

## Landstingsstyrelsen

### Granskning av Landstingsstyrelsens interna kontroll

På vårt uppdrag har Revisionskontoret med hjälp av konsult från PWC genomfört en granskning av landstingsstyrelsens interna kontroll.

Granskningen har genomförts med dokumentanalyser samt intervjuer med landstingsstyrelsens ordförande och oppositionsrådet, bitr. landstingsdirektören, kanslichefen, kvalitetssamordnaren och ekonomichefen.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Vi ser positivt på det processarbete, med en risk- och väsentlighetsanalys med hela landstingsstyrelsen och landstingsdirektörens stab som deltagare och att detta arbete resulterade i internkontrollplanen för 2012. Vi noterar även att planen innehållsmässigt omfattar punkter som syftar till att säkerställa en effektiv organisation samt rutinorienterade kontroller som fokuserar på säkerhet i system och rutiner. Internkontrollplanen har följts upp enligt i planen fastställda tidpunkter.

Granskningen visar dock sammanfattningsvis att landstingsstyrelsens styrning, ledning och uppföljning av arbetet med den interna kontrollen i landstingsverksamheten behöver utvecklas.

Nedan redovisas de förbättringsområden som framkommit i vår granskning:

- Internkontrollreglemente och gemensamma regler och riktlinjer för den interna kontrollen saknas liksom dokumenterade mål. Vi anser att ett reglemente med tillämpningsanvisningar bör fastställas för att säkerställa att styrelse och nämnder upprätthåller en tillfredsställande intern kontroll, d.v.s. de skall med rimlig grad av säkerhet fastställa rutiner för verksamhetsstyrningen inom landstingsverksamheten.
- Personalens kunskap (erfarenheter, kompetens, attityder, värderingar) om intern kontroll behöver utvecklas. Begrepp och arbetssätt runt intern kontroll har inte kommunicerats i hela organisationen.
- Ansvarsnivåerna bör tydliggöras/dokumenteras. Organisation och ansvar avseende den interna kontrollen är inte definierade på ett tydligt sätt, men som för all verk-


samhet ligger ansvaret på landstingsstyrelsen medan ansvaret för verkställigheten ligger på tjänstemännen enligt linjeorganisationen.

- Något processarbete motsvarande det som gjordes inför 2012 års internkontrollplan har inte gjorts inför 2013 års plan. Vi rekommenderar att det inför upprättande av de årliga internkontrollplanerna genomförs och dokumenteras regelbundna risk- och väsentlighetsanalyser. Internkontrollplanen bör även kompletteras med uppgift om riskbedömning och metod för kontroll samt vilka som är ansvariga för kontrollerna (och uppföljningen).
- Styrning utifrån uppföljningarna av internkontrollplanen framgår inte av landstingsstyrelsens beslut. Inga ansvarsutkrävande åtgärder framgår av beslutsprotokoll avseende intern kontroll och har enligt genomförda intervjuer inte förekommit på senare tid. Detta innebär att inga åtgärder vidtagits vid bristande måluppfyllelse. Vi rekommenderar att landstingsstyrelsen i sina protokoll tydligt redovisar hur styrelsen avser att ta till vara resultat av uppföljningarna för att nå förbättringar och vilka åtgärder som ska vidtas vid bristande måluppfyllelse.

Vi emotser senast den 10 juni 2013 en redovisning av vilka åtgärder som landstingsstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Jämtlands läns landstings revisorer

  
Mona Nyberg  
Ordförande

  
Annelie Bengtsson  
V ordförande

#### Bilaga

Granskningsrapport av Landstingsstyrelsens interna kontroll

#### Kopia till

Fullmäktiges presidium  
Tf Landstingsdirektören  
Bitr. landstingsdirektören  
Ekonomichefen  
Kanslichef samordningskansliet  
Kvalitetssamordnaren ledningssystem JLL

---

**Revisionsrapport**

***Landstingsstyrelsens  
interna kontroll***

***Jämtlands läns landsting***

---

*Maj-Britt Åkerström  
Cert. kommunal revisor  
Mars 2013*





# ***Innehållsförteckning***

<b>1.</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>3</b>
2.1.	Bakgrund .....	3
2.2.	Revisionskriterier .....	3
2.3.	Revisionsfråga och kontrollmål.....	3
2.4.	Metod.....	4
2.5.	Avgränsning.....	4
2.6.	Ansvarig nämnd/styrelse .....	4
2.7.	Projektorganisation .....	4
<b>3.</b>	<b>Genomförande och definitioner.....</b>	<b>5</b>
<b>4.</b>	<b>Granskningsresultat .....</b>	<b>6</b>
4.1.	Kontrollmiljö .....	6
4.1.1.	Styrdokument, riktlinjer och rutiner.....	6
4.1.2.	Organisation och ansvar .....	7
4.1.3.	Revisionell bedömning .....	7
4.2.	Risakanalys.....	8
4.2.1.	Revisionell bedömning .....	9
4.3.	Kontrollaktiviteter .....	9
4.3.1.	Revisionell bedömning .....	10
4.4.	Tillsyn och uppföljning.....	10
4.4.1.	Revisionell bedömning .....	11

# 1. *Sammanfattning*

Landstingets revisorer har beslutat att genomföra en översiktlig granskning av landstingsstyrelsens planering, genomförande och uppföljning av internkontrollen. Granskningen har genomfört av Kommunal Sektor inom PwC på uppdrag av revisionskontoret.

Granskad nämnd är landstingsstyrelsen.

Efter genomförd granskning bedömer vi att landstingsstyrelsens styrning, ledning och uppföljning av arbetet med den interna kontrollen i landstingsverksamheten kan utvecklas. Vi grundar vår bedömning på följande:

## **Väl fungerande**

- De styrdokument avseende intern kontroll vi tagit del av är aktuella.
- Inför 2012 års internkontrollplan genomfördes, som ett processarbete, en risk- och väsentlighetsanalys under ledning av kanslichefen och med hela landstingsstyrelsen och landstingsdirektörens stab som deltagare. Analysen resulterade i en risklista utifrån sannolikhet och konsekvenser vilka utgjorde grunden i internkontrollplanen.
- Internkontrollplanen omfattar punkter avseende resultatorienterade kontroller kring verksamhetsstyrning för att säkerställa en ändamålsenlig verksamhet och organisationens struktur/kompetens för att säkerställa en effektiv organisation samt rutinorienterade kontroller som fokuserar på säkerhet i system och rutiner.
- Internkontrollplanen har följts upp enligt i planen fastställda tidpunkter.

## **Förbättringsområden**

- Internkontrollreglemente och gemensamma regler och riktlinjer för den interna kontrollen saknas.
- Begrepp och arbetssätt runt intern kontroll har inte kommunicerats i hela organisationen.
- Organisation och ansvar avseende den interna kontrollen är inte definierade på ett tydligt sätt, men som för all verksamhet ligger ansvaret på landstingsstyrelsen medan ansvaret för verkställigheten ligger på tjänstemännen enligt linjeorganisationen.
- Något processarbete motsvarande det som gjordes inför 2012 års internkontrollplan har inte gjorts inför 2013 års plan.
- Internkontrollplanen saknar rutinorienterade kontroller som fokuserar på rättvisande räkenskaper.
- Kallelserna till landstingsstyrelsen har inte innehållit någon dokumentation i uppföljningsärendena, vilket kan medföra risk att den demokratiska processen i ärendena begränsas.

- Det framgår inte av landstingsstyrelsens protokoll hur resultat av uppföljningarna tas till vara.
- Inga åtgärder har vidtagits vid bristande måluppfyllelse.
- Styrning utifrån uppföljningarna av internkontrollplanen framgår inte av landstingsstyrelsens beslut. Detta innebär att styrelsens styrning för att nå förbättringar är otydlig.

Vi lämnar följande **förslag till utveckling** av styrning, ledning och uppföljning av den interna kontrollen:

Vi bedömer att det finns ett behov av att stärka kontrollmiljön bl a genom att:

- ✓ Tydliggöra/dokumentera ansvarsnivåerna
- ✓ Utveckla personalens kunskap (erfarenheter, kompetens, attityder, värderingar) om intern kontroll
- ✓ Fastställa ett internkontrollreglemente med tillämpningsanvisningar. Ett internkontrollreglemente kan till exempel omfatta:
  - Syftet med reglementet
  - Fullmäktiges mål med intern kontroll
  - Organisation av intern kontroll
  - Uppföljning av intern kontroll
- ✓ Genomför och dokumentera regelbundet risk- och väsentlighetsanalyser inför upprättande av de årliga internkontrollplanerna.
- ✓ Ett generellt metodstöd för kontrollerna kan behöva utvecklas för att säkerställa att kontrollerna genomförs strukturerat.
- ✓ En utveckling av kallelserna till landstingsstyrelsen med dokumentation i uppföljningsärendena kan stärka den demokratiska processen i ärendena.
- ✓ Av landstingsstyrelsens protokoll bör framgå hur styrelsen avser ta till vara resultat av uppföljningarna för att nå förbättringar.
- ✓ Åtgärder bör tydligare vidtas vid bristande måluppfyllelse.

## **2. Inledning**

### **2.1. Bakgrund**

Landstingets revisorer har beslutat att genomföra en översiktlig granskning av landstingsstyrelsens planering, genomförande och uppföljning av internkontrollen.

Landstingsstyrelsens ansvar i arbetet med intern kontroll framgår av kommunallagen 6 kap 7 §: "Nämnderna skall 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 skall också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när vården av en kommunal angelägenhet med stöd av 3 kap 16 § har lämnats över till någon annan."

Landstingsstyrelsen har därmed det yttersta ansvaret för att hantera de risker som finns i arbetet med att nå verksamhetens mål. Det innebär att styrelsen ansvarar för att utöva styrning så att verksamheten bedrivs effektivt och med rätt kvalitet, att det finns säkra rutiner som förhindrar förluster och förtroendeskada och som säkerställer att redovisningen är rättvisande.

En av revisorernas uppgifter enligt kommunallagen 9 kap § 9 är att "att pröva om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig."

### **2.2. Revisionskriterier**

Revisionskriterierna utgör utgångspunkt för revisionsfrågorna och är de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisorernas analyser, slutsatser och bedömningar. I denna granskning utgörs revisionskriterierna huvudsakligen av:

- Kommunallag (1991:900)
- Fullmäktigebeslut
- COSO-modellen

### **2.3. Revisionsfråga och kontrollmål**

Granskningen ska besvara följande revisionsfråga:

- Har landstingsstyrelsen en tillräcklig styrning, ledning och uppföljning av arbetet med den interna kontrollen i landstingsverksamheten?

Inriktningen i granskningen utgår från följande kontrollmål:

- ✓ Det finns styrdokument, riktlinjer och rutiner avseende den interna kontrollen.
- ✓ Organisation och ansvar avseende den interna kontrollen är definierade på ett tydligt sätt.



- ✓ Det genomförs regelbundna risk- och väsentlighetsanalyser av verksamheten och dessa beaktas i den interna kontrollprocessen.
- ✓ Det genomförs styr- och kontrollåtgärder i enlighet med antagen internkontrollplan.
- ✓ Det görs regelmässiga uppföljningar av internkontrollplanen.

## **2.4. Metod**

Granskningen har skett genom intervjuer och dokumentstudier.

Intervjuer har genomförts med landstingsstyrelsens ordförande och oppositionsrådet, bitr landstingsdirektören, kanslichefen, kvalitetssamordnaren och ekonomichefen.

Bl. a. följande styrdokument har ingått i granskningen:

- ✓ Reglemente för Jämtlands läns landstingsstyrelse
- ✓ Arbetsordning för ledningsorganisationen 2012
- ✓ Landstingsplan 2013 – 2015
- ✓ Förteckning över policy- och strategidokument
- ✓ Landstingsstyrelsens internkontrollplan 2012
- ✓ Landstingsstyrelsens uppföljningsplan för 2012
- ✓ Landstingsstyrelsens handlingar och protokoll 2012 och början av 2013

Vid intervjuerna har särskild intervjuguide använts.

Se även avsnitt 3.

## **2.5. Avgränsning**

Granskningen är översiktlig och omfattar landstingsstyrelsens arbete med att upprätthålla en tillfredsställande intern kontroll i landstingsverksamheten.

## **2.6. Ansvarig nämnd/styrelse**

Ansvarig nämnd är styrelsen för Jämtlands läns landsting.

## **2.7. Projektorganisation**

Granskningen har genomfört av Kommunal Sektor inom PwC på uppdrag av revisionskontoret.

## **2.8. Kvalitetssäkring**

Vårt arbete har kvalitetssäkrats bl. a. genom avstämning med uppdragsgivaren revisionskontoret och genom att faktagranskning utförts gentemot intervjuade personer.

I PwC:s administrativa organisation ingår regler för kvalitetsuppföljning. Detta arbete säkerställer att byråns personal är oberoende, personalens kunskaper vidareutvecklas, effektiva och av byrån fastställda arbetsmetoder och tekniker tillämpas samt att enskilda revisorer har tillgång till den specialistkompetens som erfordras i det specifika uppdraget.

### 3. *Genomförande och definitioner*

Vårt arbete har bedrivits processinriktat och i nära samarbete med uppdragsgivaren: Landstingets revisionskontor.

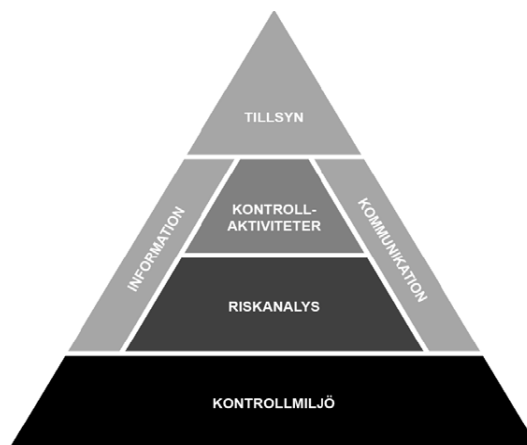
Vår utgångspunkt för granskningen är följande definition av intern kontroll:

Intern kontroll är en process där såväl den politiska som den professionella ledningen och övrig personal samverkar. Processen är utformad för att med rimlig grad av säkerhet kunna uppnå följande mål:

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

Det arbetssätt och de metoder vi använt oss av utgår delvis från den så kallade COSO-modellen.

Enligt COSO-modellens synsätt är huvudsyftet att den interna kontrollen ska ge tillräcklig säkerhet så att målen som satts i verksamheten uppnås. COSO-modellens kontrollkomponenter redovisas i nedanstående figur.



Av kontrollkomponenterna i COSO-modellen omfattar vår granskning delar av kontrollmiljö, riskanalys och kontrollaktiviteter (inkl information och kommunikation) samt tillsyn. Dessa delar har granskats genom intervjuer (se avsnitt 1.4) samt genom studier av landstinget styrdokument (se avsnitt 1.4).

## 4. Granskningsresultat

### 4.1. Kontrollmiljö

#### 4.1.1. Styrdokument, riktlinjer och rutiner

Dokumenterade mål avseende internkontroll saknas. Av genomförda intervjuer framgår följande mål för landstingsstyrelsens internkontrollarbete:

- ✓ säkra en effektiv, och lagenlig förvaltning
- ✓ undgå allvarliga fel
- ✓ nå god ekonomi, miljö och arbetsmiljö och kvalitetsmässigt bra verksamhet
- ✓ kunna utvärdera och få insyn i det som varje ämnesområde har att delge styrelsen.

Grunden för styrelsens målarbete uppges vara att målen ska nås. Målen uppges inte nås på alla punkter p.g.a. brister i målstyrningen och dålig budgetdisciplin.

I granskningar har vi bl. a. tagit del av följande styrdokument:

- ✓ Reglemente för Jämtlands läns landstingsstyrelse
- ✓ Arbetsordning för ledningsorganisationen 2012
- ✓ Landstingsplan 2013 – 2015
- ✓ Förteckning över policy- och strategidokument
- ✓ Landstingsstyrelsens internkontrollplan 2012 och 2013
- ✓ Landstingsstyrelsens uppföljningsplan för 2012 och 2013
- ✓ Landstingsstyrelsens handlingar och protokoll 2012 och början av 2013

Samtliga intervjuade anger att landstingsplanen, uppföljningsplanen och internkontrollplanen är de viktigaste styrdokumenterna för intern kontroll. Specifika gemensamma regler och riktlinjer/anvisningar i övrigt saknas för den interna kontrollen.

Jämtlands läns landsting har tidigare haft ett internkontrollreglemente i form av en policy fastställt av fullmäktige. Vid genomgång hösten 2011 av styrande dokument bedömdes att ett sådant reglemente inte behövdes eftersom det i kommunallagen anges att landstingsstyrelsen har en laglig skyldighet att se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Från och med 2011 har styrelsen årligen fastställt en internkontrollplan för kommande kalenderår. Genom att fastställa en sådan plan har styrelsen bedömt att man gjort det som ett internkontrollreglemente ska reglera. Enligt intervjusvar är tanken att när en internkontrollplan tas fram ska bedömning ske av var risker finns, sannolikhet för att de inträffar och konsekvenser om de skulle inträffa. Framtagande av planen har lagts in som en del i den årliga ärendehanteringens.

Uppföljningsplanen och internkontrollplanen ajourhålls kontinuerligt och fastställs på hösten att gälla för kommande kalenderår. Landstingsstyrelsen har ansvaret för att styrdokumenterna är aktuella. På tjänstemannasidan är landstingsdirektören

ytterst ansvarig, medan det operativa ansvaret för upprättande av förslag till planerna ligger på kanslichefen.

Därutöver används ett ledningssystem, som landstingsdirektören förvaltar och beslutar om, inom vilket verksamheten ska planeras, genomföras och följas upp utifrån mål och riktlinjer. I ledningssystemet finns en avvikelshantering som syftar till att snabbt hantera avvikelser så att detta inte återstår att göra vid uppföljnings-tillfällena.

Inom ramen för delegationsbestämmelser och befogenhetsplan har vissa chefer getts beslutanderätt avseende nödvändiga rutiner för verksamheten. Genom delegationsbestämmelser och befogenhetsplan har styrelsen gett direktören befogenhet att fatta beslut och att vidaredelegera och fördela beslutsrätt. Det finns även regler för att hantera ärenden som säkerställer att besluten är beredda inför beslut.

#### *4.1.2. Organisation och ansvar*

Av reglemente för landstingsstyrelsen framgår beträffande intern kontroll att styrelsen

- årligen i en uppföljningsplan ska ange de områden man under året särskilt vill följa upp
- ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig.

I arbetsordning för ledningsorganisationen 2012 beskrivs att landstingsdirektörens ledningsgrupp, genom den årliga uppföljningsplanen som är kopplad till landstingsdirektörens verksamhetsplan och landstingsstyrelsens uppföljningsplan, ska göra uppföljningar.

Av genomförda intervjuer framgår att ansvaret för att erforderlig intern kontroll sker ligger på landstingsstyrelsen. Ansvar för verkställigheten ligger på berörda tjänstemän; landstingsdirektören, kanslichefen, centrumchefer och 1:a linjens chefer. I landstingets organisation finns även särskilda internrevisorer som på högsta ledningens uppdrag ska granska landstingets verksamheter, dokumentation, genomförande och resultat i syfte att upptäcka utvecklingsmöjligheter och förbättringsområden.

Ansvarsfördelningen specifikt för intern kontroll finns inte sammanfattad i någon dokumentation.

Begreppet "intern kontroll" uppges inte generellt användas i hela organisationen, begrepp som i stället används är i huvudsak "säker". Begrepp och arbetssätt runt intern kontroll har inte kommunicerats i hela organisationen. Ett arbete har påbörjats med mål att utveckla styrningen av den interna kontrollen.

#### *4.1.3. Revisionell bedömning*

De styrdokument avseende intern kontroll vi tagit del av är aktuella. Dock saknas internkontrollreglemente och gemensamma regler och riktlinjer för den interna kontrollen. Begrepp och arbetssätt runt intern kontroll har inte kommunicerats i hela organisationen.

Organisation och ansvar avseende den interna kontrollen är inte definierade på ett tydligt sätt, men som för all verksamhet ligger ansvaret på landstingsstyrelsen medan verkställigheten ligger på tjänstemännen enligt linjeorganisationen.

Vi bedömer att det finns ett behov av att stärka kontrollmiljön bl a genom att:

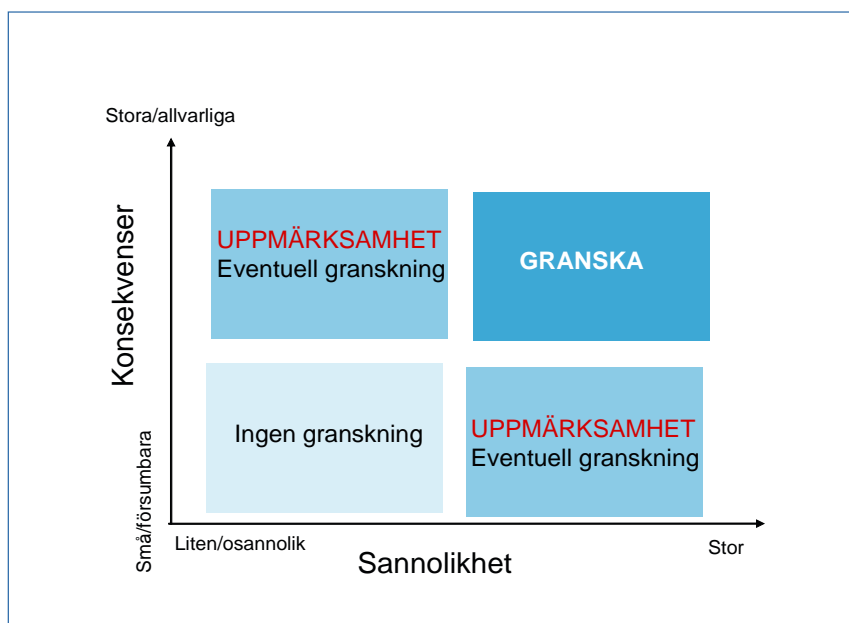
- Tydliggöra/dokumentera ansvarsnivåerna
- Utveckla personalens kunskap (erfarenheter, kompetens, attityder, värderingar) om intern kontroll
- Fastställa ett internkontrollreglemente med tillämpningsanvisningar. Ett internkontrollreglemente kan till exempel omfatta:
  - Syftet med reglementet
  - Fullmäktiges mål med intern kontroll
  - Organisation av intern kontroll
  - Uppföljning av intern kontroll

## 4.2. Riskanalys

Hösten 2011 genomfördes vid två tillfällen workshops om intern kontroll. Workshopen leddes av tidigare chefen för ledningsstab kvalitet. Deltagare var landstingsstyrelsen och representanter för landstingsdirektörens stab (centrum för lednings- och verksamhetsstöd). Vid workshopen skedde en genomgång av syftet med intern kontroll, olika former av risker och riskbedömningar. Därefter genomfördes en risk- och väsentlighetsanalys. Viss begränsad dokumentation finns från analysarbetet.

Bedömningar av väsentlighet och risk uppges ha utgått bl. a. från risk- och händelseanalyser (patientsäkerhetsenheten), risk- och sårbarhetsanalyser (kanslichefens ansvarsområde), aktuella händelser och vilken betydelse de kan få för verksamhetens olika enheter och att analysen ligger i den omvärldsbevakning som förutsätts finnas. I analysen 2012 förekom enligt uppgift diskussioner utifrån externa och interna risker. Detta område uppges dock behöva utvecklas. Risk- och väsentlighetsanalysen innefattar inte någon riskbedömning avseende teknisk utrustning.

Identifierade processer/rutiner förtecknades och riskbild redovisades för dessa utifrån följande bild:



För samtliga identifierade processer/rutiner beräknades risktal och de med högst risktal fördes upp på landstingets första internkontrollplan 2012.

Någon process av ny väsentlighets- och riskanalys liknande den som gjordes inför 2012 års internkontrollplan har inte genomförts inför 2013 års plan.

#### 4.2.1. *Revisionell bedömning*

Vi rekommenderar att risk- och väsentlighetsanalyser regelbundet genomförs och dokumenteras inför upprättande av de årliga internkontrollplanerna. Riskanalyserna rekommenderas tydligt omfatta omvärldsrisker, finansiella risker, legala risker, IT-baserade risker (externa risker) och (ex vis verksamhetsrisker, redovisningsrisker och IT-baserade risker (interna risker).

Vi rekommenderar att risk- och väsentlighetsanalysen även bör innefatta riskbedömning avseende teknisk utrustning.

### 4.3. *Kontrollaktiviteter*

Av internkontrollplanen 2012 framgår vilka aktiviteter/processer/rutiner som ska kontrolleras och vid vilka styrelsemöten det ska ske. Utgångspunkten är genomförd väsentlighets- och riskanalys. Planen var strukturerad enligt nedan.

Styrelse (datum för redovisning)	Process/rutiner	Riskbild	Kontrollmoment
----------------------------------	-----------------	----------	----------------

Planen innehöll följande processer/rutiner:

- Patientsäkerhet
- Kompetensförsörjning
- Ledning/styrning
- Miljö
- Krisberedskap
- Fastighet
- Ekonomi
- Informationssäkerhet

Processer/rutiner som ska kontrolleras enligt 2013 års internkontrollplan överensstämmer till stor del med 2012 års plan. Följande processer/rutiner har lagts till:

- Läkemedel
- Jämställdhet och mångfald
- Hälsöfrämjande arbete
- Hälsö- och sjukvård

Begreppet "Riskbild" i strukturen i 2012 års internkontrollplan har i 2013 års plan ersatts med begreppet "Nulägesanalys samt risker och sårbarhet".

Både i 2012 och 2013 års internkontrollplaner saknas uppgift om riskbedömning och metod för kontroll. Vilka som är ansvariga för kontrollerna (och uppföljningen) framgår inte av planen, men uppges i intervjuerna vara underförstått.

Kopplingen till styrelsens uppföljningsplan framgår på internkontrollplanen genom att datum för redovisning till styrelsen anges. Uppföljningsplanen läggs in i årsplaneringen för styrelsearbetet varvid bevakning av rapporteringstider automatiskt sker även gentemot internkontrollplanens tidplan.

Utöver den interna kontrollen förekommer externa kontroller i olika former av andra kontrollenheter, bl. a. Strålskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, Svedac m fl.

#### **4.3.1. Revisionell bedömning**

Internkontrollplanens rubriker avser viktiga uppgifter för internkontrollen. Dock saknas uppgift om riskbedömning och metod för kontroll samt vilka som är ansvariga för kontrollerna (och uppföljningen). Vi rekommenderar att kommande planer kompletteras med detta. Ett generellt metodstöd för kontrollerna kan behöva utvecklas för att säkerställa att kontrollerna genomförs strukturerat.

Vi bedömer att planen omfattar resultatorienterade kontroller kring verksamhetsstyrning för att säkerställa en ändamålsenlig verksamhet och organisationens struktur/kompetens för att säkerställa en effektiv organisation.

Vi bedömer även att planen innehåller rutinorienterade kontroller som fokuserar på säkerhet i system och rutiner. Däremot saknar planen rutinorienterade kontroller som fokuserar på rättvisande räkenskaper.

#### **4.4. Tillsyn och uppföljning**

Internkontrollplanen har följts upp enligt i planen angivna uppföljningsdatum. Uppföljningen har skett tillsammans med uppföljningsplanen.

Dokumentering av uppföljningen har skett i landstingsstyrelsens protokoll under punkten "styrelsens ledning och styrning av förvaltningen".

Under 2012 har dokumenteringen i allt väsentligt bestått i redovisningar av muntliga föredragningar som lämnats för de olika punkterna. Det har inte tydligt framgått bedömning av risker och sårbarheter. Inte heller finns några förslag till åtgärder eller aktiviteter utifrån ev. identifierade brister eller möjliga risker inom området.

Den första uppföljningen 2013, landstingsstyrelsen januari, avser lokalförsörjning och fastighetsstrategi och innefattar en redovisning av en risk- och sårbarhetsanalys utifrån ett fastighetsperspektiv (vattenförsörjning, värmeförsörjning, brandskydd och sabotage).

Handlingar avseende den interna kontrollen har inte delgetts landstingsstyrelsen tillsammans med kallelsen. Den dokumentation och information som förekommit har redovisats under styrelsens första sammanträdesdag (information om aktuella ärenden), oftast som OH-presentation och i form av muntlig föredragning.

Av landstingsstyrelsens protokoll framgår att styrelsen under informationen ställt frågor och fått svar. Styrelsen har inte i beslutsfasen tydligt tagit ställning till uppföljningarna och inte heller lämnat några följduppdrag med anledning av uppföljningarna.

Återkoppling av resultat till organisationen har bl. a. skett genom information på insidan, i lednings- och miljöledningssystem och genom delgivning av styrelsens protokoll. Ansvar för erforderlig information förutsätts följa linjeansvaret. En gång i månaden, i cafeteria, har biträdande landstingsdirektör informerat personalen om vad styrelsen beslutat, ekonomi m.m. Någon samlad återkoppling specifikt avseende internkontroll finns inte.

Av intervjuerna framgår bl. a. att uppföljningarna inte är resultatorienterade och att styrelsen inte utövar något ansvarsutkrävande vid bristande måluppfyllelse. Ansvarsutkrävande vid ev brister ligger på landstingsdirektören och kan bl. a. ske genom att delegationsordningen ändras eller genom att chefsavtal sägs upp eller inte förlängts. Dock har andra åtgärder vidtagits, såsom t. ex. samtal, extra uppföljningsmöten, stöd vid behov, verksamhetsdialoger.

#### *4.4.1. Revisionell bedömning*

Internkontrollplanen har följts upp enligt i planen fastställda tidpunkter.

Kallelserna till landstingsstyrelsen har inte innehållit någon dokumentation i uppföljningsärendena, vilket kan medföra risk att den demokratiska processen i ärendena begränsas.

Det framgår inte av landstingsstyrelsens protokoll hur resultat av uppföljningarna tas till vara.

Inga ansvarsutkrävande åtgärder framgår av beslutsprotokoll avseende intern kontroll och har enligt genomförda intervjuer inte förekommit på senare tid. Detta innebär att inga åtgärder vidtagits vid bristande måluppfyllelse.

Styrning utifrån uppföljningarna av internkontrollplanen, framgår inte av landstingsstyrelsens beslut. Detta innebär att styrelsens styrning för att nå förbättringar är otydlig.

Vi rekommenderar:

- ✓ En utveckling av kallelserna till landstingsstyrelsen med dokumentation i uppföljningsärendena för att stärka den demokratiska processen i ärendena.
- ✓ Av landstingsstyrelsens protokoll bör framgå hur styrelsen avser ta till vara resultat av uppföljningarna för att nå förbättringar.
- ✓ Åtgärder bör tydligare vidtas vid bristande måluppfyllelse.



12 mars 2013

**Maj-Britt Åkerström**  
*Projektledare*