

# Granskning av nämndernas arbete med intern kontroll

Region Gävleborg

*Carin Hultgren  
Malou Olsson*



# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b>	<b>5</b>
Bakgrund	5
Syfte och revisionsfrågor	5
Revisionskriterier	5
Kontrollmål	6
Avgränsning	6
Metod 6	
<b>lakttagelser och bedömningar</b>	<b>7</b>
Kontrollmål 1 - Finns det relevanta dokument (reglemente, riktlinjer, policys) avseende intern kontroll och riskanalys?	7
lakttagelser	7
Bedömning	10
Kontrollmål 2 - Har nämnder och styrelser beslutat om internkontrollplan för år 2019?	10
lakttagelser	10
Bedömning	10
Kontrollmål 3 - Har internkontrollplan för år 2019 föregåtts av en dokumenterad bedömning utifrån risk och väsentlighet omfattande både ekonomiska och verksamhetsmässiga risker för respektive nämnd och styrelse?	11
lakttagelser	11
Bedömning	11
Kontrollmål 4 - Har uppföljning och återrapportering av internkontrollplanen skett på ett strukturerat sätt till nämnd eller styrelse?	12
lakttagelser	12
Bedömning	12
Kontrollmål 5 - Har nämnd eller styrelse fattat beslut om åtgärder med anledning av rapporterade avvikelser från internkontrollplanen?	12
lakttagelser	12
Bedömning	13
Kontrollmål 6 - Har beslutade åtgärder utifrån den interna kontrollplanen verkställts och återrapporterats till nämnd och styrelse?	13
lakttagelser	13

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Gävleborg genomfört en granskning av nämndernas arbete med intern kontroll. Detta mot bakgrund att revisorerna under 2018 genomförde en förstudie inom området som visade på behov av att genomföra en granskning av styrelsens och nämndernas ansvar för och arbete med internkontroll.

Inom ramen för granskningen har intervjuer genomförts med respektive förvaltningsdirektör inom följande förvaltningar; hälso- och sjukvård, kultur-och kompetens och hållbarhet samt regiondirektör och respektive ordförande i dessa. Intervju har även genomförts med chef vid internkontrollavdelningen.

De revisionsfrågor som granskningen ska besvara är:

1. Är nämndernas arbete kring intern kontroll av verksamhet och ekonomi tillräckligt?
2. Föregås nämndernas beslut om internkontrollplanen av riskanalyser utifrån sitt uppdrag?

Efter genomförd granskning gör vi bedömningen att nämndernas arbete kring/alt avseende intern kontroll av verksamhet och ekonomi uppfylls i begränsad utsträckning. Bedömningen baseras på att det finns förutsättningar i form av styrande och stödjande dokument som tydliggör hur arbetet ska genomföras och följas upp. I de fall internkontrollplaner tagits fram, har däremot uppföljningar genomförts i enlighet med gällande direktiv. Regionstyrelsen har inte beslutat om någon internkontrollplan i enlighet med direktivet. Regionstyrelsen har inte heller genomfört någon uppföljning av nämndernas internkontroll i enlighet med direktiv/reglementet.

Vidare gör vi bedömningen att nämndernas beslut om internkontrollplan förgåtts av en riskanalys uppfyllts till övervägande del. Detta utifrån att samtliga nämnders, förutom regionstyrelsens, genomfört en riskanalys utifrån sitt uppdrag och risken att fullmäktiges mål inte nås inför framtagandet av beslutad internkontrollplan.

Den sammanfattande bedömningen baseras på en sammanvägning av bedömningarna för nedanstående kontrollmål.

## Kontrollmål 1: Finns relevanta styrdokument (reglemente, riktlinjer, policys) avseende intern kontroll och riskanalys?

Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet om det finns relevanta och styrande dokument avseende intern kontroll och riskanalys bedöms som **uppfyllt**. Några nämndspecifika styrande dokument finns ej. Av intervjuerna har framkommit att befintliga dokument bedöms vara tydliga och fungera som ett stöd i det praktiska arbetet. Det är positivt att de styrande dokumenten uppdateras löpande i syfte att hållas aktuella och fungera som stöd i arbetet.

## Kontrollmål 2: Har nämnder och styrelser beslutat om internkontrollplan för 2019?

Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet är **uppfyllt** för de **tre nämnderna men inte för regionstyrelsen**.

Bedömningen bygger på att hälso- och sjukvårdsnämnden, kultur- och kompetensnämnden och hållbarhetsnämnden alla har beslutat om internkontrollplaner för 2019, som tagits fram enligt anvisningar i styrande dokument/direktiv m.m., även om det skett något senare enligt tidplan.

Regionstyrelsen har inte beslutat om någon internkontrollplan för 2019 i enlighet med styrande dokument/direktiv. Motivet till detta anges vara den omorganisation av regionstyrelseförvaltningen som genomförts under 2019 och att det inte funnit förutsättningar att göra en internkontrollplan för året.

### **Kontrollmål 3: Har internkontrollplan för år 2019 föregåtts av en dokumenterad riskbedömning utifrån risk och väsentlighet omfattande både ekonomiska och verksamhetsmässiga risker för respektive nämnd och styrelse?**

Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet är **uppfyllt** för de **tre nämnderna men inte för regionstyrelsen**.

Bedömningen bygger på att hälso- och sjukvårdsnämnden, kultur- och kompetensnämnden och hållbarhetsnämnden har dokumenterade riskvärderingar i enlighet med riskanalysmodellen omfattande både ekonomiska och verksamhetsmässiga risker för respektive nämnd.

Avseende regionstyrelsen har vi inte tagit del av någon dokumenterad riskvärdering av ekonomiska och verksamhetsmässiga risker. De riskanalyser som gjorts med anledning av omorganisationen har inte ingått i denna granskning.

### **Kontrollmål 4: Har uppföljning och åiterrapportering av internkontrollplanen skett på ett strukturerat sätt till nämnd och styrelse?**

Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet är **uppfyllt** för hälso- och sjukvårdsnämnden. Vår vidare sammanfattande bedömning är att kontrollmålet **ej är uppfyllt** avseende övriga nämnder och regionstyrelsen då vi inte kunna verifiera att uppföljning har skett.

Bedömningen bygger på att hälso- och sjukvårdsnämnden har följt upp internkontrollplanen för 2019 vid nämndens möte i september genom en muntlig redovisning av stabschef. Uppföljningen påvisade att flertalet av de identifierade riskerna har åtgärdats och att fortsatt arbete sker med att garantera tillgängligheten för befolkningen samt att säkerställa avvikelshantering.

### **Kontrollmål 5: Har nämnd eller styrelse fattat beslut om åtgärder med anledning av rapporterade avvikelser från internkontrollplanen?**

Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet för hälso- och sjukvårdsnämnden är **uppfyllt** eftersom nämnden vidtar tillräckliga åtgärder med anledning av uppföljningens resultat. Mot den bakgrunden gör vi bedömningen att något särskilt beslut om åtgärder inte är nödvändigt.

För övriga nämnder och regionstyrelsen kan målet **inte bedömas** då det inte gjorts någon uppföljning i enlighet med gällande direktiv. Vidare har regionstyrelsen inte genomfört någon uppföljning av nämndernas internkontroll i enlighet med direktiv/reglement.

### **Kontrollmål 6: Har beslutade åtgärder utifrån den interna kontrollplanen verkställts och åiterrapporterats till nämnd och styrelse?**

Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet **ej är tillämpligt** (ej aktuellt) att bedöma då ingen nämnd eller styrelsen har beslutat om åtgärder utifrån den interna kontrollplanen.

### Rekommendationer

Att samtliga nämnder och styrelse fortsätter att arbeta och följa gällande reglemente och styrande dokument inom området.

Att tydliggöra hur regionstyrelsens uppsiktsplikt som framgår av direktiv avseende nämnderna och den interna kontrollen (intern styrning och kontroll) ska följas upp och återspeglas till regionfullmäktige inom området.

Se över om regionstyrelsens riskbedömning även bör omfatta regionövergripande väsentliga processer inom det ekonomiadministrativa området som exempelvis inköp och upphandling, lönehandling, ekonomistyrning men även inom det förtroendekänsliga området såsom bland annat resor, intern och extern representation.

# Inledning

## Bakgrund

Kommunallagen anger att styrelsen och nämnderna har ansvaret för den interna kontrollen inom sitt respektive verksamhetsområde. Regionstyrelsen har beslutat om två direktiv inom området, dels Intern styrning och kontroll i Region Gävleborg, dels Intern styrning och kontroll på tjänstemannanivå - Region Gävleborg. Regionen har en internkontrollavdelning i regionstaben.

Revisorerna har vid tidigare års granskning och vid träffar med nämnder och styrelsen funnit att en otydlighet föreligger beträffande ansvaret för den interna kontrollen och hur nämnderna säkerställer en god intern kontroll inom sitt ansvarsområde. Mot den bakgrunden genomfördes 2018 en förstudie i syfte att få svar på hur styrelsen och nämnderna uppfattar den interna kontrollen inom sitt område och om en granskning bör göras eller inte.

Av förstudien som genomfördes 2018 framkom att:

Det finns övergripande fastställda interna styrdokument för hur arbetet med intern kontroll ska genomföras.

Ansvaret för den interna kontrollen läggs, utöver vad som framgår av kommunallagen, fast i dessa interna styrdokument. I förstudien görs dock bedömningen att det 2018 rådde viss osäkerhet beträffande ansvarets innebörd och vilka aktiviteter styrelsen/nämnden bör genomföra för att leva upp till ansvaret.

- Riskanalyser och internkontrollplaner hade utarbetats på förvaltningsnivå. Huruvida dessa beslutats av nämnden var dock oklart. Modell fanns utarbetad för riskanalys och internkontrollplan.
- Ingen samlad rapportering hade skett till regionstyrelsen/nämnderna av genomförda aktiviteter enligt internkontrollplanen.
- Inför 2019 planerades arbetssättet förändras så att riskanalys och internkontrollplan beslutas av ansvarig nämnd som även ska erhålla rapportering av genomförda aktiviteter.

Mot bakgrund av genomförd förstudie har revisionen beslutat att genomföra en fördjupad granskning av regionstyrelsens och nämnderna ansvar och arbete med internkontroll.

## Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma att nämnderna och styrelsens arbete med intern kontroll bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Revisionsobjekt är regionstyrelsen.

Revisionsfrågor:

- Är nämndernas arbete kring intern kontroll av verksamhet och ekonomi tillräckligt?
- Föregås nämndernas beslut om internkontrollplanen av riskanalyser utifrån sitt uppdrag?

## Revisionskriterier

- Kommunallagen
- Direktiv Intern styrning och kontroll i Region Gävleborg
- Direktiv Intern styrning och kontroll på tjänstemannanivå – Region Gävleborg

- Den regionövergripande rutinen inom riskanalys "Riskanalys – Rutin – Region Gävleborg."

## Kontrollmål

Granskningen kommer att besvara följande frågor

- Finns det relevanta dokument (reglemente, riktlinjer, policys) avseende intern kontroll och riskanalys?
- Har nämnder och styrelse beslutat om internkontrollplan för 2019?
- Har internkontrollplan för 2019 föregåtts av en dokumenterad bedömning utifrån risk och väsentlighet omfattande både ekonomiska och verksamhetsmässiga risker för respektive nämnd och styrelse?
- Har uppföljning och återrapportering av internkontrollplanen skett på ett strukturerat sätt till nämnd eller styrelse?
- Har nämnd eller styrelse fattat beslut om åtgärder med anledning av rapporterade avvikelser från internkontrollplanen?
- Har beslutade åtgärder utifrån den interna kontrollplanen verkställts och återrapporterats till nämnd och styrelse?

## Avgränsning

Avgränsas till kontrollmålen, regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden, kultur- och kompetensnämnden och hållbarhetsnämnden.

## Metod

Granskningen har genomförts genom granskning av styrande dokument och regionens antagna regelverk inom området såsom riskanalyser, internkontrollplaner, protokoll och i förekommande fall de uppföljningar som redovisats för nämnd/styrelse.

Intervjuer har genomförts med respektive förvaltningsdirektör inom hälso- och sjukvård, kultur- och kompetens, hållbarhet och regiondirektör samt med respektive nämndsordförande inom hälso- och sjukvårdsnämnden och kultur- och kompetensnämnden samt styrelsens ordförande. Intervju har även genomförts med chef vid Internkontrollavdelningen.

Revisionsrapporten har varit föremål för faktaavstämning av de som kallats till intervju för granskningen.

# Iakttagelser och bedömningar

Nedan tabell visualiserar huruvida respektives kontrollmål är uppfyllt (grön), delvis uppfyllt (gul) eller ej uppfyllt (röd), ej aktuellt (vit).

Under respektive kontrollmåls kapitel återfinns iakttagelser och bedömningar.

Nämnd/styrelse	Relevanta styrdokument	Beslutad internkontrollplan 2019	Genomförd risk och väsentlighetsanalys	Uppföljning och återrapportering av internkontrollplan till nämnd	Har nämnd/styrelse fattat beslut om åtgärder med anledning av rapporterade avvikelser i internkontrollplanen	Har beslutade åtgärder utifrån den internkontrollplan verkställts o återrapporterats till nämnd/styrelse
Regionstyrelse						
Hälso- och sjukvårdsnämnd					Bedöms inte vara aktuellt utifrån resultat av den uppföljning som redovisats.	Ej aktuellt
Kultur- och kompetensnämnd						
Hållbarhetsnämnd						

## Kontrollmål 1 - Finns det relevanta dokument (reglemente, riktlinjer, policys) avseende intern kontroll och riskanalys?

### Iakttagelser

Region Gävleborg har ett antal relevanta dokument avseende intern kontroll och riskanalys, vilket redovisas nedan.

#### Reglementen för regionstyrelsen och nämnder

Region Gävleborg har ett regionövergripande reglemente för regionstyrelse och nämnder som gäller från och med 2019-01-01. I reglementet redogörs för att i Regionstyrelsen styrfunktion ingår bland annat att leda arbetet med och samordna utformningen av övergripande mål, riktlinjer och ramar för styrning av hela den kommunala verksamheten, göra framställningar i målfrågor som inte är i lag förbehållna av annan nämnd. Vidare ska Regionstyrelsen övervaka att de av fullmäktige fastställda målen och planerna för verksamhet och ekonomi efterlevs. Nämnderna ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt, de föreskrifter som kan finnas i lag eller förordning samt bestämmelser i reglementet. I föreslagna reglementen anges inte några specifika delar avseende ansvaret för den interna kontrollen.

#### Reglemente för uppföljning

Reglementet avseende uppföljning är fastställt av regionfullmäktige 2019-02-20. Reglementet tydliggör att internkontrollplan ska baseras på riskbedömning och ska minst innehålla vilka rutiner och



kontrollmoment som ska följas upp, omfattningen på uppföljningen, vem som ansvarar för att utföra uppföljningen, till vem uppföljningen ska rapporteras samt när rapportering ska ske.

Reglementet tydliggör även att nämnderna och styrelsen årligen ska rapportera till regionstyrelsen avseende analys och utvärdering av sina system och rutiner för internkontroll, resultat av uppföljningen av den interna kontrollen samt redovisning av antagen internkontrollplan för kommande verksamhetsår.

#### *Regionstyrelsens uppsiktsplikt*

I reglementet för uppföljning tydliggörs att styrelsen har som ansvar att leda och samordna förvaltningen av Region Gävleborgs angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamheter.

#### *Nämnderna*

I underlaget tydliggörs att nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt att de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

### **Direktiv Intern styrning och kontroll i Region Gävleborg**

Region Gävleborg har två regionövergripna direktiv avseende intern styrning och kontroll. Direktivet "Intern styrning och kontroll i Region Gävleborg" tydliggör bland annat syfte med att regionens interna styrning och kontroll (ISK) ska säkerställa att fullmäktiges mål nås. Dokumentet tydliggör även Region Gävleborgs arbetssätt med ISK utgår från definitioner och modell för arbetet. ISK avser all verksamhet, dess kvalitet, arbetsmiljö med mera. Vidare anger dokumentet att rapportering ska ske årligen till Regionstyrelsen och nämnderna om hur den interna styrningen och kontrollen fungerar.

Direktivet omfattar även ett avsnitt om värde och nytta med ISK. Direktivet har antagits av Regionstyrelsen och nämnderna. Direktivet är fastställt i regionstyrelsen 2016-06-21.

### **Direktiv Intern styrning och kontroll på tjänstemannanivå – Region Gävleborg**

Direktivet "Intern styrning och kontroll på tjänstemannanivå – Region Gävleborg" tydliggör ansvar och roller samt arbetssätt inom intern styrning och kontroll (ISK). Direktivet omfattar ansvar och roller, årlig riskanalys och hantering av risker, beskrivning av ISK process, internrevision samt rådgivningstjänster, utredningsuppdrag och övriga aktiviteter.

Direktivet har utgångspunkten i kommunallagens regler om styrelsens uppsiktsplikt och att nämnderna var och en inom sitt område ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten och att styrelsen/nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

I direktivet läggs följande fast:

<b>Roll</b>	<b>Ansvar</b>
Regionstyrelse	I enlighet med kommunallagen ska styrelsen leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet.
Nämnder	I enlighet med kommunallagen ska nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.
Regiondirektör	Beslutar om organisation och arbetssätt för intern styrning och kontroll (ISK). Rapporterar årligen till Regionstyrelsen om hur den interna styrningen och kontrollen fungerar. Beslutar om internrevisionsplan.
Förvaltningschef / direktör för respektive nämnd	Rapporterar årligen till respektive nämnd om hur den interna styrningen och kontrollen fungerar.
Ansvarig chef	Ansvarar för att direktiv och rutiner för ISK följs inom respektive chefsområde. Rapporterar till överordnad chef om ISK.

Roll	Ansvar
Chef internkontrollenheten	Utvecklar och förvaltar arbetssätt och verktyg för ISK. Fastställer rutiner inom ISK. Framtagande och genomförande av internrevisionsplan.

I direktivet framgår att riskanalys ska genomföras årligen utifrån de mål och uppdrag som verksamheten har och att internkontrollplanen är en integrerad del av riskanalysarbetet. De internkontrollplaner som tas fram ska ligga till grund för årlig rapportering till styrelse och respektive nämnder. Uppföljning av åtgärder som vidtagits, inklusive om åtgärderna medfört att riskerna minskat, bör göras och dokumenteras löpande i internkontrollplanen. Direktivet är fastställt av regiondirektör 2019-09-18 och är giltigt till och med 2020-09-18.

### Rutin riskanalys

"Riskanalys – Rutin – Region Gävleborg" är en regionövergripande rutin i syfte att ge en beskrivning över det arbetssätt för riskanalys som ska användas inom regionen. Rutinen beskrivs användas vid riskanalyser oavsett vilken verksamhet som omfattas eller för vilket område analysen genomförs. Rutinen omfattar inte för den enskilda medarbetarens skyldighet att rapportera risker enligt Patientsäkerhetslagen. Den riskbedömning som krävs enligt rutinen för säker kemikaliehantering omfattas inte heller av denna rutin.

Direktivet om ISK styr när riskanalys ska utföras. Riskanalys ska genomföras årligen utifrån de mål och uppdrag som verksamheten har. Enligt den beskrivna rutinen bör riskanalysarbetet genomföras inför verksamhetsplanering och budgetarbete så att åtgärder hinner planeras och implementeras under budgetåret. Internkontrollplanen är en integrerad del av riskanalysarbetet. Vid den årliga riskanalysen är det viktigt att verksamhetens mål eller målområden finns tillgängliga så att de risker som kan identifieras tydligt kan kopplas till mål eller målområden.

Utöver den årliga riskanalysen ska riskanalys genomföras vid större förändringar eller om andra händelser gör att det finns behov av riskanalys.

En tillhörande regionövergripande rutinbeskrivning, med syfte att fungera som stöd i det praktiska arbetet med riskanalys har tagits fram av Internkontrollavdelningen.

### Rutin internkontrollplan

Region Gävleborg har en regionövergripande rutin som beskriver arbetssättet för framtagande av internkontrollplaner. Syftet med rutinen är att beskriva det rådande arbetssätt för framtagande av internkontrollplaner inom regionen. Internkontrollplanerna utgår från de årliga riskanalyser vars arbetssätt beskrivs i separat rutin, Rutin riskanalys. Rutinen är fastställd av chef för internkontrollavdelningen 2019-09-18 och är giltig till och med 2020-09-18.

Region Gävleborg har ett övergripande dokument "Internkontrollplan (IKP) 2019" vilket påvisar process inför upprättande av internkontrollplan för 2019 riktat mot alla nämnder utom regionstyrelsen. Underlaget innehåller en kartläggning över arbetet från riskanalys till upprättad internkontrollplan samt dess beslutsorgan.

### Rutin internrevision Region Gävleborg

Rutin för internrevision är en regionövergripande rutin i syfte att beskriva hur internrevision inom regionen ska genomföras, när internrevision ska göras och hur den initieras, beslutas, genomförs och dokumenteras. Rutinen är fastställd av chef för internkontrollavdelningen 2019-09-18 och är giltig till och med 2020-09-18.

Några nämndspecifika styrande dokument har vi i granskningen inte tagit del av. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ger dock uttryck för att de inte till fullo har följt de styrande dokument avseende riskanalysarbetet utifrån rådande tidspress vid dess upprättande.

## Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet om det finns relevanta och styrande dokument avseende intern kontroll och riskanalys bedöms som **uppfyllt**. Några nämndspecifika styrande dokument finns ej. Av intervjuerna har framkommit att befintliga dokument bedöms vara tydliga och fungera som ett stöd i det praktiska arbetet. De är positivt att de styrande dokumenten uppdateras löpande i syfte att hållas aktuella och fungera som stöd i arbetet.

## Kontrollmål 2 - Har nämnder och styrelser beslutat om internkontrollplan för år 2019?

Enligt Rutin internkontrollplan framgår tidsplanen när internkontrollplan ska beslutas. Beslut om internkontrollplanen ska tas i respektive nämnd och bolagsstyrelse under november-december inför nytt år. Det ska ske i samband med att verksamhetsplanen föredras för nämnd respektive bolag.

Vid valår anpassas tidplanen på så sätt att planen beslutas vid nämndens respektive bolagets första möte. För 2019 skulle således beslut om nämndernas internkontrollplaner tas vid nämndens första möte.

## Iakttagelser

Samtliga nämnder har beslutat om internkontrollplan avseende 2019<sup>1</sup>. Dock har framtagande av internkontrollplan och dess process skett under 2019 varför internkontrollplanerna ej är beslutade i enlighet med den gällande rutinens tidsplan. Det vill säga beslutet fattades inte vid nämndernas första möte för året.

Vi har i granskningen tagit del av att tidsplaner för riskanalyser och framtagande av internkontrollplaner för 2020 avseende kultur- och kompetensnämnden, hållbarhetsnämnden och hälso- och sjukvårdsnämnden vilket följer gällande rutin. Vad gäller hållbarhetsnämnden har beslut tagits avseende internkontrollplan 2020 utan föredragning vid tidigare sammanträde. Övriga nämnder har vid sammanträdet före beslut av internkontrollplan erhållit muntlig information från respektive förvaltning om förslag på internkontrollplan.

Vid intervju framkommer att regionstyrelsen har genomfört en riskvärdering som innefattar risk- och konsekvensanalys som utgår från politiskt beslutad organisationsförändring 2019 avseende LOV (Ledning Och Verksamhetsstöd). Denna omorganisation har varit omfattande och flera riskanalyser med de fackliga representanterna uppges ha varit aktuella. Dokumenterade underlag uppges finnas men ej antagits i regionstyrelsen. Vi har i granskningen inte funnit att internkontrollplan för 2020 är beslutad av regionstyrelsen.

## Bedömning

Vår bedömning är att kontrollmålet är **uppfyllt** för de **tre nämnderna men inte för regionstyrelsen**.

Bedömningen bygger på att hälso- och sjukvårdsnämnden, kultur- och kompetensnämnden och hållbarhetsnämnden alla har beslutat om internkontrollplaner för 2019, som tagits fram enligt anvisningar i styrande dokument/direktiv m.m., även om det inte skett enligt tidplan.

---

<sup>1</sup> Respektive nämnd/styrelse har beslutat om internkontrollplan 2019 enligt följande datum: Regionstyrelsen, ingen antagen, Hälso- och sjukvårdsnämnden 2019-05-29, Hållbarhetsnämnden 2019-06-18 och Kultur- och kompetensnämnden 2019-03-06.

Regionstyrelsen har inte beslutat om någon internkontrollplan för 2019 i enlighet med styrande dokument/direktiv. Motivet till detta anges vara den omorganisation av regionstyrelseförvaltningen som genomförts under 2019 och att det inte funnit förutsättningar att göra en internkontrollplan för året.

### **Kontrollmål 3 - Har internkontrollplan för år 2019 föregåtts av en dokumenterad bedömning utifrån risk och väsentlighet omfattande både ekonomiska och verksamhetsmässiga risker för respektive nämnd och styrelse?**

Enligt rutin ska riskanalys genomföras årligen utifrån de mål och uppdrag som verksamheten har. Syftet är att minimera de risker som kan hindra verksamheten att nå uppsatta mål. Riskanalysarbetet koordineras lämpligen med verksamhetsplanering och budgetarbete så att åtgärder hinner planeras och implementeras. Efter att respektive verksamhet genomfört en grundlig riskanalys kan det vara lämpligt att kommande år utgå från fjolårets riskanalys. Lämpligen skapas en ny version där risker som är åtgärdade eller inte är aktuella tas bort och tillkomna risker läggs till. Särskilt kritiska risker ska noteras i en internkontrollplan.

Vidare beskrivs att rollen som uppdragsgivare i riskanalysprocessen ska ha befogenheter och ansvar att genomföra åtgärder inom det område som analysen gäller. Uppdragsgivaren är beställare av riskanalysen och bör delta vid genomförande av workshop. Workshop noteras vara en metod i riskanalysprocessen. I vissa fall kan flera workshops vara aktuella innan riskanalysarbetet är färdigställt. I rutinen beskrivs vidare att riskanalysen dokumenteras lämpligen i den regionövergripande mall.

#### *lakttagelser*

Samtliga nämnder har genomfört och dokumenterat sitt riskanalysarbete inom sina respektive verksamhetsområden i enlighet med rutinen. Vi har i granskningen inte tagit del av någon dokumenterad riskanalys avseende regionstyrelsen. Vid intervju uppges att en riskanalys har genomförts i samband med den organisationsförändring som styrelsen beslutat om och som genomförts under året.

Den årliga riskanalysen och dess dokumentation har skett av tjänstepersoner inom respektive förvaltning. I riskanalysen har ekonomiska och verksamhetsmässiga risker beaktats. Riskanalysen har därefter presenterats för nämnd. Hållbarhetsnämnden och hälso- och sjukvårdsnämnden har involverats i processen genom muntlig information om internkontrollprocessen och presentation av förslag på internkontrollplan för att vid nästkommande sammanträde besluta om internkontrollplanen. Detta har givit nämnden möjlighet att lämna synpunkter på upprättat underlag innan beslut tagits. Kultur- och kompetensnämnden har antagit förslag på internkontrollplan utan föredragning på förgående möte.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppger att de tidigare år haft workshops vid riskanalysarbetet vilket upplevts lyckosamma. Detta är något vi noterat att ingen styrelse/nämnd genomfört i samband med årets riskprocess.

Vi har i granskningen noterat att regionövergripande risker inom väsentliga processer så som det personal- och ekonomiadministrativa området saknas. Som exempel på väsentliga områden kan nämnas inköp och upphandling, lönehantering, ekonomistyrning men även inom det förtroendekänsliga området såsom bland annat resor, intern och extern representation.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att kontrollmålet är **uppfyllt** för de **tre nämnderna men inte för regionstyrelsen**.

Bedömningen bygger på att hälso- och sjukvårdsnämnden, kultur- och kompetensnämnden och hållbarhetsnämnden har dokumenterade riskvärderingar omfattande både ekonomiska och verksamhetsmässiga risker för respektive nämnd.

Avseende regionstyrelsen har vi inte tagit del av någon dokumenterad riskvärdering som omfattar ekonomiska och verksamhetsmässiga risker.

### **Kontrollmål 4 - Har uppföljning och åiterrapportering av internkontrollplanen skett på ett strukturerat sätt till nämnd eller styrelse?**

Noterat i regionens reglemente om uppföljning är att internkontrollplanen ska innehålla vilka rutiner och kontrollmoment som ska följas upp och dess omfattning, vem som ansvarar för att utföra uppföljningen, till vem uppföljningen ska rapporteras samt när rapportering ska ske.

#### *lakttagelser*

Kultur- och kompetensnämnden har i sitt årshjul noterat att uppföljning av internkontrollplan ska ske i augusti 2019 vilket vi i granskningen inte kunna verifiera i nämndens protokoll. Nämnden har i sin internkontrollplan noterat ansvarig för respektive målområde samt när kontroll/uppföljning ska ske på tjänstemannanivå till exempel genom ledningsgrupp och samverkansgrupp. Vi har i granskningen inte tagit del av när och på vilket sätt uppföljning ska ske till nämnd.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har följt upp internkontrollplanen i augusti månad 2019. Uppföljningen beskriver kontrollåtgärder utifrån identifierade och prioriterade risker med syfte att säkra en ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet som bedrivs i enlighet med tillämpliga lagar, föreskrifter, policys och riktlinjer. Uppföljningen påvisar att flertalet av de identifierade riskerna har åtgärdats. Fortsatt arbete pågår med att garantera tillgängligheten för befolkningen samt att säkerställa avvikelshantering.

Hållbarhetsnämnden har i sin internkontrollplan noterat ansvarig för respektive målområde samt när kontroll/uppföljning ska ske på tjänstemannanivå genom kvartalsvis vid chefsmöten. Vi har i granskningen inte tagit del av när och på vilket sätt uppföljning ska ske till nämnd.

Vi har i regionstyrelsens protokoll inte kunnat verifiera att uppföljning avseende styrelsens eller nämndernas internkontrollplaner har skett, detta utifrån att beslutad internkontroll saknas. Vi har i granskningen inte tagit del av att någon uppföljning skett avseende regionstyrelsen uppsiktsplikt, det vill säga utifrån nämndernas löpande internkontrollarbete.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att kontrollmålet är **uppfyllt** för hälso- och sjukvårdsnämnden. Vår vidare sammanfattande bedömning är att kontrollmålet **ej är uppfyllt** avseende övriga nämnder och regionstyrelsen då vi inte kunna verifiera att uppföljning har skett.

Bedömningen bygger på att hälso- och sjukvårdsnämnden har följt upp internkontrollplanen för 2019 vid nämndens möte i september genom en muntlig redovisning av stabschef. Uppföljningen påvisade att flertalet av de identifierade riskerna har åtgärdats och att fortsatt arbete sker med att garantera tillgängligheten för befolkningen samt att säkerställa avvikelshantering.

### **Kontrollmål 5 - Har nämnd eller styrelse fattat beslut om åtgärder med anledning av rapporterade avvikelser från internkontrollplanen?**

#### *lakttagelser*

Vi har i granskningen inte funnit att nämnderna och styrelsen fattat beslut om åtgärder med anledning av rapporterade avvikelser från internkontrollplanen.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har utifrån sin uppföljning inte tagit beslut om åtgärder med anledning av rapporterade avvikelser från internkontrollplanen utifrån pågående aktiviteter. I uppföljningen finns noterat att flertalet av de identifierade riskerna har åtgärdats.

### *Bedömning*

Vår bedömning är att kontrollmålet för hälso- och sjukvårdsnämnden är **uppfyllt** eftersom nämnden vidtar tillräckliga åtgärder med anledning av uppföljningens resultat. Mot den bakgrunden gör vi bedömningen att något särskilt beslut om åtgärder inte är nödvändigt.

För övriga nämnder och regionstyrelsen kan målet **inte bedömas** då det inte gjorts någon uppföljning i enlighet med gällande direktiv. Vidare har regionstyrelsen inte genomfört någon uppföljning av nämndernas internkontroll i enlighet med direktiv/reglemente.

## **Kontrollmål 6 - Har beslutade åtgärder utifrån den interna kontrollplanen verkställts och återrapporterats till nämnd och styrelse?**

### *lakttagelser*

Vi har i granskningen inte funnit att nämnderna och styrelsen tagit beslut om åtgärder utifrån den interna kontrollplanen. Det finns ej heller någon spårbarhet i nämndernas och styrelsens protokoll att detta skett.

### *Bedömning*

Vår bedömning är att kontrollmålet **ej är tillämpligt** (ej aktuellt) att bedöma då ingen nämnd eller styrelsen har beslutat om åtgärder utifrån den interna kontrollplanen.

2020-01-27

---

*Karin Magnusson*  
*Uppdragledare*

---

*Carin Hultgren*  
*Projektledare*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Gävleborg enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2019-08-26. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.