Säkerställa att uppföljningen av den interna kontrollen redogör för resultatet av genomförda kontroller.

Sjukhusstyrelse Ängelholm rekommenderas att:

- ▶ Upprätta en bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.
- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

Sjukhusstyrelse Kristianstad rekommenderas att:

- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.
- ▶ Säkerställa att uppföljningen av den interna kontrollen redogör för resultatet av genomförda kontroller.

Sjukhusstyrelse Hässleholm rekommenderas att:

- ▶ Säkerställa årligen uppdaterad och relevant riskanalys.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.
- ▶ Säkerställa att uppföljningen av den interna kontrollen redogör för resultatet av genomförda kontroller.

Sjukhusstyrelse Trelleborg rekommenderas att:

- ▶ Säkerställa årligen uppdaterad och relevant riskanalys.
- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

Primärvårdsnämnden rekommenderas att:

- ▶ Tillse att den interna kontrollplanen endast innehåller kontrollområden där det finns behov av åtgärder.
- ▶ Upprätta en bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.
- ▶ Säkerställa att den interna kontrollplanen främst består av kontrollområden där det förväntas kontroller/åtgärder.
- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.
- ▶ Säkerställa att uppföljningen av den interna kontrollen redogör för resultatet av genomförda kontroller.

Servicenämnden och regionala utvecklingsnämnden rekommenderas att:

- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

Regionala utvecklingsnämnden rekommenderas att:

- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

Kollektivtrafiknämnden rekommenderas att:

- ▶ Upprätta en bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.
- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.

Kulturnämnden rekommenderas att:

- ▶ Säkerställa årligen uppdaterad och relevant riskanalys.
- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att riskanalysen och bruttorisklistan återspeglar riskerna i verksamheten.

Personalnämnden rekommenderas att:

- ▶ Tillse att den interna kontrollplanen endast innehåller kontrollområden där det finns behov av åtgärder.
- ▶ Upprätta en bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Intern kontroll är ett verktyg för ledningen i en organisation att säkerställa ordning och reda. Bestämmelser i kommunallagen, reglemente och anvisningar anger ramarna för denna process som också bygger på COSO-modellens ramverk för intern kontroll. För att den interna kontrollen ska bli det effektiva instrument som det kan bli krävs dock att organisation och resurser backar upp verksamheten samt att ledning och styrelser eller motsvarande agerar stödjande.

Nämnderna/styrelsernas interna kontroll granskas årligen inom ramen för den grundläggande granskningen, av revisionen vid Region Skåne. Tidigare års granskning har påvisat förbättringsområden i den övergripande strukturen för hur den interna kontrollen genomförs, följs upp och presenteras.

Revisorerna avser att granska regionstyrelsens och nämndernas/styrelsernas följsamhet mot fullmäktiges beslut för att bedöma om den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten följs upp på ett ändamålsenligt sätt.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om respektive styrelse och nämnd har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

I granskningen ingår även att bedöma om regionövergripande styrdokument för intern kontroll såsom instruktioner, anvisningar och mallar säkerställer en tillräcklig intern kontroll utifrån nämndernas/styrelsernas eget ansvar för den interna kontrollen samt regionstyrelsens uppsiktsplikt.

I granskningen ska följande revisionsfrågor besvaras:

1. Är styrdokument (instruktioner, anvisningar och mallar), system och rutiner ändamålsenliga för att skapa en tillräcklig intern kontroll i nämnder/styrelser?
2.
 - a) Är struktur och process för riskhantering ändamålsenlig vid framtagande av planen för intern kontroll?
 - b) Får nämnder/styrelser tillräcklig information för beslut om vilka risker som ska prioriteras?
 - c) Finns det andra processer eller system för riskhantering inom respektive förvaltning och fångas dessa risker upp i nämndens/styrelsens interna kontroll?
 - d) Är struktur och process för uppföljning av intern kontroll ändamålsenlig och får nämnder/styrelser tillräcklig information för att ta beslut om åtgärder vid eventuella brister?
 - e) Är struktur och process för intern kontroll ändamålsenlig på verksamhet utan egen förvaltning och finns ett tydligt mandat delegerat från ansvarig nämnd till berörda tjänstemän?
3. Har regionstyrelsen tillräcklig information utifrån sin uppsiktsplikt över nämnder/styrelser för att säkerställa en ändamålsenlig intern kontroll i Region Skåne?

2.3. Genomförande

EY har genomfört granskningen på uppdrag av Region Skånes revisorer. Jakob Smith, certifierad kommunal revisor, och Anna Färdig har genomfört granskningen och Malin Lundberg, certifierad kommunal revisor har medverkat som kvalitetssäkrare. Fredrik Ljunggren, certifierad kommunal revisor har varit projektledare från Revisionskontoret och kontaktperson från revisorskollegiet var Conny Johansson.

Granskningen avser samtliga styrelser och nämnder, förutom patientnämnden. Granskningen grundas på dokumentstudier, intervjuer samt en enkätundersökning.

- ▶ Enkätundersökningen har skickats ut till deltagarna i regionens nätverk för intern kontroll. Samtliga förvaltningar har minst en representant i nätverket.
- ▶ Fördjupande intervjuer har genomförts med bland annat verksamhetscontrollers och ekonomicontrollers från fem nämnder/styrelser. Urvalet baseras på ett riskbaserat synsätt samt iakttagelserna i enkätundersökningen¹. Se bilaga 1 för en fullständig förteckning.
- ▶ Dokumentstudierna har utgått från interna kontrollplaner för 2020 och 2021, uppföljning av interna kontrollplaner för 2020 samt i samband med delår 2021. Därutöver har regionens instruktioner och tillämpningsanvisningar analyserats.
- ▶ Granskarna har brutit ner revisionsfrågorna i delfrågor. Skriftliga svar på delfrågorna har inhämtats från representanter från samtliga nämnder/styrelser förvaltningar.

Efter genomförd dokumentstudie samt analys av frågeformulär valdes fem nämnder/styrelser ut för fördjupade intervjuer kring genomförd riskanalys, processens ändamålsenlighet, informationskanaler m.m. Dessa utgörs av:

- ▶ Sjukhusstyrelse Sus
- ▶ Sjukhusstyrelse Helsingborg
- ▶ Primärvårdsnämnden
- ▶ Servicenämnden
- ▶ Regionstyrelsen

Företrädare för regionstyrelsens förvaltning har intervjuats, såväl utifrån styrelsens eget internkontrollarbete som hur styrelsen genomför sin uppsikt avseende övriga nämnders/styrelser internkontrollarbete.

Granskningen avser år 2021.

2.4. Revisionskriterier

Kommunallagen

Styrelsen ska enligt kommunallagens 6 kap. leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnder. Styrelsen ska även uppmärksamt följa de frågor som kan inverka på regionens utveckling och ekonomiska ställning.

Nämnderna ska inom sitt ansvarsområde se till att verksamheten bedrivs i enlighet med fullmäktiges mål och riktlinjer, samt i enlighet med lagar och författningar som gäller för verksamheten. De ska

¹ Regionstyrelsen, servicenämnden, sjukhusstyrelse Sus, sjukhusstyrelse Helsingborg och primärvårdsnämnden.

också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

COSO-modellen

COSO-modellen är en internationellt vedertagen metod för att utveckla den interna styrningen och kontrollen; generellt definierad som en process, utförd av en organisations styrelse, ledning och annan personal, utformad för att ge rimlig försäkran om att målen uppfylls inom följande kategorier:

- ▶ Effektivitet och produktivitet i verksamheten
- ▶ Tillförlitlig finansiell rapportering
- ▶ Efterlevnad av tillämpliga lagar och regler

För att bedöma och utveckla den interna styrningen och kontrollen har fem centrala komponenter identifierats:

- ▶ Kontrollmiljö
 - Kontrollmiljön utgörs av omgivningen som den interna styrningen och kontrollen verkar i. Till kontrollmiljön räknas organisationsklimatet, styrning, ledning, riktlinjer, policys m.m.
- ▶ Riskbedömning
 - Hur identifierar, hanterar och värderar organisationen/verksamheten sina risker?
- ▶ Kontrollmoment
 - Aktiviteter/åtgärder som ska säkerställa att ledningens direktiv följs och uppsatta mål nås.
- ▶ Information & kommunikation
 - Finns ändamålsenlig och effektiva rapport- och uppföljningssystem?
- ▶ Uppföljning & utvärdering
 - En kontinuerlig utvärdering av internkontrollprocessen behövs för att säkerställa att det fungerar på avsett sätt och bidrar till att minska riskerna i verksamheten.

Det finns synergieffekter och kopplingar mellan de nämnda komponenterna, som formar ett sammanhållet system som reagerar dynamiskt på ändrade förutsättningar. Intern kontroll blir effektivast om kontrollerna är inbyggda i organisationens infrastruktur och ingår som en väsentlig del av organisationen.

Reglemente intern kontroll 2007-11-26

Av Region Skånes reglemente för god hushållning och intern kontroll framgår att nämnderna senast i samband med årsredovisningens upprättande ska rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen till regionstyrelsen.

Regionstyrelsen ska med utgångspunkt från nämndernas uppföljningsrapporter utvärdera Region Skånes samlade system för intern kontroll, och i de fall förbättringar behövs, föreslå sådana. Regionstyrelsen har beslutat om tillämpningsanvisningar till reglementet. Beslutet fattades 2017-06-01.

3. Iakttagelser övergripande nivå

3.1. Styrdokument

Revisionsfråga 1

Är styrdokument (instruktioner, anvisningar och mallar), system och rutiner ändamålsenliga för att skapa en tillräcklig intern kontroll i nämnder och styrelser?

I slutet av 2020 beslutade regionstyrelsen om en instruktion för arbetet med intern kontroll. Instruktionen omfattar därutöver fyra bilagor som avser riskbedömning av mål, hantering av avvikelser, användning av mallen samt COSO-modellen. Instruktionerna inklusive bilagor uppgår till 31 sidor. Under intervjuer och i enkätsvaren uttrycks att instruktionerna är omfattande och att det finns behov av enklare instruktioner som kan spridas ut i verksamheterna.

Regionstyrelsen har beslutat om en gemensam mall för arbetet med intern kontroll (se bilaga 2). Region Skåne har inget digitalt verksamhetsstöd för arbetet med intern kontroll. Arbetet utgår från den gemensamma mallen som är upprättad i excel. Mallen har sex flikar där fliken för den interna kontrollplanen utgörs av 21 kolumner. Därutöver omfattar mallen:

- ▶ Riskanalys
- ▶ Kontrollområden i den interna kontrollen
- ▶ Uppföljning i samband med delårsbokslut och årsbokslut
- ▶ Uppföljning inom ramen för regionstyrelsens uppsiktsplikt

Iakttagelser från enkätsvaren samt intervjuer visar att mallen upplevs vara komplicerad. Komplexiteten beskrivs medföra att det är svårt att skapa engagemang och involvera fler medarbetare ute i organisationen. Primärvårdsnämnden ger som exempel att det är en handfull av nämndens totalt 4 000 medarbetare som är delaktiga i att identifiera risker och genomföra kontroller², att internkontrollarbetet i praktiken genomförs av ett fåtal relativt höga tjänstepersoner styrks av flertalet enkätsvar. Vid intervju uppger en nämnd att de inte kommer att använda mallen framgent utan istället ersätta denna med en egen, i deras mening, tydligare modell. Det förekommer också nämnder/styrelser som har tagit fram egna mallar för uppföljningen till de förtroendevalda.

I reglementet för intern kontroll framgår att den enskilda nämnden/styrelsen ska tillse att regler och anvisningar antas för den interna kontrollen. Regionstyrelsen har antagit tillämpningsanvisningar till reglementet för intern kontroll³. Vid intervju uttrycks att det upplevs vara otydligt om respektive nämnd behöver anta egna anvisningar för intern kontroll då regionstyrelsen redan har beslutat om övergripande anvisningar och instruktioner. I instruktionerna för intern kontroll framgår att utgångspunkten är att de anvisningar för tillämpning samt instruktioner och rutiner som upprättas inom ramen för regionstyrelsens övergripande ansvar också utgör respektive nämnds regler och anvisningar för den interna kontrollen. I de fall som nämnd/styrelse har verksamhetsspecifika behov utöver de regionövergripande reglerna kan kompletterande anvisningar utformas av nämnd i enlighet med verksamhetens bedömning.

² Medarbetare i verksamheterna gör löpande kontroller inom ramen för andra system, som exempelvis patientsäkerhetsarbetet och arbetsmiljöarbete.

³ Regionstyrelsen 2017-06-01 §143

Bedömning

Vi ser positivt på att det finns en gemensam mall, instruktion och rutin för det operativa arbetet med intern kontroll. Vi bedömer däremot att dessa behöver förenklas för att utgöra ett effektivt styrinstrument, minska risker i verksamheten och underlätta för verksamheterna.

Vi bedömer att nuvarande styrdokument i form av reglemente och anvisningarna för intern kontroll är ändamålsenliga. Däremot bedömer vi att mall, instruktion och rutin inte fullt ut skapar förutsättningar för en tillräcklig intern kontroll i nämnder/styrelser. Att nämnder/styrelser har tagit fram egna mallar och former för hur resultatet presenteras visar enligt vår bedömning på att det saknas ändamålsenliga uppföljningssystem. Vidare bedömer vi att mall och anvisningar försvårar för förtroendevalda och tjänstepersoner att delta i arbetet med den interna kontrollplanen. Det är en brist att merparten av nämnderna/styrelserna endast involverar ledningsgruppen i arbetet med att identifiera och prioritera risker. Såväl tjänstepersoner i verksamheterna som förtroendevalda bör vara delaktiga i arbetet för att säkerställa insyn, förståelse och engagemang. Det åligger nämnderna/styrelserna att ansvara för att den interna kontrollen är tillräcklig. Med beaktande av minskad marginalnytta är huvudregeln att ju större bredd man kan åstadkomma i riskidentifieringen desto högre kvalitet i analysen.

3.2. Riskhantering

Revisionsfråga 2a, 2b och 2c

Är struktur och process för riskhantering ändamålsenlig vid framtagande av planen för intern kontroll?

Får styrelser och nämnder/styrelser tillräcklig information för beslut om vilka risker som ska prioriteras?

Finns det andra processer eller system för riskhantering inom respektive förvaltning och fångas dessa risker upp i nämndens/styrelsens interna kontroll?

I regionens instruktion för intern kontroll framgår att risker ska värderas utifrån sannolikhet och konsekvens. Värderingen resulterar i ett värde från 1–16 och ska hanteras enligt följande:

- ▶ Risker med värde 1–3 markeras gröna. Risken accepteras och det krävs ingen åtgärd.
- ▶ Risker med värde 4–8 markeras gula. Risken ska bevakas för att eventuellt vidta åtgärder.
- ▶ Risker med värde 9–12 markeras orangea. Åtgärder ska vidtas för att reducera riskerna.
- ▶ Risker med värde 16 markeras röda. Omedelbara åtgärder ska vidtas.

Samtliga nämnder/sjukhusstyrelser ska identifiera risker utifrån fullmäktiges övergripande målsättningar samt fyra administrativa processer⁴. Se bilaga 3 för en mer ingående beskrivning av de obligatoriska områdena. Därutöver genomför regionens gemensamma servicefunktion (GSF) administrativa kontroller för samtliga nämnder/sjukhusstyrelser. Förvaltningarna får ta del av resultatet av kontrollerna i samband med delår och årsbokslut.

Vid en jämförelse av nämnderna/sjukhusstyrelsernas interna kontrollplaner för 2021 framgår att mallen fylls i på olika sätt och i olika omfattning. Skillnaderna utgörs bland annat av:

- ▶ Bedömning av risker. Helsingborgs sjukhusstyrelse har exempelvis värderat en av riskerna till 16 poäng (högsta möjliga) men i beslut om åtgärd framgår att befintliga åtgärder och kontroller anses vara tillräckliga.
- ▶ Hantering av risker. Merparten av nämnderna/sjukhusstyrelserna har identifierat risker där det inte bedöms finnas behov av att vidta åtgärder inom ramen för den interna kontrollen (på

⁴ Framgår av instruktion för intern kontroll, regionstyrelsen 2020-11-12.

grund av redan befintliga åtgärder eller att risken accepteras). I andra nämnder/styrelser finns dessa risker angivna i den interna kontrollplanen med en beskrivning om hur de ska hanteras och följas.

- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämndens kolumn för om åtgärder behövs har inte fyllts i.

I intervjuer och enkätundersökningen uttrycks en problematik i att samtliga kontrollområden måste vara kopplade till fullmäktiges målsättningar. Problematiken består dels i att vissa risker upplevs vara svåra att koppla till målsättningarna dels att det uppstår en osäkerhet om det är verksamhetens risker eller måluppfyllelsen som följs upp i arbetet med den interna kontrollen. Som exempel kan nämnas att det i en nämnds uppföljning av den interna kontrollen står "*målet är delvis uppfyllt*" som bedömning för flera av kontrollmomenten.

I flera enkätsvar uttrycks att interna kontrollplanerna inte fullt ut speglar de mest kritiska riskerna, exempelvis:

" Som följd av att det är så tydligt fokus på de övergripande målen i det interna kontrollarbetet så riskerar vissa verksamhetsrisker att eventuellt förbises, vilka ej tydligt kan kopplas till regionens mål eller förstås som "administrativa"."

Flera intervjuade och svar i enkäten lyfter att mallens utformning i excel gör det svårt för förtroendevalda att få en överblick över verksamhetens risker och de kontroller som ska göras. I beslutsunderlaget för exempelvis primärvårdsnämnden är den interna kontrollplanen 21 sidor och tabellerna har delats upp på flera olika sidor. Flera av de intervjuade medarbetarna uppger att de, av pedagogiska skäl, tar fram ett enklare presentationsmaterial inför redovisning i nämnden.

I regionstyrelsens instruktion för intern kontroll framgår att kopplingen till fullmäktiges övergripande målsättningar syftar till att tydligare integrera intern kontroll i de ordinarie processerna för styrning och ledning. I instruktionen definieras bristande måluppfyllelse inom fullmäktiges målområden som en risk som måste hanteras av ansvariga på olika organisatoriska nivåer.

Bedömning

Riskanalysen fyller en central roll i att upprätta interna kontrollplaner som ger en heltäckande bild av de risker och utmaningar som verksamheten ställs inför. Vi ser positivt på att instruktionen för intern kontroll beskriver hur verksamheterna ska bedöma och hantera riskerna. Däremot bedömer vi att nuvarande arbetssätt riskerar leda till att de interna kontrollplanerna inte innehåller de risker med högst sannolikhet och konsekvens för verksamheterna. Uppgifter från intervjuer såväl som enkätsvar tyder på att de övergripande målen har en stor påverkan på riskidentifieringen och att verksamhetens kärnprocesser kan prioriteras bort. Dock är bilden inte entydig och ett antal nämnder/styrelser har en välfungerande process för riskidentifiering och riskvärdering. Se avsnitt 4 för iakttagelser och bedömning av respektive nämnd.

Vidare bedömer vi att mallens utformning försvårar de förtroendevalda och tjänstepersonernas delaktighet i riskhanteringen. Se bedömningen i avsnitt 3.1 för mer ingående beskrivning.

3.3. Kontroll och uppföljning

Revisionsfråga 2d

Är struktur och process för uppföljning av intern kontroll ändamålsenlig och får nämnder/styrelser tillräcklig information för att ta beslut om åtgärder vid eventuella brister?

Att samtliga kontrollområden måste vara kopplade till fullmäktiges målsättningar beskrivs försvåra utformningen av kontrollåtgärder med en tydlig koppling till kärnverksamheten. Detta då målen bedöms vara på en relativt hög abstraktionsnivå. Dokumentstudier av interna kontrollplanerna visar att åtgärderna i flera fall utgörs av aktiviteter snarare än kontrollmoment. Som exempel kan nämnas:

	Beskrivning av åtgärd	Metod/avgränsning/aktivitet
Regionstyrelsen	Genomföra mätning av kundnöjdhet	Genomföra mätning av kundnöjdhet
Regionala utvecklingsnämnden	Förstärkt fokus på det systematiska arbetsmiljöarbetet på enhets- och avdelningsnivå (regional utvecklingsnämnd)	Kontroll av det systematiska arbetsmiljöarbetet på avdelnings- och enhetsnivå
Hälso- och sjukvårdsnämnden	Fokus på att följa reglementen och åtgärda brister	Verksamhets- och ekonomisk uppföljning
Regionstyrelsen – digitalisering, IT och medicinteknik	Prioritera i befintligt budgetutrymme.	Samla in och belysa behov i utvecklingsbudget till kommande års budget.

Det finns inga standardiserade metoder eller åtgärder för hur risker ska hanteras. I vissa interna kontrollplaner framgår endast ”uppföljning” som metod för kontroll.

Enligt regionstyrelsens instruktion ska resultatet av den interna kontrollplanen redovisas för nämnden/styrelsen vid minst två tillfällen per år (i samband med delårsrapport och årsbokslut).

Vid en jämförelse av nämndernas/sjukhusstyrelsernas uppföljning av de interna kontrollplanerna för 2021 framgår att det varierar hur utförlig beskrivning som görs i uppföljningen. Vissa nämnder/styrelser uppföljning utgörs av ett fåtal ord och andra har ingående redovisning över resultatet.

Det finns nämnder/styrelser där uppföljningen av de interna kontrollplanerna har sparats i ett format som ryms inom en sida men i flera fall är dokumentet över 20 sidor med kolumner uppdelade på flera sidor.

Det finns ett nätverk för intern kontroll bestående av representanter från samtliga nämnder, styrelser och bolag. Nätverket ska enligt planeringen träffas två gånger per år och har bland annat diskuterat den gemensamma mallen och informerat om hur den är tänkt att användas. Enligt uppgift har det under flera års tid framförts att mallen upplevs vara komplicerad. Mallen har uppdaterats men flertalet enkätsvar påvisar att den fortfarande bedöms vara svår att använda.

Koncernstaben har inte anordnat någon utbildning i intern kontroll eller vilka funktioner som ska användas i excel för att förenkla arbetet. Flertalet nämnder/styrelser har inte heller anordnat egna utbildningar avseende intern kontroll. Det finns dock exempel på nämnder/styrelser där utbildningsinsatser förekommit.

Bedömning

Vi bedömer att det inte finns en ändamålsenlig hantering av kontrollområdena i de interna kontrollplanerna. Bedömningen grundas på att åtgärderna i flera fall utgörs av aktiviteter snarare än

väldefinierade kontroller. Vidare bedömer vi att kontrollområdena inte alltid fångar upp kärnprocesserna samt att kontrollplanen i flera fall får en övervikt mot måluppföljning. Till grund för vår bedömning ligger även att det för flera nämnder/styrelser inte tydligt framgår vad som ska kontrolleras och hur detta ska göras.

Nämnden/styrelsen ansvarar för att den interna kontrollen är tillräcklig. Däri ingår att säkerställa att såväl resultatet av uppföljningen som den interna kontrollplanen i sig presenteras i ett format som är enkelt att ta till sig. Utifrån vår bedömning presenteras uppföljningen i flera fall på ett sätt som gör det svårt att:

1. Skapa en överblick över vilka risker som har bedömts vara centrala,
2. hur dessa ska kontrolleras årligen och
3. resultatet av kontrollerna

Vi ser positivt på att regionen har inrättat ett nätverk för intern kontroll med representanter från tjänstemannaorganisationerna för samtliga nämnder/styrelser. Nätverket möjliggör erfarenhetsutbyte mellan olika förvaltningar.

3.4. Ansvarsfördelning vid verksamhet utan egen förvaltning

Revisionsfråga 2e

Är struktur och process för intern kontroll ändamålsenlig på verksamhet utan egen förvaltning och finns ett tydligt mandat delegerat från ansvarig nämnd till berörda tjänstemän?

Enligt reglementet för intern kontroll ansvarar nämnderna för att styra och löpande följa upp den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde. Samtliga nämnder, även de utan egen förvaltning, har antagit en intern kontrollplan.

Det varierar hur nämnder som har flera förvaltningar upprättar interna kontrollplaner. Regionstyrelsen har beslutat om tre interna kontrollplaner⁵. Servicenämnden har beslutat om en intern kontrollplan som innehåller kontrollområdena för både Regionservice och Regionfastigheter.

Vid intervju med tjänstepersoner som arbetar åt nämnder utan egen förvaltning samt frågeformulär besvarad av dessa nämnder uttrycks att det är tydligt att interna kontrollplanerna ska utgå från den aktuella nämndens inriktning och ansvar enligt reglementet.

Bedömning

Kommunallagen ger nämnden ansvaret att säkerställa en tillräcklig intern kontroll inom nämndens verksamhet. Utifrån de intervjuer som vi har gjort och de enkätsvar som vi inhämtat kan vi inte se att det finns en otydlighet i ansvarsfördelningen i det interna kontrollarbetet för nämnder utan egen förvaltning (hälso- och sjukvårdsnämnden, regionala utvecklingsnämnden och personalnämnden). De tre nämnderna har inte ett direkt inflytande som om de har egen personal. Detta visar dock på vikten av att nämnderna är involverad och aktiv i internkontrollarbetet. I detta ingår att säkerställa att det finns en tydlig plan för vad som ska kontrolleras, hur identifiering av risker sker och hur kontroller utformas samt hur det ska följas upp.

3.5. Regionstyrelsens uppsikt

Revisionsfråga 3

⁵ Regionstyrelsens interna verksamhet, digitalisering IT och medicinteknik (MT) samt medicinsk service.

Har regionstyrelsen tillräcklig information utifrån sin uppsiktsplikt över nämnder/styrelser för att säkerställa en ändamålsenlig intern kontroll i Region Skåne?

Regionstyrelsen får ta del av samtliga nämnder/styrelser interna kontrollplaner och resultatet av uppföljningen som genomförs i samband med årsbokslutet. Underlaget uppgår till cirka 80 sidor.

Koncernstaben gör även en sammanfattning av resultatet i de inrapporterade uppföljningarna. Sammanfattningen visar en samlad bedömning för respektive kontrollområde och nämnd/styrelse. För mer ingående information hänvisas ledamöterna till respektive kontrollplan. I instruktionen för intern kontroll framgår att riskbedömningarna inte är direkt jämförbara mellan nämnderna/styrelserna eftersom de övergripande målsättningarna har brutits ner till egna konkreta delområden.

Regionstyrelsen godkände rapporteringen av nämndernas/styrelsernas interna kontroll per januari-augusti vid sammanträdet i oktober 2021. Av bilaga 4 framgår hur arbetet med intern kontroll rapporterats i delårsrapporten.

Bedömning

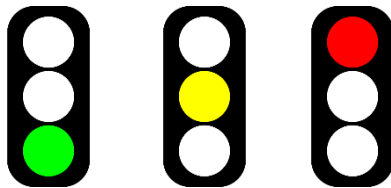
Den sammantagna bedömningen är att regionstyrelsen delvis har tillräcklig information utifrån sin uppsiktsplikt. Vi konstaterar att regionstyrelsen får en sammanställning över nämndernas/styrelsernas interna kontroll i samband med delårsgranskning och årsbokslut. Regionstyrelsen får ta del av nämndernas/styrelsernas planer och uppföljning i sin helhet. Av granskningen framgår att det finns stora variationer i tolkningen, genomförandet och rapporteringen av resultatet av den interna kontrollen. Detta försvårar jämförelsen mellan nämnderna/styrelserna. Vi har förståelse för att sammanställningen inte kan innehålla detaljerade uppgifter om respektive nämnd. Den sammanställda redovisningen i boksluten ger dock en missvisande uppfattning om att nämndernas/styrelsernas resultat kan jämföras sinsemellan. Vidare uppfattar vi att uppföljningen av de interna kontrollplanernas form försvårar överskådligheten och möjligheten att bedöma resultatet. Sammantaget försvåras insynen för såväl ledamöterna i nämnden/styrelsen som regionstyrelsen.

4. Iakttagelser för respektive nämnd

I följande avsnitt framgår iakttagelser och bedömning för respektive nämnd. De revisionsfrågor som besvaras i avsnittet utgörs av:

1. Är styrdokument (instruktioner, anvisningar och mallar), system och rutiner ändamålsenliga för att skapa en tillräcklig intern kontroll i nämnder/styrelser?
2.
 - a) Är struktur och process för riskhantering ändamålsenlig vid framtagande av planen för intern kontroll?
 - b) Får styrelser och nämnder/styrelser tillräcklig information för beslut om vilka risker som ska prioriteras?
 - c) Finns det andra processer eller system för riskhantering inom respektive förvaltning och fångas dessa risker upp i nämndens/styrelsens interna kontroll?
 - d) Är struktur och process för uppföljning av intern kontroll ändamålsenlig och får nämnder/styrelser tillräcklig information för att ta beslut om åtgärder vid eventuella brister?

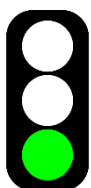
Bedömningen av respektive revisionsfråga illustreras genom ett trafikljus. Grönt indikerar att frågan bedöms vara uppfyllt, gult indikerar delvis uppfyllt och rött ej uppfyllt.



4.1. Regionstyrelsen

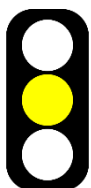
Förvaltning/verksamhet	Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
Koncernkontoret	49	49	13
Medicinsk service	39	39	36
Digitalisering, IT och medicinteknik	24	24	21

Styrdokument, system och rutiner - grön



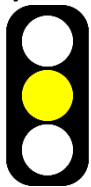
Regionstyrelsen utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet.

Struktur och processer för riskhantering – gul



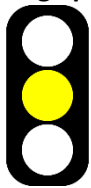
Risker i de tre interna kontrollplanerna identifieras av ledningsgrupp och verksamhetsområdesansvariga. Det finns ingen bruttorisklista (samtliga identifierade risker ingår i den interna kontrollplanen). Flertalet kontrollmoment 2021 för Medicinsk service samt Digitalisering, IT och medicinteknik har även varit kontrollmoment 2020.

Styrelsens information om risker inför beslut – gul



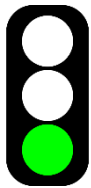
Styrelsen beslutar om förslag på interna kontrollplaner. Styrelsen är inte delaktig i att identifiera eller prioritera riskerna.

Övriga processer och system för riskhantering – gul



Verksamheterna identifierar risker utifrån arbetsmiljöarbetet och IT-säkerhetsarbetet. Det finns inga former för hur dessa ska föras in i den interna kontrollen.

Struktur och process för uppföljning – grön



I interna kontrollplanen framgår vem som är ansvarig för uppföljning av kontrollområdena. Styrelsen tar del av resultatet av uppföljningen i samband med delår och årsredovisning. Vid intervju uttrycks att styrelsen inte har haft några synpunkter på uppföljningens resultat. Resultatet av kontrollerna dokumenteras i mallen. Det finns ingen övrig dokumentation.

Bedömning

Vi bedömer att regionstyrelsen delvis har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Bedömningen görs mot bakgrund att det saknas bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade risker samt att styrelsen inte har varit involverad i att identifiera och prioritera risker i tillräcklig utsträckning. Kontrollplaner som år efter år tar upp samma kontrollmoment kan, men behöver inte, tyda på en icke aktuell riskvärdering. Styrelsen bör därför säkerställa att riskanalys och kontrollplan årligen uppdateras med de risker som är relevanta för verksamheten. Vi noterar att arbetet kan utvecklas vad gäller hur betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system ska beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

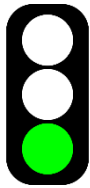
Vad avser sin egen interna kontroll rekommenderas regionstyrelsen att:

- ▶ Upprätta en bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.
- ▶ Säkerställa årligen uppdaterad och relevant riskanalys.
- ▶ Öka delaktigheten hos styrelseledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

4.2. Hälsa- och sjukvårdsnämnden

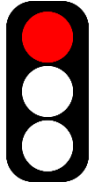
Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
21	21 (framgår ej om det finns behov av åtgärd eller ej)	8

Styrdokument, system och rutiner – grön



Nämnden utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Nämnden har inte antagit några egna dokument.

Struktur och processer för riskhantering – röd



Risker identifieras av tjänstepersoner inom avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning. Den interna kontrollplanen saknar information om det finns behov av åtgärd till de identifierade riskerna. Flera av riskerna har "verksamhetsuppföljning" som metod för kontrollen. Det framgår ingen ytterligare beskrivning över vad som ska kontrolleras eller hur det ska kontrolleras. Den interna kontrollplanen innehåller en flik som heter bruttorisklista. Fliken innehåller samma kontrollområden som den interna kontrollplanen.

Styrelsens information om risker inför beslut – gul



Nämnden beslutar om förslag på interna kontrollplaner. Nämndens beredningsutskott är delaktiga i att prioritera risker. Beredningsutskottet utgörs av sex av nämndens femton ledamöter. Nämnden i sin helhet är inte delaktig i att identifiera eller prioritera riskerna.

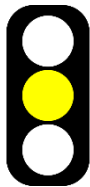
Övriga processer och system för riskhantering – gul



Det finns rutiner för riskanalys i samband med bland annat ansökningar om att bedriva verksamhet enligt lagen om valfrihet.

Enligt uppgift beaktas risker från andra processer i den interna kontrollen men dessa har inte bedömts i riskanalysen.

Struktur och process för uppföljning – gul



I den interna kontrollplanen framgår vem som är ansvarig för uppföljningen av kontrollåtgärderna.

Uppföljning till nämnden sker i samband med delår och årsredovisning. I uppföljningen av 2020 års kontrollplan saknas beskrivning av åtgärdernas resultat för flera av områdena. Uppföljningen i samband med delår 2021 innehåller en beskrivning över kontrollernas resultat.

Bedömning

Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden till mindre del har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Bedömningen görs mot bakgrund att det saknas bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade risker och inte bara de som ingår i den interna kontrollplanen samt att nämnden inte har varit involverad i att identifiera och prioritera risker i tillräcklig utsträckning. Vidare konstaterar vi att den interna kontrollplanen inte fullt ut har upprättats i enlighet med det som framgår av instruktionerna och att arbetet vad gäller hur betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system ska beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan kan utvecklas.

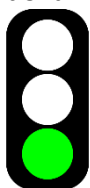
Hälso- och sjukvårdsnämnden rekommenderas att:

- ▶ Säkerställa att den interna kontrollplanen upprättas i enlighet med det som framgår av instruktionerna.
- ▶ Upprätta en bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.
- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

4.3. Sjukhusstyrelse Sus

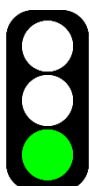
Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
35	27	4

Styrdokument, system och rutiner – grön



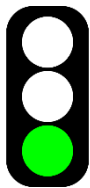
Styrelsen utgår från de regionövergripande styrdokumenterna, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Styrelsen har inte antagit några egna dokument.

Struktur och processer för riskhantering – grön



Risker identifieras genom workshops med verksamhetschefer och styrelsen. Arbetet fördjupas därefter genom att ansvariga inom respektive område formulerar risker.

Styrelsens information om risker inför beslut – grön



Styrelsen informeras och är delaktiga i att identifiera risker via deltagande i workshop.

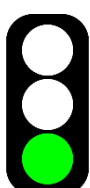
Övriga processer och system för riskhantering – gul



Styrelsen har system för riskhantering via patientsäkerhetsarbete, miljömål och digitalisering.

Verksamheten upplever att det skulle behövas ett IT-ledningsstöd för att skapa en röd tråd i arbetet och på så sätt väva in fler processer i arbetet med den interna kontrollen.

Struktur och process för uppföljning – grön



Det framgår av den interna kontrollplanen vem som är ansvarig för uppföljning av kontrollåtgärderna. Uppföljning till styrelsen sker i samband med delårsbokslut och årsbokslut.

Styrelsen informeras vid hastigt uppkommen avvikelse eller brist av betydande karaktär. I uppföljning av den interna kontrollplanen framgår en utförlig beskrivning över vilka åtgärder som har genomförts samt resultatet av dessa. Det framgår förslag på förbättringsåtgärder för samtliga kontrollområden som följts upp vid delåret.

Bedömning

Vi bedömer att sjukhusstyrelse Sus till stor del har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Bedömningen görs mot bakgrund att styrelsen involveras i

riskhanteringen via workshops, att det finns en upprättad bruttorisklista samt att uppföljningen av den interna kontrollen innehåller en utförlig beskrivning över genomförda åtgärder. Vi noterar att arbetet kan utvecklas vad gäller hur betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system ska beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

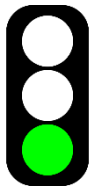
Sjukhusstyrelse Sus rekommenderas att:

- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

4.4. Sjukhusstyrelse Landskrona

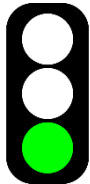
Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
34	29	7

Styrdokument, system och rutiner – grön



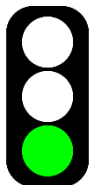
Styrelsen utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Styrelsen har inte antagit några egna dokument.

Struktur och processer för riskhantering – grön



Verksamhetscontroller ansvarar för att fylla i den interna kontrollplanen. Sjukhusledning och verksamhetscontroller är delaktiga i arbetet med att identifiera risker. Det finns en bruttorisklista.

Styrelsens information om risker inför beslut – grön



Styrelsen är delaktiga i att identifiera och prioritera risker genom diskussioner i helgrupp. Intern kontrollplanen tas upp på styrelsens möte där det ges möjlighet att lämna synpunkter.

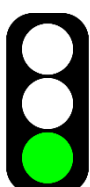
Övriga processer och system för riskhantering – gul



Det finns system för att identifiera risker avseende exempelvis ekonomi och patientsäkerhet.

Enligt uppgift kan delar av dessa föras in i arbetet med den interna kontrollen. Samtidigt uppges kopplingen mellan övriga system/processer och internkontrollplanen vara ett förbättringsområde.

Struktur och process för uppföljning – grön



I den interna kontrollplanen framgår vem som ansvarar för att genomföra respektive kontrollmoment.

Styrelsen informeras i samband med delår och årsbokslut samt vid identifierade avvikelser.

Bedömning

Vi bedömer att sjukhusstyrelse Landskrona till stor del har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Bedömningen görs mot bakgrund att styrelsen involveras i riskhanteringen via diskussioner i helgrupp samt att det finns en upprättad bruttorisklista. Vi noterar att arbetet kan utvecklas vad gäller hur betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system ska beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

Sjukhusstyrelse Landskrona rekommenderas att:

- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

4.5. Sjukhusstyrelse Helsingborg

Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
37	37 (Det finns 29 kontrollområden som inte bedöms ha ett behov av åtgärder men som ändå ingår i den interna kontrollplanen)	25

Styrdokument, system och rutiner – grön



Styrelsen utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Styrelsen har inte antagit några egna dokument.

Struktur och processer för riskhantering – gul



Representanter från ekonomienheten och förvaltningens stab identifierar risker och tar fram förslag på intern kontrollplan. I staben ingår bland annat funktioner inom patientsäkerhet, HR, ekonomi, tillgänglighet, säkerhet och miljö. Den interna kontrollplanen innehåller 29, av 37, områden där befintliga åtgärder bedöms vara tillräckliga. Flertalet kontrollområden 2021 har även varit kontrollområden 2020. Det finns ingen bruttorisklista. Enligt uppgift finns det en ambition om att upprätta en bruttorisklista inför 2022.

Styrelsens information om risker inför beslut – gul



Styrelsen beslutar om förslag på intern kontrollplan och har i samband med den processen möjlighet att komma med synpunkter om riskområdena. Styrelsen är inte delaktig i att identifiera eller prioritera riskerna.

Övriga processer och system för riskhantering – gul



Risker identifieras via exempelvis patientsäkerhetsarbetet.

Det finns inga former för hur dessa ska föras in i den interna kontrollen. Enligt uppgift kan det förekomma att riskerna beaktas i den interna kontrollplanen.

Struktur och process för uppföljning – gul



Den interna kontrollplanen innehåller vem som ansvarar för att genomföra kontrollerna. Nämnden informeras i samband med delår och årsbokslut. Det varierar om resultatet av kontrollerna framgår i uppföljningen till styrelsen. Beskrivningen av resultatet för två kontrollområden utgörs exempelvis av: "Kontroll av fakturor och avtal" och "Uppföljning i samband med årsbokslut och personalenkät". Det framgår ingen ytterligare information om resultatet av kontrollerna för områdena.

Bedömning

Vi bedömer att sjukhusstyrelse Helsingborg till mindre del har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Bedömningen görs mot bakgrund att det saknas bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade risker samt att styrelsen inte har varit involverad i att identifiera och prioritera risker i tillräcklig utsträckning. Vidare konstaterar vi att det varierar om resultatet av kontrollerna framgår i uppföljningen samt att den interna kontrollplanen innehåller områden där befintliga åtgärder bedöms vara tillräckliga. Vi noterar att arbetet kan utvecklas vad gäller hur betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system ska beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

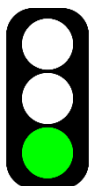
Sjukhusstyrelse Helsingborg rekommenderas att:

- ▶ Upprätta en bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.
- ▶ Tillse att den interna kontrollplanen endast innehåller kontrollområden där det finns behov av åtgärder.
- ▶ Säkerställa årligen uppdaterad och relevant riskanalys.
- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.
- ▶ Säkerställa att uppföljningen av den interna kontrollen redogör för resultatet av genomförda kontroller.

4.6. Sjukhusstyrelse Ängelholm

Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
10	10	4

Styrdokument, system och rutiner – grön



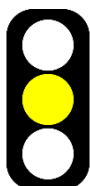
Styrelsen utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Styrelsen har inte antagit några egna dokument.

Struktur och processer för riskhantering – gul



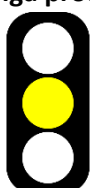
Sjukhuschef, verksamhetschefer samt representanter från ekonomienheten och staben identifierar risker i verksamheten. Det finns ingen bruttorisklista.

Styrelsens information om risker inför beslut – gul



Styrelsen beslutar om intern kontrollplan och har i samband med den processen möjlighet att komma med synpunkter om riskområdena. Styrelsen är inte delaktig i att identifiera risker.

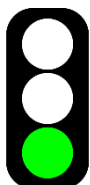
Övriga processer och system för riskhantering – gul



Risker kopplat till arbetsmiljö, patientsäkerhet och medicinska risker analyseras av verksamheten.

Det finns inga former för hur dessa ska föras in i den interna kontrollen.

Struktur och process för uppföljning – grön



Den interna kontrollplanen omfattar vem som ansvarar för att genomföra kontrollerna. Uppföljning sker i samband med delår- och helårsbokslut.

Eventuella brister och avvikelser hanteras i månadsrapporter och verksamhetsdialoger.

Bedömning

Vi bedömer att sjukhusstyrelse Ängelholm delvis har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Bedömningen görs mot bakgrund att det saknas bruttorisklista och att styrelsen inte har varit involverad i att identifiera och prioritera risker i tillräcklig utsträckning. Vidare noterar vi att arbetet kan utvecklas vad gäller hur betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system ska beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

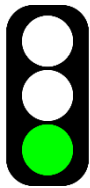
Sjukhusstyrelse Ängelholm rekommenderas att:

- ▶ Upprätta en bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.
- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

4.7. Sjukhusstyrelse Kristianstad

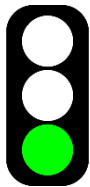
Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
13	11	2

Styrdokument, system och rutiner – grön



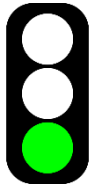
Styrelsen utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Därutöver har styrelsen antagit en egen rutin för intern kontroll. Rutinen beskriver processen för det interna kontrollarbetet, från riskhantering till uppföljning.

Struktur och processer för riskhantering – grön



En arbetsgrupp genomför riskinventering som därefter resulterar i en bruttorisklista. Listan presenteras för sjukhusstyrelsen tillsammans med förslag till intern kontrollplan. Styrelse och stab gör därefter en riskanalys.

Styrelsens information om risker inför beslut – grön



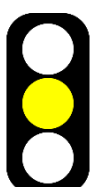
Styrelsen deltar i arbetet med framtagande av riskanalys och intern kontrollplan (se ovan).

Övriga processer och system för riskhantering – gul



Styrelsen har avvikelssystem för patientsäkerhet och arbetsmiljö.
Det finns inga former för hur dessa ska föras in i den interna kontrollen.

Struktur och process för uppföljning – gul



Ansvariga för kontrollmoment framgår av internkontrollplanen.
Uppföljning till styrelsen sker i samband med delårs och årsbokslut. Därutöver sker rapportering vid avvikelser/brister. Rapportering gjordes exempelvis i juni 2021.
Uppföljningen av den interna kontrollplanen presenteras inte fullt ut. Redovisningen i samband med delår 2021 visar om de obligatoriska övergripande områdena bedöms vara röda, orangea, gula eller gröna. Det framgår inte resultat för respektive kontrollområde.

Bedömning

Vi bedömer att sjukhusstyrelse Kristianstad till övervägande del har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Vi ser positivt på att det finns en bruttolista samt att styrelsen är involverad i att identifiera risker. Däremot bedömer vi att styrelsen bör utöka uppföljningen till att innehålla resultatet för respektive kontrollområde.

Sjukhusstyrelse Kristianstad rekommenderas att:

- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.
- ▶ Säkerställa att uppföljningen av den interna kontrollen redogör för resultatet av genomförda kontroller.

4.8. Sjukhusstyrelse Hässleholm

Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
22	17	12

Styrdokument, system och rutiner – grön



Styrelsen utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Därutöver har styrelsen antagit en egen rutin för intern kontroll. Rutinen beskriver processen för det interna kontrollarbetet, från riskhantering till uppföljning.

Struktur och processer för riskhantering – gul



Flertalet kontrollområden 2021 har även varit kontrollområden 2020.

En arbetsgrupp bestående av sjukhuschef, chefläkare, chefsjuksköterska, sjukhusekonom och HR-specialist tar fram en lista över riskområden. Listan presenteras för styrelsen som får ge förslag på egna risker. Förvaltningen tar därefter fram ett nytt förslag på bedömning av risker och vilka områden som ska ingå i den interna kontrollplanen samt vilka åtgärder som ska vidtas. Förslaget presenteras därefter för styrelsen som ger feedback. Det finns en bruttorisklista.

Styrelsens information om risker inför beslut – grön



Styrelsen informeras och ges möjlighet att prioritera riskerna vid två tillfällen innan planen beslutas.

Övriga processer och system för riskhantering – gul



Risker identifieras inom ramen för processer för verksamhetsuppföljning vid delår och årsbokslut samt månadsuppföljningar.

Det finns inga former för hur dessa ska föras in i den interna kontrollen.

Struktur och process för uppföljning – gul



I den interna kontrollplanen framgår det vem som ansvarar för att följa upp respektive kontrollområde. Styrelsen får information i samband med delår och årsbokslut.

I uppföljningen i samband med delår 2021 är resultatet av uppföljningarna och kontrollområdena fördelade på olika sidor vilket gör det svårt att se vilket resultat som tillhör vilket kontrollområde.

Bedömning

Vi bedömer att sjukhusstyrelse Hässleholm delvis har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Kontrollplaner som år efter år tar upp samma kontrollmoment kan, men behöver inte, tyda på en icke aktuell riskvärdering. Styrelsen bör därför säkerställa att riskanalys och kontrollplan årligen uppdateras med de risker som är relevanta för verksamheten. Vidare uppfattar vi att uppföljningen av de interna kontrollplanernas form försvårar överskådligheten och möjligheterna att bedöma resultatet.

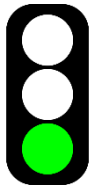
Sjukhusstyrelse Hässleholm rekommenderas att:

- ▶ Säkerställa årligen uppdaterad och relevant riskanalys.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.
- ▶ Säkerställa att uppföljningen av den interna kontrollen redogör för resultatet av genomförda kontroller.

4.9. Sjukhusstyrelse Ystad

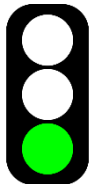
Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
19	11	1

Styrdokument, system och rutiner – grön



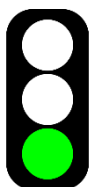
Styrelsen utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Därutöver har styrelsen tagit fram en egen mall för hur resultatet av den interna kontrollplanen ska redovisas för styrelsen.

Struktur och processer för riskhantering – grön



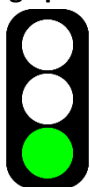
Sjukhusledning och styrelse har en gemensam workshop där risker identifieras. Resultatet från workshopen ligger till grund för den interna kontrollplanen.
Det finns en bruttorisklista.

Styrelsens information om risker inför beslut – grön



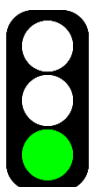
Styrelsen deltar i workshop Därutöver diskuteras förslag till intern kontrollplan vid ordförande- och presidieberedningar.

Övriga processer och system för riskhantering – grön



Risker identifieras genom processer för riskhantering kopplat till patientsäkerhet och arbetsmiljö. Risker som är allvarliga och/eller omfattar hela sjukhusets verksamhet tas enligt uppgift med i intern kontrollplanen.

Struktur och process för uppföljning – grön



I den interna kontrollplanen framgår vilken funktion som är ansvarig för kontrollmomenten.

Intern kontrollplanen följs upp och redovisas till styrelsen i samband med delår och årsbokslut. Brister och avvikelser avseende verksamhet och ekonomi följs upp vid varje sammanträde.

Underlaget till styrelsen är framtaget i en egen mall som är avgränsad till att omfatta risker, resultat och eventuella förbättringsåtgärder.

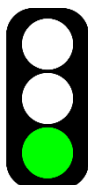
Bedömning

Vi bedömer att sjukhusstyrelse Ystad har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Bedömningen görs mot bakgrund att styrelsen involveras i riskhanteringen via workshops, att det finns en upprättad bruttorisklista samt att uppföljningen av den interna kontrollplanen presenteras på ett tydligare sätt i förhållande till övriga nämnder/styrelser.

4.10. Sjukhusstyrelse Trelleborg

Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
35	27	21

Styrdokument, system och rutiner – grön



Styrelsen utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Styrelsen har inte antagit några egna dokument.

Struktur och processer för riskhantering – gul



Sjukhusets ledningsgrupp identifierar risker till den interna kontrollplanen.

Det finns en bruttorisklista. Flertalet kontrollområden 2021 har även varit kontrollområden 2020.

Styrelsens information om risker inför beslut – gul



Styrelsen får ta del av förslag på intern kontrollplan. Det sker inga workshops eller diskussioner i framtagandet av planen.

Enligt uppgift pågår diskussioner om hur styrelsen kan involveras mer i arbetet inför 2022 års plan.

Övriga processer och system för riskhantering – gul



Det finns system för att identifiera risker avseende exempelvis ekonomi och patientsäkerhet.

Enligt uppgift kan delar av dessa föras in i arbetet med den interna kontrollen. Samtidigt beskrivs kopplingen mellan övriga system/processer och intern kontrollplanen som ett förbättringsområde.

Struktur och process för uppföljning – grön



I den interna kontrollplanen framgår det vem som ansvarar för att följa upp respektive kontrollområde. Styrelsen informeras i samband med delår och årsbokslut. Därutöver sker löpande rapportering av eventuella avvikelser.

Bedömning

Vi bedömer att sjukhusstyrelse Trelleborg delvis har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Internkontrollplaner som år efter år tar upp samma kontrollmoment kan, men behöver inte, tyda på en icke aktuell riskvärdering. Styrelsen bör därför säkerställa att riskanalys och kontrollplan årligen uppdateras med de risker som är relevanta för verksamheten. Vidare bedömer vi att styrelsen inte har varit involverad i att identifiera och prioritera risker i tillräcklig utsträckning. Vi ser därför positivt på att det enligt uppgift förs diskussioner om att öka styrelsens involvering framöver.

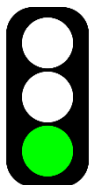
Sjukhusstyrelse Trelleborg rekommenderas att:

- ▶ Säkerställa årligen uppdaterad och relevant riskanalys.
- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

4.11. Primärvårdsnämnden

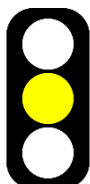
Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
31	31 (Det finns 19 kontrollområden som inte bedöms ha ett behov av åtgärder men som ändå ingår i den interna kontrollplanen)	11

Styrdokument, system och rutiner – grön



Nämnden utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Nämnden har inte antagit några egna dokument.

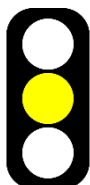
Struktur och processer för riskhantering – gul



HR-chef, ekonomichef och stabschef tar fram förslag på intern kontrollplan.

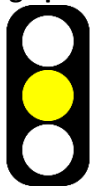
Den interna kontrollplanen innehåller 19 områden där befintliga åtgärder bedöms vara tillräckliga. Det finns ingen bruttorisklista (samtliga identifierade risker ingår i den interna kontrollplanen).

Nämndens information om risker inför beslut – gul



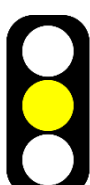
Nämnden beslutar efter framtaget förslag på intern kontrollplan. Nämnden är inte delaktig i att identifiera eller prioritera riskerna.

Övriga processer och system för riskhantering – gul



Kontroller sker löpande inom ramen för patientsäkerhetsarbetet, avvikelshantering och lex-Maria. Det finns inga former för hur dessa ska föras in i den interna kontrollen.

Struktur och process för uppföljning – gul



I den interna kontrollplanen framgår vem som är ansvarig för uppföljning av respektive moment.

Uppföljning till nämnden sker i samband med delår och årsredovisning. Uppföljningen av den interna kontrollplanen ska beskriva resultatet av åtgärderna inom respektive kontrollområde. Det varierar om resultatet av kontrollerna framgår. Beskrivningen av resultatet för två kontrollområden utgörs exempelvis av: "Genom uppföljning av genomförda hälsosamtal" och "Kontroll av nyttjade digitala tjänster". Det framgår ingen ytterligare information om resultatet för de två momenten.

Bedömning

Vi bedömer att primärvårdsnämnden till mindre del har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Bedömningen görs mot bakgrund att det saknas bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade risker och att nämnden inte har varit involverad i att identifiera och prioritera risker i tillräcklig utsträckning. Vidare konstaterar vi att det varierar om resultatet av kontrollerna framgår i uppföljningen samt att den interna kontrollplanen innehåller områden där befintliga åtgärder bedöms vara tillräckliga. Vi noterar slutligen att arbetet kan utvecklas vad gäller hur betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system ska beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

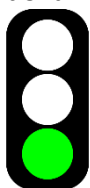
Primärvårdsnämnden rekommenderas att:

- ▶ Tillse att den interna kontrollplanen endast innehåller kontrollområden där det finns behov av åtgärder.
- ▶ Upprätta en bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.
- ▶ Säkerställa att den interna kontrollplanen främst består av kontrollområden där det förväntas kontroller/åtgärder.
- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.
- ▶ Säkerställa att uppföljningen av den interna kontrollen redogör för resultatet av genomförda kontroller.

4.12. Psykiatri- habilitering- och hjälpmedelsnämnden

Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
27	27	0

Styrdokument, system och rutiner – grön



Nämnden utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Därutöver har nämnden fastställt en rutin för hantering av avvikelser/brist inom den interna kontrollplanen. Nämnden har tagit fram ett presentationsmaterial om intern kontroll som kan användas vid informationsinsatser på arbetsplatsträffar.

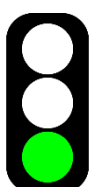
Struktur och processer för riskhantering – gul



Risker identifieras dels av förvaltningens ledningsgrupp dels förtroendevalda. Ledningsgruppen involverar även medarbetare inom organisationen. Vid inventeringen av risker beaktas olika typer av risker som omvärldsrisker, finansiella risker, legala risker och verksamhetsrisker (kopplade till målen).

Nämnden försöker skapa ett brett engagemang för det interna kontrollarbetet men har fått indikationer om att de medarbetare som inte arbetar regelbundet med intern kontroll har svårt att förstå mallen. Det finns ingen bruttorisklista, dock framgår av underlag att nämnden haft ett strukturerat arbete med risker i verksamheten. Enligt uppgift ska interna kontrollplanen för 2022 innehålla en bruttorisklista. Vidare ska intern kontroll ha behandlats vid samtliga sammanträden under 2021 undantaget april.

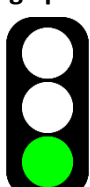
Nämndens information om risker inför beslut – grön



Nämnden gör riksinventeringar genom workshops i oktober.

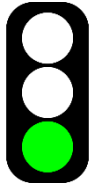
Riskerna sammanställs därefter och presenteras för beredningsutskottet som gör en prioritering av riskerna. De utvalda områdena presenteras därefter vid nämndsammanträde i slutet av oktober. Ledamöterna har möjlighet att lämna synpunkter och planen fastställs därefter i december.

Övriga processer och system för riskhantering – grön



Avvikelsehanteringssystemet AViC. Inför framtagande av intern kontrollplan förs diskussioner med ansvariga tjänstepersoner inom respektive område för att identifiera eventuella kontrollområden som bör ingå i den interna kontrollplanen. För 2021 finns ett kontrollområde kopplat till avvikelshantering som avser patientsäkerhet. Risken är formulerad som: Risk för att förvaltningen inte drar lärdom av de avvikelser som rapporteras in i avvikelshanteringssystemet på grund av brister i avvikelshanteringsprocessen, vilket kan leda till att nödvändiga förbättringsåtgärder inte genomförs.

Struktur och process för uppföljning – grön



I den interna kontrollplanen framgår vilken funktion som har ansvar för att göra kontrollerna. Det framgår en utförlig beskrivning över vilka åtgärder som har genomförts samt resultatet av dessa.

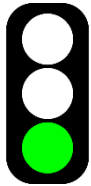
Bedömning

Vi bedömer att psykiatri- habilitering- och hjälpmedelsnämnden till stor del har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig. Bedömningen görs mot bakgrund att nämnden involveras i riskhanteringen via workshops och att det finns former för att inkludera iakttagelser från andra system och processer i arbetet med intern kontroll. Vidare bedömer vi att uppföljningen av den interna kontrollen innehåller en utförlig beskrivning över genomförda åtgärder. Vi noterar att arbetet kan utvecklas vad gäller att upprätta en bruttorisklista som innehåller samtliga identifierade risker.

4.13. Servicenämnden

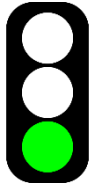
Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
57	33	3

Styrdokument, system och rutiner – grön



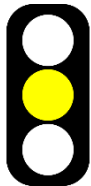
Nämnden utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Nämnden har inte antagit några egna dokument.

Struktur och processer för riskhantering – grön



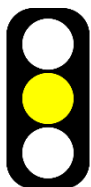
Servicenämnden har två förvaltningar, Regionservice och Regionfastigheter. Ledningsgruppen för respektive förvaltning identifierar och bedömer risker som därefter överförs till en gemensam intern kontrollplan. Det finns en ambition om att involvera samtliga chefer i arbetet. Nämnden har en bruttorisklista.

Nämndens information om risker inför beslut – gul



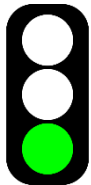
Nämnden får information om riskerna i samband med att förslaget på intern kontrollplan presenteras för nämnden. Nämnden är inte delaktig i att identifiera eller prioritera riskerna.

Övriga processer och system för riskhantering – gul



Risker kan identifieras inom ramen för Regionfastigheters projekt eller i den ordinarie verksamheten. Det finns inga uttalade system för hur dessa ska tas upp i den interna kontrollen.

Struktur och process för uppföljning – grön



Det framgår av den interna kontrollplanen vem som är ansvarig för uppföljning av kontrollområdena.

Uppföljning till nämnd sker i samband med delårs- och årsbokslut. Om avvikelser eller brister noteras kan nämnden informeras vid anslutande sammanträde.

Bedömning

Vi bedömer att servicenämnden till övervägande del har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Bedömningen görs mot bakgrund att nämnden inte har varit involverad i att identifiera och prioritera risker i tillräcklig utsträckning. Vidare noterar vi att arbetet kan utvecklas vad gäller hur betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system ska beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

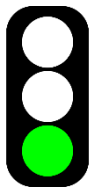
Servicenämnden rekommenderas att:

- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

4.14. Regionala utvecklingsnämnden

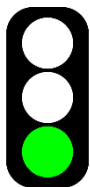
Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
21	14	6

Styrdokument, system och rutiner – grön



Nämnden utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Därutöver har nämnden fastställt en rutin för intern kontroll. Rutinen beskriver processen för det interna kontrollarbetet, från riskhantering till uppföljning.

Struktur och processer för riskhantering – grön



Handläggare, stabschef och verksamhetschef är delaktiga i arbetet med att identifiera risker. Därutöver involveras ledningsgruppen.

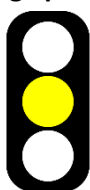
Nämnden har en bruttorisklista.

Nämndens information om risker inför beslut – gul



Förslag till intern kontrollplan är föremål för politisk beredning inför beslut i nämnden. Nämnden i sin helhet är inte delaktig i att identifiera eller prioritera riskerna.

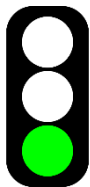
Övriga processer och system för riskhantering – gul



Risk- och konsekvensanalyser genomförs vid exempelvis omorganisation, nedskärning och omstrukturering av verksamheten.

Det finns inga former för hur dessa ska föras in i den interna kontrollen.

Struktur och process för uppföljning – grön



Den interna kontrollplanen fastställer vem som ansvarar för att genomföra respektive kontroll. Det övergripande ansvaret för uppföljning ligger på enheten för styrning, planering och stöd.

Nämnden informeras i samband med delår och årsbokslut. Nämnden har hittills inte informerats särskilt om brister då de inte ansetts vara allvarliga.

Bedömning

Vi bedömer att regionala utvecklingsnämnden till övervägande del har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Bedömningen görs mot bakgrund att nämnden inte har varit involverad i att identifiera och prioritera risker i tillräcklig utsträckning. Vidare noterar vi att arbetet kan utvecklas vad gäller hur betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system ska beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

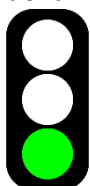
Regionala utvecklingsnämnden rekommenderas att:

- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

4.15. Kollektivtrafiknämnden

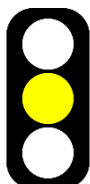
Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
25	25	7

Styrdokument, system och rutiner – grön



Nämnden utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Därutöver har nämnden fastställt en rutin för intern kontroll. Rutinen beskriver processen för det interna kontrollarbetet, från riskhantering till uppföljning.

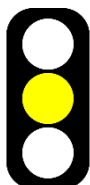
Struktur och processer för riskhantering – gul



Ledningsgrupp, avdelningschefer, ledningsstrateger och medarbetare är involverade i arbetet med att ta fram en intern kontrollplan.

Nämnden har ingen bruttorisklista.

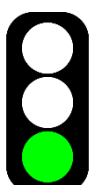
Nämndens information om risker inför beslut – gul



Förslag på intern kontrollplan presenteras för nämnden. Enligt rutinen för intern kontroll ska nämnden få förslaget snarast efter regionfullmäktiges beslut om budget. Detta för att skapa goda förutsättningar för att bereda förslaget och göra eventuella justeringar.

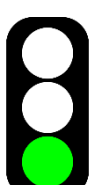
Planen fastställs därefter av nämnden.

Övriga processer och system för riskhantering – grön



Risker identifieras genom processer/system för informationssäkerhet och IT-säkerhet, upphandling, projekthantering och affärsrapporter. Dessa beaktas enligt uppgift i internkontrollarbetet.

Struktur och process för uppföljning – grön



Det framgår av den interna kontrollplanen vilka som ansvarar för att genomföra kontrollerna. Nämnden får återrapportering i enlighet med rutinen för intern kontroll. Detta innebär månadsvis rapportering avseende verksamhetens resultat och eventuella avvikelser.

Därutöver sker uppföljning i samband med delår och årsbokslut. Uppföljningen vid delåret 2021 innehåller en utförlig beskrivning över resultatet.

Bedömning

Vi bedömer att kollektivtrafiknämnden till övervägande del har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Vi ser positivt på nämndens rutin för uppföljning samt att risker från parallella system integreras i arbetet med intern kontroll. Vi noterar att arbetet kan utvecklas avseende nämndens involvering i att identifiera och prioritera risker samt att det bör upprättas en bruttorisklista.

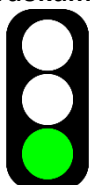
Kollektivtrafiknämnden rekommenderas att:

- ▶ Upprätta en bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.
- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.

4.16. Kulturnämnden

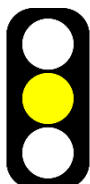
Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
34	21	14

Styrdokument, system och rutiner – grön



Nämnden utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Nämnden har inte antagit några egna dokument.

Struktur och processer för riskhantering – gul



Enheten för kommunikation, uppföljning och analys bereder arbetet med intern kontrollplan. Därefter behandlas planen av ledningsgruppen. Nämnden har en bruttorisklista.

Flertalet kontrollområden 2021 har även varit kontrollområden 2020. Vissa risker som berör centrala delar betraktas som kritiska och uppges kunna vara återkommande.

Arbetet inom nämnden bedrivs i flera fall under flera års tid vilket även det uppges vara en anledning till att det finns kontrollområden som sträcker sig över flera år.

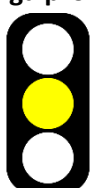
Nämndens information om risker inför beslut – gul



Genomgång och avstämning sker vid ordförandeberedning, gruppmöte och presidieberedning inför beslut i nämnden.

Nämnden i sin helhet är inte involverad i att identifiera och prioritera risker.

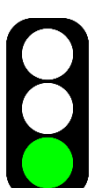
Övriga processer och system för riskhantering – gul



Nämndens verksamhet berör till största del bidragsgivning genom kulturstöd till kulturverksamhet. Det motsvarar enligt uppgift ca 90 procent av budgeten. I den nuvarande interna kontrollplanen berörs bidragsprocessen i två av 34 identifierade kontrollområden.

Enligt uppgift beaktas risker från andra processer i den interna kontrollen men att befintliga åtgärder har bedömts vara tillräckliga och att det därför inte har funnits ett behov av att ta med riskerna i den interna kontrollplanen.

Struktur och process för uppföljning – grön



I den interna kontrollplanen framgår vem som ansvarar för att genomföra respektive kontrollmoment.

Nämnden informeras i samband med delår och årsbokslut samt vid identifierade avvikelser.

Bedömning

Vi bedömer att kulturnämnden delvis har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Kontrollplaner som år efter år tar upp samma kontrollmoment kan, men behöver inte, tyda på en icke aktuell riskvärdering. Nämnden bör därför säkerställa att riskanalys och kontrollplan årligen uppdateras med de risker som är relevanta för verksamheten. Vidare bedömer vi att nämnden inte har varit involverad i att identifiera och prioritera risker i tillräcklig utsträckning.

Kulturnämnden rekommenderas att:

- ▶ Säkerställa årligen uppdaterad och relevant riskanalys.
- ▶ Öka delaktigheten hos ledamöterna i arbetet med att identifiera och prioritera risker.
- ▶ Säkerställa att riskanalysen och bruttorisklistan återspeglar riskerna i verksamheten.

4.17. Personalnämnden

Antal identifierade riskområden 2021	Antal kontrollområden i interna kontrollplanen 2021 (där det har bedömts finnas behov av åtgärd)	Antal kontrollområden som ingår i både 2020 och 2021 års interna kontrollplan
22	22 (Det finns 18 kontrollområden som inte bedöms ha ett behov av åtgärder men som ändå ingår i den interna kontrollplanen)	8

Styrdokument, system och rutiner – grön



Nämnden utgår från de regionövergripande styrdokument, systemen och rutinerna. Se avsnitt 3.1 för en mer ingående beskrivning och bedömning av det regionövergripande materialet. Nämnden har inte antagit några egna dokument.

Struktur och processer för riskhantering – gul



Tjänstepersoner från koncernstab (HR) är delaktiga i framtagandet av risker.

18 av 22 kontrollområden ingår i den interna kontrollplanen även fast det framgår att befintliga åtgärder bedöms vara tillräckliga.

Det finns ingen bruttorisklista.

Nämndens information om risker inför beslut – grön



Nämnden deltar i seminarium inför omvärdering och antagande av intern kontrollplan inför beslut.

Övriga processer och system för riskhantering – gul



Budget- och uppföljningsprocess tas i förkommande fall upp i det interna kontrollarbetet.

Det finns inga uttalade system för hur dessa ska tas upp i den interna kontrollen.

Struktur och process för uppföljning – grön



Det framgår av den interna kontrollplanen vem som är ansvarig för uppföljning.

Den interna kontrollplanen följs upp i samband med delår och årsredovisning. Vid avvikelser eller brister informeras nämnden vid anslutande sammanträde.

Bedömning

Vi bedömer att personalnämnden till övervägande del har tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Vi ser positivt på att nämnden involveras i riskhanteringen via seminarium. Vi noterar dock att det saknas bruttorisklista samt att den interna kontrollplanen innehåller områden där befintliga åtgärder bedöms vara tillräckliga.

Personalnämnden rekommenderas att:

- ▶ Tillse att den interna kontrollplanen endast innehåller kontrollområden där det finns behov av åtgärder.
- ▶ Upprätta en bruttorisklista, dvs en riskförteckning över samtliga identifierade och relevanta risker, inte bara de som är med i kontrollplanen.
- ▶ Säkerställa att betydelsefulla iakttagelser från parallella processer och system beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.

5. Sammanfattande bedömning

Vår bedömning är att regionstyrelsen, nämnderna och sjukhusstyrelserna delvis tillsett att det finns ändamålsenliga strukturer och processer för intern kontroll och att dessa skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig.

Vidare bedömer vi att regionövergripande styrdokument för intern kontroll i mindre utsträckning säkerställer en tillräcklig intern kontroll utifrån nämnders/styrelserns eget ansvar för den interna kontrollen samt regionstyrelsens uppsiktsplikt.

Vi noterar emellertid att det finns en framtagen struktur för hur arbetet ska bedrivas och ett etablerat nätverk med representanter från tjänstemannaorganisationerna för samtliga nämnder/styrelser. Vidare finns det anvisningar och reglemente för arbetet med den interna kontrollen.

Trots att vi noterar att många förutsättningar finns på plats bedömer vi att arbetet med den interna kontrollen behöver utvecklas för att bli ett effektivt styrinstrument och minska risker i verksamheten. Detta avser inte att göra mallen och instruktioner mer omfattande. Den gemensamma mallen behöver förenklas och förtydligas. Vi ser även risker utifrån att uppgifter från såväl intervjuer som enkätsvar vilka tyder på att kravet på koppling till fullmäktiges övergripande mål påverkar riskidentifieringen i en riktning där verksamhetens kärnprocesser kan prioriteras bort.

Vi ser positivt på att förtroendevalda inom sjukhusstyrelse Sus, personalnämnden, psykiatrihabilitering- och hjälpmedelsnämnden, sjukhusstyrelse Landskrona, sjukhusstyrelse Kristianstad, sjukhusstyrelse Hässleholm och sjukhusstyrelse Ystad är involverade i att identifiera och prioritera risker via workshops eller liknande. Vi bedömer den politiska och tjänstepersonsledningens engagemang i frågan som en viktig framgångsfaktor för att uppnå optimal effekt av internkontrollarbetet. Därför bedömer vi också att resterande nämnder/styrelser behöver ta en mer aktiv roll i att leda arbetet med att upprätta den interna kontrollplanen och på så vis stärka kontrollmiljön. Därtill är det vår bedömning att samtliga nämnder/styrelser bör ha en bruttorisklista som grund för internkontrollplanen.

Revisionsfråga	Samlat svar
Är styrdokument (instruktioner, anvisningar och mallar), system och rutiner ändamålsenliga för att skapa en tillräcklig intern kontroll i nämnder/styrelser?	Delvis Vi ser positivt på att det finns en gemensam mall och instruktion för arbetet med intern kontroll. Mallen och instruktionerna behöver däremot förenklas för att utgöra ett effektivt styrinstrument, minska risker i verksamheten och underlätta för verksamheterna. Fem nämnder/styrelser har tagit fram egna styrdokument.
Är struktur och process för riskhantering ändamålsenlig vid framtagande av planen för intern kontroll?	Delvis Den sammantagna bedömningen är att det delvis finns en tillräcklig riskhantering i regionen, dock är bilden inte entydig och ett antal nämnder/styrelser har en välfungerande process för riskidentifiering och riskvärdering.

	<p>Vi ser positivt på att instruktionen för intern kontroll beskriver hur verksamheterna ska bedöma och hantera riskerna. Däremot bedömer vi att nuvarande arbetssätt riskerar leda till att de interna kontrollplanerna inte innehåller de risker med högst sannolikhet och konsekvens för verksamheterna.</p> <p>8 av 17 nämnder/styrelser saknar bruttorisklista.</p>
Får nämnder/styrelser tillräcklig information för beslut om vilka risker som ska prioriteras?	<p>Delvis</p> <p>Sju av de granskade nämnderna/styrelserna är involverade i att identifiera och prioritera risker.</p> <p>Såväl tjänstepersoner i verksamheterna som förtroendevalda bör vara delaktiga i arbetet för att säkerställa insyn, förståelse och engagemang.</p> <p>Vidare bedömer vi att mallens utformning försvårar de förtroendevalda och tjänstepersonernas delaktighet i riskhanteringen.</p>
Finns det andra processer eller system för riskhantering inom respektive förvaltning och fångas dessa risker upp i nämndens/styrelsens interna kontroll?	<p>Nej</p> <p>Nämnder/styrelser behöver klargöra vilka befintliga parallella system som finns för att identifiera och hantera risker. Det kan exempelvis avse avvikelshantering under hälso- och sjukvårdslagen, delårsrapport och tertialrapporter.</p> <p>Nämnderna/styrelserna behöver därefter säkerställa att betydelsefulla iakttagelser beaktas i riskanalysen och bruttorisklistan.</p>
Är struktur och process för uppföljning av intern kontroll ändamålsenlig och får nämnder/ styrelser tillräcklig information för att ta beslut om åtgärder vid eventuella brister?	<p>Delvis</p> <p>Uppföljning sker i samband med delårsrapport och årsbokslut. Det saknas dock tydlig information om resultatet och eventuella åtgärder i flera nämnder/styrelser uppföljning.</p> <p>Vi bedömer att uppföljningen i flera fall presenteras på ett sätt som gör det svårt att skapa en överblick över vilka risker som har bedömts vara centrala, hur dessa ska kontrolleras och resultatet av kontrollerna.</p>
Är struktur och process för intern kontroll ändamålsenlig på verksamhet utan egen förvaltning och finns ett tydligt mandat delegerat från ansvarig nämnd till berörda tjänstemän?	<p>Ja</p> <p>Utifrån genomförda intervjuer och inhämtade enkätsvar kan vi inte se att det finns en otydlighet i ansvarsfördelningen i det interna kontrollarbetet för nämnder utan egen förvaltning.</p>

<p>Har regionstyrelsen tillräcklig information utifrån sin uppsiktsplikt över nämnder/styrelser för att säkerställa en ändamålsenlig intern kontroll i Region Skåne?</p>	<p>Delvis</p> <p>Regionstyrelsen får en sammanställning över nämndernas/styrelsernas interna kontroll i samband med delårsrapport och årsbokslut. Det finns stora variationer i tolkning, genomförande och rapportering av resultatet av den interna kontrollplanen. Detta försvårar jämförelsen nämnderna/styrelserna emellan. Vi ser en problematik i att uppföljning av den interna kontrollplanen i flera fall är sparad i ett format som gör det svårt att bedöma resultatet av genomförda kontroller. Det försvårar insynen för såväl ledamöterna i nämnden/styrelsen som regionstyrelsen.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Utöver de rekommendationer som framgår i avsnitt 3 rekommenderas regionstyrelsen att:

- ▶ Tydliggöra och förenkla hur det interna kontrollarbetet ska bedrivas och följas upp.
- ▶ Inom ramen för sin uppsikt proaktivt arbeta för att samtliga nämnder och styrelser ska ta fram bruttorisklistor och involvera nämnden och fler medarbetare i att identifiera risker.
- ▶ Inom ramen för sin uppsikt säkerställa att uppföljningen av nämndernas och styrelsernas resultat av kontrollerna går att sammanställa på ett lämpligt sätt.
- ▶ Säkerställa att det anordnas utbildningstillfällen för såväl tjänstepersoner som förtroendevalda.
- ▶ Säkerställa att strukturen för arbetet med den interna kontrollplanen är utformad på ett sätt där risker med högst sannolikhet och konsekvens ingår, oberoende av om de kan kopplas till fullmäktiges målsättningar.

Malmö den 14 december

Jakob Smith

Anna Färdig

6. Bilaga 1 Källförteckning

Intervjuade funktioner:

- ▶ Verksamhetscontroller, regionstyrelsen
- ▶ Controller, regionstyrelsen
- ▶ Ekonomichef, regionstyrelsen (Medicinsk service)
- ▶ Ekonomichef, regionstyrelsen (Digitalisering, IT och MT)
- ▶ Hälso-och sjukvårdsstrateg, sjukhusstyrelse Helsingborg
- ▶ Ekonomicontroller, sjukhusstyrelse Helsingborg
- ▶ Stabschef, primärvårdsnämnden
- ▶ Redovisningsansvarig, primärvårdsnämnden
- ▶ Verksamhetscontroller, sjukhusstyrelse Sus
- ▶ Enhetschef kansli, sjukhusstyrelse Sus
- ▶ Stabschef Regionsfastigheter, servicenämnden
- ▶ Verksamhetsstrateg Regionfastigheter, servicenämnden
- ▶ Verksamhetsstrateg Regionservice, servicenämnden
- ▶ Kanslichef Regionservice, servicenämnden

Dokument:

- ▶ Reglemente för god hushållning och intern kontroll inom Region Skåne 2007-10-22
- ▶ Tillämpningsanvisningar till reglemente för god hushållning och intern kontroll, 2017-06-01 §143
- ▶ Instruktion för intern kontroll - process, plan, uppföljning, rapportering och mall 2020-11-03
 - Bilaga 1 – Mall för intern kontroll
 - Bilaga 2 COSO
 - Bilaga 3 Riskbedömning obligatoriska kontrollområden
- ▶ Bilaga 4 Rutin för hantering av avvikelse/brist inom den interna kontrollen
- ▶ Samtliga nämnder och styrelser interna kontrollplan 2021
- ▶ Samtliga nämnder och styrelser uppföljning av den interna kontrollen i samband med delårsrapport per den 31 augusti 2021
- ▶ Samtliga nämnder och styrelser uppföljning av den interna kontrollen för 2020
- ▶ Rapportering av planer för intern kontroll 2021, regionstyrelsen 2021-03-26
- ▶ Rapportering av nämndernas uppföljning i samband med delårsrapport 2021, regionstyrelsen 2021-10-21
- ▶ Rutin för arbete med intern kontroll Sjukhusstyrelse Kristianstad, 2020-12-18
- ▶ Rutin för arbete med intern kontroll Sjukhusstyrelse Hässleholm, 2021-09-23
- ▶ Hantering av avvikelse/brist inom den interna kontrollen, Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden 2019-06-26
- ▶ Rutin för intern kontroll kollektivtrafiknämnden, 2020-11-11
- ▶ Rutin för intern kontroll, regionala utvecklingsnämnden, 2019-12-05

Bilaga 2 Obligatoriska kontrollområden

Arbetet med intern kontroll utgår från följande obligatoriska kontrollområden 2021:

- ▶ Verksamhetsmässiga kontrollområden
 - Bättre liv och hälsa för fler
 - Tillgänglighet och kvalitet
 - Hållbar utveckling i hela Skåne
 - Attraktiv arbetsgivare, professionell verksamhet
 - Långsiktig stark ekonomi

- ▶ Administrativa kontrollområden
 - Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning
 - Upphandling och inköp
 - Kompetensförsörjning och bisysslor
 - Verkställighet av beslut

Bilaga 3 Mall för intern kontrollplan

Nedanstående bilder visar på strukturen för intern kontrollplan inklusive uppföljning till nämnden/styrelsen. Bild 1 och 2 ska läsas bredvid varandra. Varje rad utgör en risk och på bild 1 framgår bland annat vilka kontroller som ska genomföras och på bild 2 framgår resultatet av redovisningen.

Bild 1

Sjukhusstyrelse Helsingborgs lasarett		Verksamhetsplan och budget - Riskanalys för intern kontroll					Verksamhetsplan och budget - Plan för intern kontroll								
ID	Beskrivning	Risk	P	P	P	Riskiggräns	Berörda steg	Åtgärd	Kontroll	Ansvarig	Uppföljning	Uppföljningsmetod	Uppföljningsfrekvens	Uppföljningsansvarig	Uppföljningsresultat
V1	Serviceinriktad verksamhet med hög kvalitet	Risk för att kvaliteten på patientvården och patientnöjdhetsmåttet minskar på grund av förändringar i verksamheten.	4	4	16	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V11	Tillgänglighet	Låg tillgänglighet och väntetider. Risk för negativa patienter och kvalitetsmåttet. Måcket företrädare för sjukvården. Ekonomiska effekter genom utskrivningsförhållanden.	4	4	16	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V12	Personcentrerad vård	Brister i patientnöjdhetsmåttet och upplevd kvalitet. Måcket företrädare för sjukvården.	2	3	6	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V13	Jämlik vård- och sjukvård	Måcket företrädare för sjukvården, risk för ojämlik vårdutveckling	2	3	6	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V14	Säker vård- och sjukvård	Risk för patientskador, kvalitetsbrister	4	1	4	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V15	Kvalitetssäkring vård- och sjukvård	Ej tillgång till nya behandlingsmetoder, minskad effektivitet, sämre förståelse för patienter och omvårdnadsvård.	2	2	4	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V16	Effektiv vård- och sjukvård	Långa väntetider, låga väntetider, bristande patientnöjdhets- och kvalitetsmåttet. Värdnadshögst påverkan på sjukvårdsförlopp. Ekonomisk påverkan	3	2	6	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V17	Prioriterade områden	Långa väntetider, låga väntetider, bristande patientnöjdhets- och kvalitetsmåttet. Värdnadshögst påverkan på sjukvårdsförlopp. Ojämlik vård	3	2	6	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V18			2	2	4	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V2	Drivande utvecklingsaktörer	Risk för att kvaliteten på patientvården minskar på grund av förändringar i verksamheten.	13	8	104	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V21	Utveckling av digitala tjänster	Hälsa- och sjukvården förbehåller inte levra upp till medborgarnas förväntningar på tillgänglighet via digitala tjänster. Risk för att system av digitala tjänster system som arbetar snabbt. Skriptet till systemet är inte tillräckligt tydligt och tydligt och kompetensförlust.	3	2	6	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V22	Kompetensutveckling, FoU	Brist på teknisk kompetens och möjligheter att räkna ut vilka kan bidra till utveckling av digitala tjänster och kompetensförlust.	3	1	3	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V23	Löpande uppföljning av kompetensförlustplanerna i samband med dialogmöten.	Mycket av arbetet med förbättringsåtgärder har fått stöd tillbaka pga covid-19	2	2	4	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V24	Region Södas miljöpolicy	Risk för ökad miljöbelastning och sämre miljö.	2	2	4	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V25		Region Södas miljöpolicy	2	2	4	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet

Forts. bild 1

Sjukhusstyrelse Helsingborgs lasarett		Verksamhetsplan och budget - Riskanalys för intern kontroll					Verksamhetsplan och budget - Plan för intern kontroll								
ID	Beskrivning	Risk	P	P	P	Riskiggräns	Berörda steg	Åtgärd	Kontroll	Ansvarig	Uppföljning	Uppföljningsmetod	Uppföljningsfrekvens	Uppföljningsansvarig	Uppföljningsresultat
V21	Utveckling av digitala tjänster	Hälsa- och sjukvården förbehåller inte levra upp till medborgarnas förväntningar på tillgänglighet via digitala tjänster. Risk för att system av digitala tjänster system som arbetar snabbt. Skriptet till systemet är inte tillräckligt tydligt och tydligt och kompetensförlust.	3	2	6	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V22	Kompetensutveckling, FoU	Brist på teknisk kompetens och möjligheter att räkna ut vilka kan bidra till utveckling av digitala tjänster och kompetensförlust.	3	1	3	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V23	Löpande uppföljning av kompetensförlustplanerna i samband med dialogmöten.	Mycket av arbetet med förbättringsåtgärder har fått stöd tillbaka pga covid-19	2	2	4	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V24	Region Södas miljöpolicy	Risk för ökad miljöbelastning och sämre miljö.	2	2	4	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet
V25		Region Södas miljöpolicy	2	2	4	Riskiggräns	Ja	Ja	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet	Uppföljning via patientnöjdhetsmåttet

Bilaga 4 Delårsrapport intern kontroll 2021

Nämndernas/styrelsernas resultat av den interna kontrollplanen redovisas på följande sätt i delårsrapporten 2021.

Uppföljning av planer för intern kontroll

Intern kontroll Rapportering per den 31 aug 2021	Bättre liv och hälsa för fler	Tillgänglig- het och kvalitet	Hållbar utveckling i Skåne	Attraktiv arbets- givare, professionell verksamhet	Långsiktigt stark ekonomi	Efterlevnad av regelverk för god ekonomisk förvaltning	Upphand- ling och inköp	Kompe- tensförsör- ning och bisysslor	Verkställig- het beslut
Kollektivtrafiknämnd	Orange	Orange	Orange	Orange	Röd	Orange	Gul	Gul	Orange
Kulturnämnd	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Grön	Gul	Grön	Grön
Regional utvecklingsnämnd	Grön	Gul	Gul	Gul	Grön	Gul	Gul	Gul	Grön
Hälsa- och sjukvårdsnämnd	Gul	Gul	Grå	Grå	Orange	Gul	Grå	Grå	Orange
Psykatri, habiliterings- och hjälpmedelsnämnd	Gul	Orange	Orange	Orange	Gul	Orange	Gul	Orange	Gul
Primärvårdsnämnd	Grön	Gul	Gul	Orange	Gul	Gul	Gul	Orange	Gul
Sjukhusstyrelse Sus	Grå	Röd	Orange	Röd	Orange	Grå	Grå	Grå	Grå
Sjukhusstyrelse Landskrona	Gul	Orange	Gul	Orange	Orange	Gul	Orange	Gul	Gul
Sjukhusstyrelse Ystad	Orange	Röd	Röd	Orange	Röd	Grå	Orange	Grå	Grå
Sjukhusstyrelse Trelleborg	Orange	Röd	Orange	Orange	Röd	Grön	Gul	Grön	Gul
Sjukhusstyrelse Helsingborg	Röd	Orange	Gul	Röd	Röd	Gul	Gul	Orange	Gul
Sjukhusstyrelse Ängelholm	Grå	Grå	Grön	Röd	Röd	Orange	Orange	Orange	Gul
Sjukhusstyrelse Kristianstad	Gul	Gul	Gul	Gul	Orange	Grå	Gul	Gul	Grå
Sjukhusstyrelse Hässleholm	Orange	Orange	Gul	Gul	Gul	Grön	Orange	Gul	Gul
Regionstyrelse	Gul	Gul	Orange	Orange	Gul	Orange	Gul	Orange	Orange
Personalnämnd	Grå	Grön	Grå	Gul	Gul	Grön	Grå	Grå	Gul
Servicenämnd	Orange	Orange	Orange	Gul	Orange	Gul	Gul	Gul	Gul
Patientnämnd	Grön	Grön	Grön	Grön	Gul	Grön	Grå	Grön	Grön

	Grön	Acceptabel nivå
	Gul	Mindre brister
	Orange	Brister
	Röd	Större brister
	Grå	Rapportering saknas