

Mall för rapportering av intern kontroll, regionstyrelsens årsrapport 2020

Bakgrund

Regionstyrelsen har ansvaret för att säkerställa en god intern kontroll inom sitt ansvarsområde. Ansvaret innebär bland annat att fastställa en plan för intern kontroll för nämndens verksamhet samt styra och löpande följa upp det interna kontrollsystemet.

Styrelsen ska löpande, eller minst en gång per år i samband med årsrapporten, följa upp kontrollaktiviteter i enlighet med den interna kontrollplanen. Av redovisningen ska framgå:

- När och hur kontrollaktiviteterna har genomförts
- Resultat av kontrollaktiviteterna
- Åtgärder som eventuellt har och ska vidtas med anledning av resultatet.

I de fall brott förekommit eller allvarligare brister i den interna kontrollen bedöms föreligga ska detta omedelbart rapporteras till nämnden.

Sammanfattning

Genomförda kontroller

21 kontroller skulle enligt regionstyrelsens plan för intern kontroll genomföras och rapporteras i samband med årsrapport, övriga har rapporterats vid delårsrapport per augusti. Utav dessa 21 kontroller har 17 genomförts och rapporterats enligt plan. Den pågående pandemin har inneburit att vissa kontroller inte kunnat genomföras eller nedprioriterats medan två kontroller inte har genomförts på grund av byte på ansvarig funktion.

Resultat och analys

Vid uppföljningen av en majoritet av kontrollerna görs bedömningen att resultatet tyder på att det inte föreligger allvarliga brister. I flera fall bedöms kontrollen bidra till att risken minskar eller att risken är lägre efter genomförd kontroll.

Vid kontroll att skyddskommittéer följer samverkansavtalet bedöms bristerna som allvarliga. Det kan leda till att kvaliteten i arbetsmiljöarbetet försämras och att viktiga arbetsmiljöproblem uppstår eller förbises.

Vissa andra kontroller uppvisar också vissa brister. Endast ett fåtal verksamheter uppger att de har reservrutiner. Ytterligare ett antal verksamheter beskriver på olika sätt att de till viss del har reservrutiner. Antingen på en övergripande nivå, för en specifik uppgift eller ett visst flöde. Uppföljning av risk för brister i säkerställande av lagar och krav i verksamheten gällande brand konstateras bland annat brister i organisation, information, handlingsplan och utbildning. Risk för bristande ledarskap konstateras brister både i antal chefer med fler än 35 direktunderställda medarbetare och att inga chefer har genomgått samtliga obligatoriska delar av utbildning för nya chefer.

Utöver dessa brister konstateras att resultatet av några kontroller vara svårtolkat. Det föreslås därför inte ingå i regionstyrelsens plan för intern kontroll 2021.

Åtgärder

Vid en majoritet av kontrollerna rapporteras att åtgärder vidtas löpande när brister uppdagas och att det sker enligt rutiner.

I vissa fall finns behov av att vidta ytterligare åtgärder för att komma tillrätta med brister. I nuläget ses inte behov av ytterligare ställningstaganden av regionstyrelsen men planerade åtgärder bör följas upp i samband med ordinarie uppföljning av intern kontroll under 2021. Det handlar specifikt om uppföljning av åtgärder kopplat till:

- Förtydligande av samverkansavtalets bestämmelser kring skyddskommittéarbetet.
- Första linjens chefer med fler än 35 direkt underställda medarbetare och genomgångna obligatoriska utbildningar
- ...(brand)
- Uppföljning av åtgärder kopplat till kontinuitetshantering

Regionstyrelsens samlade bedömning

Regionstyrelsens bedömning är att det finns en acceptabel nivå av intern kontroll men att förbättringsarbete fortfarande behövs. Bedömningen bygger på att tillsynsplanen till största del innehåller ändamålsenliga kontrollmoment och bygger på en riskanalys som identifierat väsentliga risker samt att resultatet av granskningarna mestadels visar att det inte förekommer allvarliga brister i rutiner och att åtgärder har vidtagits vid större brister.

Resultatet av granskningarna visar att rutiner är ändamålsenliga, kända och efterlevs och att inga brister noterats

Risk	R2. Risk att finansiering saknas				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet	4	4	16	Årsrapport
Kontrollaktivitet	Kontroll att investeringsobjekt håller sig inom beviljad projektbudget				
Metod	Stickprov av 20 investeringsobjekt. Genomförs i december				
Ansvariga	Kontrollutförare			Riskägare	
	Strateg redovisning			Regiondirektör	
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>	Fördelat antal stickprov på investeringsområdena Fastighet, MT och IT utifrån respektive områdes andel av totala investeringsutgifter. Sedan 20 slumpvisa stickprov för alla projekt som haft utfall under 2020 (över 100 tkr) tagits fram. För stickproven har sedan budget jämförts med prognos/utfall för respektive projekt. Avvikelse noteras om det skiljer mer än +/- 2 % från budget.				
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i>	40 procent av stickproven visar på en negativ avvikelse medan 25 procent visar på en positiv avvikelse mot budget.				
<ul style="list-style-type: none"> • Vilka eventuella brister har påträffats? • Vilka eventuella risker ser rapportören med det granskade förfarandet? • Ser rapportören något behov av åtgärder? 	<p>När projekt avviker från beviljad budget finns risk att andra projekt inte blir av/senareläggs på grund av att den totala investeringsbudgeten inte räcker till alla planerade initiativ. I förlängningen påverkar det även förtroendet för regionens förmåga att planera och genomföra investeringsprojekt inom befintlig budget.</p> <p>Inga ytterligare åtgärder förutom det arbete som redan pågår med utveckling av rutiner och arbetssätt.</p>				
Bedömning/analys <i>Vad visar uppföljningen?</i> <i>Om brister har påträffats</i>	Bedömningen är att det inte rör sig om väsentliga avvikelser så länge hanteringen av avvikelserna hanteras enligt gällande riktlinjer. Verksamhetens uppföljning bedöms god och de avvikelser som noterats är kända sedan tidigare. Risken bedöms varken högre eller lägre efter genomförd kontroll.				
Förslag på åtgärd	Arbetet med att utveckla underlag och rutiner inför investeringsbeslut har pågått de senaste åren. Det kommer alltid att finnas en osäkerhet i upprättade kalkyler för denna typ av verksamhet men målet ska vara att minska osäkerheten så långt det är möjligt. Inga ytterligare åtgärder föreslås förutom fortsatt utveckling av underlag och rutiner i enlighet med gällande riktlinje. Risken för väsentliga avvikelser behöver fortsätta följas.				
<ul style="list-style-type: none"> • Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll? • Föreslås ytterligare åtgärder? • Behöver risken fortsatt följas? 					

Risk	R3. Risk för ökad byggnadsrelaterad ohälsa och driftstörningar på grund av eftersatt fastighetsunderhåll				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet	4	4	16	Årsrapport
Kontrollaktivitet 1	Kontroll av antal ärenden av byggnadsrelaterad ohälsa i regionen				
Metod 1	Fullständig kontroll				
Kontrollaktivitet 2	Kontroll av antal driftstörningar i regionen				
Metod 2	Fullständig kontroll				
Ansvariga	Kontrollutförare		Riskägare		
	Verksamhetschef fastighet		Regiondirektör		
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>	BRO (byggnadsrelaterad ohälsa): antal ärenden till företagshälsan och antal BRO-projekt som fastighet genomförs mäts. Driftstörningar: registreras löpande enligt rutin.				
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i> <ul style="list-style-type: none"> • Vilka eventuella brister har påträffats? • Vilka eventuella risker ser rapportören med det granskade förfarandet? • Ser rapportören något behov av åtgärder? 	BRO: 249 individärenden är anmälda till företagshälsan. 11 utredningar och 17 pågående projekt hanterades av fastighet för 2020. Driftstörningar: 74 registrerade avbrott år 2020. Fastighet gör månatlig uppföljning.				
Bedömning/analys <i>Vad visar uppföljningen?</i> <i>Om brister har påträffats</i> <ul style="list-style-type: none"> • Hur allvarliga bedöms bristerna vara? • Vilka konsekvenser medför kontrollen för risken • Bedöms risken vara högre/lägre efter genomförd kontroll? 	BRO: Antal BRO-ärenden på företagshälsan har sjunkit med 10 procent jämfört med tidigare år. 17 pågående projekt 2020 jämfört med 50 2018. Driftstörningar: Registrerade avbrott 28 % lägre än föregående år.				
Förslag på åtgärd <ul style="list-style-type: none"> • Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll? • Föreslås ytterligare åtgärder? • Behöver risken fortsatt följas? 	BRO: Den utarbetade rutinen och förfaringsättet är inarbetad och fortsatt uppföljning kommer att göras ur kartläggningssynpunkt. Driftstörningar: kommer fortsatt att mätas och analyseras.				

Risk	R5. Risk för bristande samordning mellan nämnderna				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet	4	4	16	Årsrapport
Kontrollaktivitet	Kontroll att genomgång av uppdrag som ligger hos flera nämnder sker i samband med styrelsens uppsiktsträffar med övriga nämnder.				
Metod	Fullständig kontroll av dokumentation från uppsiktsträffar med hälso- och sjukvårdsnämnden och regionala utvecklingsnämnden				
Ansvariga	Kontrollutförare		Riskägare		
	Enhetschef kanslienhet		Regiondirektör		
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>	Protokollen från regionstyrelsens uppsiktsträffar med hälso- och sjukvårdsnämnden och regionala utvecklingsnämnden har kontrollerats.				
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i> <ul style="list-style-type: none"> • Vilka eventuella brister har påträffats? • Vilka eventuella risker ser rapportören med det granskade förfarandet? • Ser rapportören något behov av åtgärder? 	Under 2020 har inte de gemensamma uppdragen behandlats vid styrelsens uppsiktsträffar. Fokus har istället varit att följa upp andra frågor inom nämndernas områden.				
Bedömning/analys <i>Vad visar uppföljningen?</i> <i>Om brister har påträffats</i> <ul style="list-style-type: none"> • Hur allvarliga bedöms bristerna vara? • Vilka konsekvenser medför kontrollen för risken • Bedöms risken vara högre/lägre efter genomförd kontroll? 	Trots att aktiviteten inte genomförts som planerat bedömer förvaltningen att inga större konsekvenser har uppstått och de befarade bristerna i samordning har inte uppstått.				
Förslag på åtgärd <ul style="list-style-type: none"> • Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll? • Föreslås ytterligare åtgärder? • Behöver risken fortsatt följas? 	Mot bakgrund av att förvaltningen inte fått några indikationer på brister i samordningen mellan nämnderna föreslås att aktiviteten utgår 2021.				

Risk	R6. Risk för svårigheter att bemanna/kompetensförsörja regionens verksamheter				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet	3	4	12	Årsrapport
Kontrollaktivitet	Kontroll av antal avgångar före 65 års ålder				
Metod	Fullständig kontroll för 2019				
Ansvariga	Kontrollutförare		Riskägare		
	Enhetschef kompetensutveckling och rekrytering		Regiondirektör		
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>	Kontroll har gjorts av antalet externa avgångar som skett innan dess att medarbetare uppnått 65 års ålder genom uttag av data från regionens HR-system.				
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i> <ul style="list-style-type: none"> • Vilka eventuella brister har påträffats? • Vilka eventuella risker ser rapportören med det granskade förfarandet? • Ser rapportören något behov av åtgärder? 	Antalet avgångar före 65 års ålder är 61 personer jan-nov 2020 att jämföra med 68 personer under samma period 2019. Således har antalet avgångar före 65 års ålder minskat mellan åren med 7 personer. I underlaget går inte att identifiera några brister då det endast avser en numerär kontroll. Denna kontrollaktivitet riskerar att inte fånga bakomliggande orsaker till avgångar före 65 års ålder.				
Bedömning/analys <i>Vad visar uppföljningen?</i> <i>Om brister har påträffats</i> <ul style="list-style-type: none"> • Hur allvarliga bedöms bristerna vara? • Vilka konsekvenser medför kontrollen för risken • Bedöms risken vara högre/lägre efter genomförd kontroll? 	Brist i denna kontroll har identifierats i form av avsaknad av kvalitativt underlag i relation till avgångsorsaker. Därav finns svårigheter att dra några slutsatser av kontrollen.				
Förslag på åtgärd <ul style="list-style-type: none"> • Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll? • Föreslås ytterligare åtgärder? • Behöver risken fortsatt följas? 	Under 2020 har regionens HR-stab initierat en utveckling av nuvarande process för avgångssamtal som kompletteras med en anonym avgångsenkät. Syftet med en regionövergripande avgångsenkät kommer att vara att återföra viktiga erfarenheter från medarbetares anställningstid i syfte att förbättra anställdas upplevelse av sin anställningstid inom regionen. Bedömningen är att risken inte behöver följas fortsatt i denna form.				

Risk	R7. Risk för ökade kostnader på grund av tillgängliga avtal och möjligheter till upphandling				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet	4	3	12	Årsrapport
Kontrollaktivitet	Kontroll av upphandlingsledning				
Metod	Fullständig kontroll				
Ansvariga	Kontrollutförare		Riskägare		
	Avdelningschef strategiskt inköp		Regiondirektör		
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>	Mätning av upphandlingsledning, medelvärde för avslutade ärenden på månadsbasis.				
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i> <ul style="list-style-type: none"> • Vilka eventuella brister har påträffats? • Vilka eventuella risker ser rapportören med det granskade förfarandet? • Ser rapportören något behov av åtgärder? 	Ledtiden har inte försämrats under året. Pandemin påverkade till viss del möjligheterna att arbeta med tänkta processförbättringar.				
Bedömning/analys <i>Vad visar uppföljningen?</i> <i>Om brister har påträffats</i> <ul style="list-style-type: none"> • Hur allvarliga bedöms bristerna vara? • Vilka konsekvenser medför kontrollen för risken • Bedöms risken vara högre/lägre efter genomförd kontroll? 	Processförändringar som förväntas förkorta ledtiden, är genomförda under året. Effekterna blir synliga i mätningar under 2021. Risken bedöms lägre i och med de åtgärderna.				
Förslag på åtgärd <ul style="list-style-type: none"> • Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll? • Föreslås ytterligare åtgärder? • Behöver risken fortsatt följas? 	Ytterligare processutveckling är inplanerat att genomföras under 2021 som ytterligare minskar risken.				

Risk	R8. Risk för att arbetsmiljön försämrans				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet	3	3	9	Årsrapport
Kontrollaktivitet	Kontroll att skyddskommittéer följer samverkansavtalet				
Metod	Stickprov genom granskning av två verksamheter				
Ansvariga	Kontrollutförare			Riskägare	
	Enhetschef arbetsmiljö			Regiondirektör	
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>	Granskning av protokoll från skyddskommittémöten i två skyddskommittéer under 2020. Har följande frågor behandlats: Uppföljning av a) Fördelning av arbetsmiljöuppgifter? b) Tillbud, arbetsskador och åtgärder? c) Arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet?				
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i> <ul style="list-style-type: none"> Vilka eventuella brister har påträffats? Vilka eventuella risker ser rapportören med det granskade förfarandet? Ser rapportören något behov av åtgärder? 	Brister förekommer i betydande mån - uppföljning sker endast delvis i enlighet med samverkansavtalet. Brister kan leda till att kvaliteten i arbetsmiljöarbetet försämrans och att viktiga arbetsmiljöproblem uppstår eller förbises. Bristerna behöver åtgärdas.				
Bedömning/analys <i>Vad visar uppföljningen? Om brister har påträffats</i> <ul style="list-style-type: none"> Hur allvarliga bedöms bristerna vara? Vilka konsekvenser medför kontrollen för risken? Bedöms risken vara högre/lägre efter genomförd kontroll? 	Bristerna är allvarliga och behöver åtgärdas Kontroller medför ingen skillnad i risk Oförändrad risk efter kontroll				
Förslag på åtgärd <ul style="list-style-type: none"> Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll? Föreslås ytterligare åtgärder? Behöver risken fortsatt följas? 	Ja, åtgärder är pågående. Förtydligande av samverkansavtalets bestämmelser kring skyddskommittéarbetet. Ett arbete har påbörjats för central samverkansgrupp/skyddskommitté som syftar till att förtydliga mötesinnehåll och struktur för skyddskommitténs arbete över året. Ett syfte är att öka styrningen från central till lokal nivå, central skyddskommitté ska på ett tydligare sätt efterfråga den information som samverkansavtalet föreskriver och på så vis styra underliggande skyddskommittéer i att följa upp det som samverkansavtalet anger. Fortsatt uppföljning behövs för att säkerställa att central styrning åstadkoms och får önskad effekt i hela skyddskommittéstrukturen. Ytterligare åtgärder utesluts inte. Kontrollen bör fortsatt genomföras för att utvärdera resultat av pågående insats och behov av eventuella ytterligare åtgärder.				

Risk	R9. Risk för bristande ledarskap				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet	2	3	6	Årsrapport
Kontrollaktivitet 1	Kontroll av antal chefer i första linjen med fler än 35 direkt underställda medarbetare				
Metod 1	Fullständig kontroll. Genomförs i december				
Kontrollaktivitet 2	Kontroll av antal chefer med påbörjat uppdrag 2018 som har genomgått Ledarutvecklingsprogram				
Metod 2	Fullständig kontroll. Genomförs i december.				
Ansvariga	Kontrollutförare		Riskägare		
	Enhetschef kompetensutveckling och rekrytering		Regiondirektör		
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>	<p>Metod 1. Uttag av antal personer som respektive chef har attestansvar från Visma och där antalet överstigit 35 har uppgiften verifierats med ansvarig chef.</p> <p>Metod 2. Samtliga chefer med en ny chefsanställningsrad i Visma under 2018 har kontrollerats mot deltagarlistor från obligatoriska chefsutbildningar under 2018–2020.</p>				
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i>	<p>Metod 1. Inom regionstyrelsens förvaltning hade 5 av 66 chefer ansvar för fler än 35 medarbetare i november 2020. Samtliga är placerade inom samma basenhet.</p> <p>Metod 2. Under 2018 anställdes 9 nya chefer i Regionstyrelsens förvaltning, 6 av dem har deltagit i flera utbildningar men ingen har genomgått samtliga obligatoriska utbildningar för chefer vid utgången av 2020, vilket är ett obligatoriskt utbildningsmoment för nya chefer. Behov av åtgärd finns och är påbörjad.</p>				
Bedömning/analys <i>Vad visar uppföljningen? Om brister har påträffats</i>	<p>Metod 1. Bristen är identifierad till en basenhet där risk för hög arbetsbelastning föreligger på aktuella chefsroller.</p> <p>Metod 2. Risken bedöms till del kompenseras av individuell utbildning och stöd från HR-partner och/eller kollegor. Viss risk att regionens chefer inte har fullödlig kunskap inom sitt ansvarsområde kvarstår.</p>				
Förslag på åtgärd	<p>Metod 1. Frågan kommer att lyftas till ansvarig chef med uppmaning om åtgärd. I övrigt har regionstyrelsens chefer ansvar för medarbetare som understiger regionens riktlinje, ingen ytterligare åtgärd bedöms vara nödvändig. Risken bör dock fortsatt följas.</p> <p>Metod 2. Under hösten 2020 har ett utvecklingsarbete startats för att förbättra uppföljning och anmälningsrutin till obligatoriska</p>				
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll?</i> • <i>Föreslås ytterligare åtgärder?</i> • <i>Behöver risken fortsatt följas?</i> 				

chefsutbildningar som implementeras under 2021.
Samtliga chefer som ej deltagit i alla utbildningar
kommer även att bjudas in. Risken bör fortsatt följas.

Risk	R10. Risk att beställarens primärvårdsfrågor inte synliggörs i regionstyrelsen				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten	3	2	6	Årsrapport
Kontrollaktivitet	Kontroll av antal ärenden som rör primärvård per år som regionstyrelsen beslutar om				
Metod	Stickprov av fyra protokoll från regionstyrelsen december 2019-november 2020				
Ansvariga	Kontrollutförare		Riskägare		
	Handläggare beställarenhet		Regiondirektör		
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>	Fyra av regionstyrelsens protokoll valdes ut. De protokoll som valdes var den 5 februari, 12 mars, 7 juni och 27 oktober. Urvalet har gjorts utifrån hur processen för beslut som rör hälsovalet ser ut årligen.				
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i> <ul style="list-style-type: none"> • Vilka eventuella brister har påträffats? • Vilka eventuella risker ser rapportören med det granskade förfarandet? • Ser rapportören något behov av åtgärder? 	<p>Kontrollen visar att utöver de givna beslut som har fattas årligen (Uppdrag och regler, Uppföljningsplan och genomförd uppföljning) så har regionstyrelsen fattat beslut om utökad primärvårdsram och ersättningsmodell för hälsovalet, delgivits information om hälsocentralernas situation under Covid-19, beslutat om momskompensation till privata hälsocentraler och fattat beslut om särskilda uppdrag för beställarenheten inför 2022.</p> <p>Utifrån kontrollen finns inga direkta risker och behov av åtgärder.</p>				
Bedömning/analys <i>Vad visar uppföljningen?</i> <i>Om brister har påträffats</i> <ul style="list-style-type: none"> • Hur allvarliga bedöms bristerna vara? • Vilka konsekvenser medför kontrollen för risken • Bedöms risken vara högre/lägre efter genomförd kontroll? 	Regionstyrelsen har fattat beslut i rollen som beställare av primärvård vid flera tillfällen under året och frågorna har synliggjorts. Utöver det årliga beslutet om hälsovalets Uppdrag och regler, Ersättningsmodell och Uppföljningsplan har regionstyrelsen vid flera tillfällen under året agerat som beställare. Dock så har en viss del av dialogen inför att beslut fattas förts antingen mellan Regionstyrelsen och Utskottet för primärvård och tandvård eller mellan beställarenhet och Utskottet för primärvård och tandvård som ligger under Hälso- och sjukvårdsnämnden. Det finns inget beställarutskott under Regionstyrelsen vilket skulle kunna underlätta ärendeberedningen för beställningen av primärvården.				
Förslag på åtgärd <ul style="list-style-type: none"> • Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll? • Föreslås ytterligare åtgärder? • Behöver risken fortsatt följas? 	Regionstyrelsen beslutar om Hälsovalets Uppdrag och Ersättningsmodell samt följer upp detta vid givna tidpunkter under året. Det finns däremellan inte alltid behov av att regionstyrelsen fattar ytterligare beslut som rör hälsovalet, även om det kan finnas sådana behov vilket kanske blev extra tydligt under pandemiåret 2020. Att utförarna har förutsägbarhet kring när förändringar i uppdraget sker är en viktig del i likabehandling av utförare. Det är inte givet att ett stort antal ärenden som rör primärvård som				

regionstyrelsen beslutar om skulle visa på en hög kvalitet gällande regionstyrelsens beställning av primärvård. Kvalitet kan istället visa sig i en ordnad process för hur förändringar i Uppdrag och regler och Ersättningsmodell bereds och beslutas om. Inför 2021 har ett årshjul tagits fram inför årligt beslut om beställning som beskriver processen i syfte att visualisera och tydliggöra den för inblandade aktörer både på tjänstepersonsnivå och politisk nivå.

Risk	R11. Risk att beslut tas på bristande underlag				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten	3	3	9	Årsrapport
Kontrollaktivitet	Kontroll att tjänsteskrivelse används vid beredande av ärenden inför styrelsebeslut				
Metod	Stickprov av 20 styrelsebeslut fattade juni-november. Genomförs i december				
Ansvariga	Kontrollutförare			Riskägare	
	Styrelsesekreterare			Regiondirektör	
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>	Regionstyrelsen har haft fyra sammanträden under perioden juni-november. Granskningen är gjort på fem, slumpvis utvalda, ärendeparagrafer från varje sammanträde.				
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i> <ul style="list-style-type: none"> • Vilka eventuella brister har påträffats? • Vilka eventuella risker ser rapportören med det granskade förfarandet? • Ser rapportören något behov av åtgärder? 	Av de beslutsärenden som undersökts saknar 3 av 20 tjänsteskrivelse. Ärenden som saknat tjänsteskrivelse är svar på revisionsrapport, yttranden över remiss från departement samt beredning av ansvarsfrihet för ett samordningsförbund.				
Bedömning/analys <i>Vad visar uppföljningen? Om brister har påträffats</i> <ul style="list-style-type: none"> • Hur allvarliga bedöms bristerna vara? • Vilka konsekvenser medför kontrollen för risken • Bedöms risken vara högre/lägre efter genomförd kontroll? 	<p>Bedömningen görs att bristen inte är allvarlig. Ett beslut om att avge yttrande eller besluta om att ge styrelsen i ett samordningsförbund ansvarsfrihet är inget ärende som påverkar medborgare, personal eller ekonomi i någon större utsträckning.</p> <p>Yttranden till revisionen kan visserligen innehålla uppgifter om förändringar eller satsningar inom verksamheten, dessa ändringar torde dock ha föregåtts/eller ska föregås av enskilda beslut på rätt beslutsnivå med sedvanlig ärendeberedning. Yttrandet är således endast en redogörelse över vidtagna /planerade åtgärder.</p> <p>Beslut om ansvarsfrihet baseras till stora delar på annat underlag i form av revisionens revisionsberättelse.</p> <p>Det ska dock poängteras att samtliga beslutsärenden till styrelsen ska innehålla tjänsteskrivelse för att säkerställa god ärendeberedning.</p> <p>Bedömningen görs dock att regionstyrelsen, mot bakgrund av denna mätmetod, har låg risk att beslut fattas på bristande underlag.</p>				
Förslag på åtgärd <ul style="list-style-type: none"> • Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll? • Föreslås ytterligare åtgärder? • Behöver risken fortsatt följas? 	<p>Kanslienheten har genomfört denna kontroll under ett antal år och utifrån resultatet har åtgärder vidtagits.</p> <p>Kanslienheten ser att användningen av tjänsteskrivelser ökar och att de ärenden som saknar tjänsteskrivelse i stor utsträckning är ärenden vars beslut inte bedöms behöva belysas ur ekonomiska,</p>				

personella eller jämställdhetsperspektiv, så som remissyttranden, svar på granskningsrapporter och formaliaärenden.

Förvaltningen föreslår att kontrollen inte följs i regionstyrelsens internkontrollplan men att kanslienheten fortsätter att följa risken och rapporterar resultatet till regionstyrelsens ledningsgrupp.

Risk	R13. Risk för bristfälligt hantering av personuppgifter				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Följsamhet till lagar och regler	3	4	12	Årsrapport
Kontrollaktivitet	Kontroll att dataskyddsombudens granskningar har föranlett åtgärder vid behov				
Metod	Fullständig kontroll. Genomförs i december				
Ansvariga	Kontrollutförare			Riskägare	
	Strateg juridik och säkerhet			Regiondirektör	
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>	Kontrollen har inte genomförts 2020 vilket förklaras av byte av dataskyddsombud.				
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Vilka eventuella brister har påträffats? • Vilka eventuella risker ser rapportören med det granskade förfarandet? • Ser rapportören något behov av åtgärder? 				
Bedömning/analys <i>Vad visar uppföljningen?</i> <i>Om brister har påträffats</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hur allvarliga bedöms bristerna vara? • Vilka konsekvenser medför kontrollen för risken • Bedöms risken vara högre/lägre efter genomförd kontroll? 				
Förslag på åtgärd	<ul style="list-style-type: none"> • Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll? • Föreslås ytterligare åtgärder? • Behöver risken fortsatt följas? 				

Risk	R15. Risk för bristande informationssäkerhet				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Följsamhet till lagar och regler	3	3	9	Årsrapport
Kontrollaktivitet 1	Kontroll av antal upphandlingar som har risk- och sårbarhetsanalys samt informationsklassning				
Metod 1	Fullständig kontroll. Genomförs i december				
Kontrollaktivitet 2	Kontroll av antal beviljade ärenden i digitaliserings- och innovationsprocessen som har risk- och sårbarhetsanalys samt informationsklassning				
Metod 2	Fullständig kontroll. Genomförs i december.				
Ansvariga	Kontrollutförare			Riskägare	
	Strateg juridik och säkerhet			Regiondirektör	
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>		Kontrollen har inte genomförts 2020 vilket förklaras av byte av informationssäkerhetsstrateg.			
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i>					
<ul style="list-style-type: none"> • Vilka eventuella brister har påträffats? • Vilka eventuella risker ser rapportören med det granskade förfarandet? • Ser rapportören något behov av åtgärder? 					
Bedömning/analys <i>Vad visar uppföljningen? Om brister har påträffats</i>					
<ul style="list-style-type: none"> • Hur allvarliga bedöms bristerna vara? • Vilka konsekvenser medför kontrollen för risken • Bedöms risken vara högre/lägre efter genomförd kontroll? 					
Förslag på åtgärd					
<ul style="list-style-type: none"> • Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll? • Föreslås ytterligare åtgärder? • Behöver risken fortsatt följas? 					

Risk	R16. Risk att vårdriktlinjer inte är uppdaterade och att lokal och regional organisation för kunskapsstyrning inte är ändamålsenlig				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Följsamhet till lagar och regler	3	3	9	Årsrapport
Kontrollaktivitet 1	Kontroll att riktlinjer i vårdpraxis är uppdaterade och aktuella utifrån giltighetsdatum				
Metod 1	Stickprov av tio riktlinjer i vårdpraxis				
Kontrollaktivitet 2	Kontroll av antal medicinska riktlinjer med lokala tillägg i Nationellt kliniskt kunskapsstöd				
Metod 2	Fullständig kontroll				
Ansvariga	Kontrollutförare			Riskägare	
	Handläggare beställarenhet			Regiondirektör	
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>	<p>Kontrollaktivitet 1 10 riktlinjer i Vårdpraxis har slumpmässigt valts ut. Internkontrollaktiviteten genomfördes den 26 november 2020.</p> <p>Riktlinjerna som slumpmässigt valdes ut blev inom områdena: Ögon, Röntgen, Barn- och ungdomspsykiatri, Barn, Akuta tillstånd, Urologi, Läkemedel, Palliativ vård, Infektion, Öron-näsa-hals.</p> <p>Kontrollaktivitet 2 Fullständig kontroll har gjorts av antal publicerade lokala tillägg från Västerbotten i Nationellt kliniskt kunskapsstöd.</p>				
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i>	<p>Kontrollaktivitet 1 Resultatet av stickprovskontrollen visade att 8 av 10 riktlinjer var uppdaterade och aktuella utifrån giltighetsdatum. De riktlinjer som inte var aktuella fanns inom BUP och Öron-näsa-hals. Eftersom så stor andel av riktlinjerna var uppdaterade så är bedömningen att bristen är av ringa betydelse och inga behov av åtgärder är aktuella.</p> <p>Kontrollaktivitet 2 I Nationellt kliniskt kunskapsstöd finns endast 6 färdiga publicerade lokala tillägg. Inom ytterligare 34 områden har behov av lokala tillägg har identifierats, men ännu inte producerats och publicerats.</p>				
Bedömning/analys <i>Vad visar uppföljningen? Om brister har påträffats</i>	<p>Kontrollaktivitet 1 Bristerna bedöms inte så allvarliga. De två riktlinjer som inte var uppdaterade ligger kvar och får förutses gälla till dess att uppdatering görs av ansvariga verksamheter.</p> <p>Kontrollaktivitet 2 Endast 6 lokala tillägg har publicerats, vilket är ett lågt antal i relation till att behov av ytterligare 34 lokala tillägg har identifierats. Arbete har dock gjorts</p>				

	för att identifiera inom vilka områden lokala tillägg finns och det finns en förteckning över detta.
Förslag på åtgärd <ul style="list-style-type: none">• <i>Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll?</i>• <i>Föreslås ytterligare åtgärder?</i>• <i>Behöver risken fortsatt följas?</i>	Inga åtgärder föreslås. Ansvariga för kunskapsstyrningsorganisationen i Region Västerbotten kan ha bättre möjlighet att bedöma risken om lokal och regional organisation för kunskapsstyrning är ändamålsenlig.

Risk	R17(a). Risk för brister i säkerställande av lagar och krav i verksamheten gällande brand				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Följsamhet till lagar och regler	2	3	6	Årsrapport
Kontrollaktivitet 1	Kontroll att verksamhetens systematiska brandskyddsarbete sker enligt rutin				
Metod 1	Stickprov av fyra verksamheter				
Kontrollaktivitet 2	Kontroll att verksamheter har genomfört bedömning av nya eller förändrade befattningar som rör områdena brand				
Metod 2	Fullständig kontroll				
Ansvariga	Kontrollutförare			Riskägare	
	Säkerhetssamordnare brandskydd			Regiondirektör	
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>			<p>Kontrollaktivitet 1 Granskning av 4 verksamheters dokumenterade systematiska brandskyddsarbete (SBA) inom Skellefteåområdet. a) brandskyddsorganisation b) brandskyddsinformation c) brandskyddsrutiner d) handlingsplan vid brand och utrymning e) brandskyddsutbildningar och utrymningsövningar f) egenkontroll av verksamhetens brandskydd Hantering av brandfarlig vara, vätska gas ingår inte i den interna kontrollaktivitet 1.</p> <p>Kontrollaktivitet 2 Säkerhetspartner har sammanställt förändringar i lager och föreskrifter som berör riktlinjer för brandskyddet genom MetisWeb. Hantering av brandfarlig vara, vätska och gas ingår inte i kontrollaktivitet 2.</p>		
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i>			<p>Kontrollaktivitet 1 <i>Vilka ev. brister har påträffats i dokumentationen av SBA:</i> En verksamhet saknade en brandskyddsorganisation. Fyra verksamheter hade brister i brandskyddsinformationen. En verksamhet saknade dokumenterade brandskyddsrutiner. Två verksamheter hade inte en handlingsplan vid brand/utrymning. Fyra verksamheter genomförde ej brandskyddsinfo på APT. Tre verksamheter hade ej genomfört arbetsplatsanknuten brandskyddsutbildning och utrymningsövningar.</p> <p><i>Vilka ev. risker ser rapportören med granskningen</i> Svårighet att sända medarbetare på brandskyddsutbildningar.</p> <p><i>Ser rapportören ngt behov av åtgärder</i> Avdelningschefer och brandombud ska åtgärda alla noterade brister.</p> <p>Kontrollaktivitet 2</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Vilka eventuella brister har påträffats? • Vilka eventuella risker ser rapportören med det granskade förfarandet? • Ser rapportören något behov av åtgärder? 					

	Inga förändringar i lagar och föreskrifter kopplat till det organisatoriska brandskyddet.
<p>Bedömning/analys Vad visar uppföljningen? Om brister har påträffats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur allvarliga bedöms bristerna vara? • Vilka konsekvenser medför kontrollen för risken • Bedöms risken vara högre/lägre efter genomförd kontroll? 	<p>Kontrollaktivitet 1 Hur allvarlig bedöms bristerna vara? Övervakning av brandskyddet genom SBA med bedömd medelhög risk. (Verksamheterna hade inga inläggande patienter).</p> <p>Vilka konsekvenser medför kontrollen för risken Risken reduceras</p> <p>Bedöms risken vara högre/lägre efter genomförd kontroll Risken reduceras ordentligt efter genomförd kontroll</p> <p>Kontrollaktivitet 2 Denna kontroll visar hur säkerhetsavdelningen arbetar för att ha kunskap om och kunna ha det övergripande styrande dokumenten i ledningssystem uppdaterade utifrån lagkrav.</p>
<p>Förslag på åtgärd</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll? • Föreslås ytterligare åtgärder? • Behöver risken fortsatt följas? 	<p>Kontrollaktivitet 1 Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll Avdelningschefer och brandombud har genomfört åtgärder, dokumenterat och har arbetat systematiskt med brandskyddet. Det som varit svårt var att genomföra är utbildningar p g a pandemin.</p> <p>Föreslås ytterligare åtgärder Verksamheterna efterfrågar digital brandskyddsutbildning inkl. utrymning på "Lärande Regionen". Många regioner har digitala brandskyddsutbildningar, t e x Region Norrbotten med flera.</p> <p>Behöver risken fortsatt följas upp Avdelningschefer och brandombud följer upp risken genom checklista för egenkontroll av brandskyddet minst 1 ggr per år. Viktigt att fortsätta med internkontroll av brandskyddet i nya verksamheter år 2021.</p> <p>Kontrollaktivitet 2 För att kontrollera om verksamheter har genomfört bedömning av nya eller förändrade lagar och föreskrifter som rör det organisatoriska brandskyddet bör internrevisioner genomföras. Därför föreslås att kontrollaktivitet 2 tas bort och att fokus läggs på kontrollaktivitet 1.</p>

Risk	R17(b). Risk för brister i säkerställande av lagar och krav i verksamheten gällande miljö				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Följsamhet till lagar och regler	2	3	6	Årsrapport
Kontrollaktivitet 1	Kontroll att verksamhetens systematiska miljöarbete sker enligt rutin				
Metod 1	Stickprov av fyra verksamheter				
Kontrollaktivitet 2	Kontroll att verksamheter har genomfört bedömning av nya eller förändrade befattningar som rör områdena miljö				
Metod 2	Fullständig kontroll				
Ansvariga	Kontrollutförare			Riskägare	
	Miljösamordnare			Regiondirektör	
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>	<p>Kontrollaktivitet 1 Intern miljörevision har planerats in, men ej genomförts på grund av pandemin. Vid en miljörevision skickas underlaget, bestående av frågor baserade på lagkrav, ut till verksamheterna. Därefter sker en revision på plats med genomgång av frågorna.</p> <p>Kontrollaktivitet 2 Nya/förändrade författningar som berör området miljö har inarbetats i regionens rutiner i miljöledningssystemet som är integrerat i Lita. Miljöavdelningen använder en lagbevakningstjänst för att få tillgång till nya och förändrade författningar.</p> <p>Utöver detta skickas en miljörapporteringsenkät ut i december, årligen till avdelningar inom regionen. Enkäten syftar till att få en bild av hur regionens interna miljöarbete fungerar samt hur Förordningen om verksamhetsutövarens egenkontroll uppfylls.</p>				
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i>	<p>Kontrollaktivitet 2 Under året har totalt 318 författningar kvitterat via den lagbevakningstjänst som används. Kemikaliehandbok och avfallshandbok i miljöledningssystemet har på grund av större lagändringar uppdaterats flera gånger under 2020.</p>				
Bedömning/analys <i>Vad visar uppföljningen? Om brister har påträffats</i>	<p>Kontrollaktivitet 2 Denna kontroll visar hur Miljöavdelningen arbetar för att ha kunskap om, och kunna hålla de övergripande dokumenteten i miljöledningssystemet uppdaterade utifrån lagkrav. Kontrollen visar inte respektive verksamhet efterlevnad av lagar och krav.</p>				
Förslag på åtgärd	<p>Kontrollaktivitet 1 Intern revisioner planeras att upptas under 2021.</p> <p>Kontrollaktivitet 2</p>				
	<ul style="list-style-type: none"> • Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll? • Föreslås ytterligare åtgärder? • Behöver risken fortsatt följas? 				

För att kontrollera om respektive verksamhet har genomfört bedömning av nya eller förändrade författningar som rör miljöområdet bör interna revisioner genomföras. Därför föreslås att kontrollaktivitet 2 tas bort och att fokus läggs på kontrollaktivitet 1.

Risk	R18. Risk att avbrottsplan/reservrutin inte finns/är känd för verksamheten				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Följsamhet till lagar och regler	2	3	6	Årsrapport
Kontrollaktivitet	Kontroll av antal basenheter inom styrelsens ansvarsområde som har en avbrottsplan/reservrutin för: - IT - Telefoni - Elförsörjning - Vattenleverens - Värmebölja				
Metod	Enkät till samtliga verksamhetschefer inom styrelsen				
Ansvariga	Kontrollutförare		Riskägare		
	Beredskapssamordnare		Regiondirektör		
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>	Kontrollen genomfördes genom en enkätundersökning till samtliga berörda basenheter inom regionstyrelsen. I enkäten ställdes frågor avseende upprättade reservrutiner utifrån de fem beskrivna scenarierna, samt om rutinerna uppdaterats de senaste två åren och om de gjorts kända bland personal. Enkäten skickades till chefer för totalt 18 verksamheter inom regionstyrelsen.				
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i>	<p>12 av 18 verksamheter har svarat på enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 66 procent. För samtliga scenarion uppger endast ett fåtal verksamheter att de har reservrutiner. Ytterligare ett antal verksamheter beskriver på olika sätt att de till viss del har reservrutiner. Antingen på en övergripande nivå, för en specifik uppgift eller ett visst flöde.</p> <p>Scenario IT-störning</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 verksamheter har svarat att de har reservrutiner, 2 att de inte har samt 2 att det ej är relevant • 4 verksamheter har uppdaterat dessa de senaste två åren • 6 verksamheter svarar att dessa är kända bland personal <p>Två av verksamheterna har svarat att de har reservrutiner; IT och E-hälsa. Ytterligare några verksamheter har till viss del reservrutiner; HR för verkställande av lön/övergripande reservrutin för förvaltningen, Smittskydd för provsvar från lab, Servicecenter för patienttransport/bemanningservice/televäxeln samt inom Ledningsstaben finns en övergripande plan för kris och katastrof.</p> <p>Scenario tele-störning</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 verksamheter har svarat att de har reservrutiner, 5 att de inte har samt 1 att det ej är relevant 				
<ul style="list-style-type: none"> • Vilka eventuella brister har påträffats? • Vilka eventuella risker ser rapportören med det granskade förfarandet? • Ser rapportören något behov av åtgärder? 					

- 2 verksamheter har uppdaterat dessa de senaste två åren
- 4 verksamheter svarar att dessa är kända bland personal

Två av verksamheterna har svarat att de har reservrutiner; IT och E-hälsa. Ytterligare några verksamheter har till viss del reservrutiner; HR har mobiltelefoni som alternativ lösning, Servicecenter för patienttransport/ bemanningsservice/televäxeln samt inom Ledningsstaben finns en övergripande plan för kris och katastrof.

Scenario störning i elförsörjningen

- 2 verksamheter har svarat att de har reservrutiner, 3 att de inte har samt 1 att det ej är relevant
- 2 verksamheter har uppdaterat dessa de senaste två åren
- 3 verksamheter svarar att dessa är kända bland personal

Två av verksamheterna har svarat att de har reservrutiner; IT och E-hälsa. Ytterligare några verksamheter har till viss del reservrutiner; HR för verkställande av lön/övergripande reservrutin för förvaltningen, Servicecenter för patienttransport/ bemanningsservice/televäxeln samt inom Ledningsstaben finns en övergripande plan för kris och katastrof.

Scenario störning i vattenförsörjningen

- 2 verksamheter har svarat att de har reservrutiner, 5 att de inte har samt 3 att det ej är relevant
- 0 verksamheter har uppdaterat dessa de senaste två åren
- 2 svarar att dessa är kända bland personal

En av verksamheterna har svarat att de har reservrutiner; E-hälsa. Ytterligare en verksamhet har till viss del reservrutiner; inom Ledningsstaben finns en övergripande plan för kris och katastrof.

Värmebölja

- 3 verksamheter har svarat att de har reservrutiner, 3 att de inte har samt 5 att det ej är relevant
- 1 verksamhet har uppdaterat dessa de senaste två åren
- 3 verksamheter svarar att dessa är kända bland personal

Tre av verksamheterna har svarat att de har reservrutiner; HR, E-hälsa och Ledningsstaben.

<p><i>Om brister har påträffats</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Hur allvarliga bedöms bristerna vara?</i> • <i>Vilka konsekvenser medför kontrollen för risken</i> • <i>Bedöms risken vara högre/lägre efter genomförd kontroll?</i> 	<p>Flera av de svarande verksamheterna saknar reservrutiner för de angivna scenarierna. Avsaknad av reservrutiner kan indirekt få allvarliga konsekvenser för andra verksamheter inom framförallt hälso- och sjukvården. Detta då verksamheter inom regionstyrelsen på olika sätt utgör viktiga stödfunktioner.</p> <p>Risken bedöms kvarstå efter genomförd kontroll.</p>
<p>Förslag på åtgärd</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Har åtgärder redan vidtagits som resultat av genomförd kontroll?</i> • <i>Föreslås ytterligare åtgärder?</i> • <i>Behöver risken fortsatt följas?</i> 	<p>En åtgärd som kommer att vidtas är arbete med kontinuitetshantering inom Enheten för juridik och säkerhet (Ledningsstaben), ett arbete som ska genomföras under våren. Det arbetet föreslås fungera som pilot för andra liknande administrativa verksamheter.</p> <p>Ett kontinuitetsarbete kan identifiera vilka uppgifter eller funktioner som är kritiska inom respektive verksamhet och därigenom tydliggöra vad de olika verksamheterna förväntas upprätthålla vid ett avbrott.</p> <p>Risken föreslås att fortsatt följas.</p>

Risk	R19. Risk att ersättning till förtroendevalda betalas på felaktiga grunder				
	Område	Sannolikhet	Konsekvens	Riskvärde	Tidpunkt för uppföljning
	Följsamhet till lagar och regler	1	2	2	Årsrapport
Kontrollaktivitet	Kontroll av utbetalda inkomstbortfall till förtroendevalda				
Metod	Stickprov görs av var tredje förtroendevalda som fått utbetald ersättning för inkomstbortfall. Kontrollperioden är januari-juni				
Ansvariga	Kontrollutförare			Riskägare	
	Enhetschef kanslienheten			Regiondirektör	
Genomförd kontroll <i>Hur har kontrollen genomförts? Beskriv metoden?</i>	<p>Var tredje förtroendevald (19 av 58 förtroendevalda) som fått inkomstbortfall utbetalt under perioden januari-juni 2020 har kontrollerats. Kontrollen sker mot den arbetsgivare som undertecknat intyget och omfattar frågor om;</p> <ul style="list-style-type: none"> • löneavdrag gjorts och med vilket belopp • omfattning på ledigheten • sysselsättningsgrad • annan ledighet än förtroendeuppdraget finns för den efterfrågade dagen. <p>Svar har jämförts med listor uttagna från Visma "Dagarvode + inkomstbortfall", "Dagarvode fullmäktige fast belopp", "inkomstbortfall belopp".</p> <p>Fyra brev har skickats till förtroendevalda med anmodan om förklaring då frågetecken uppstått.</p>				
Redovisning av resultat <i>Redogör för de resultat som framkommit vid kontrollen – beskriv kortfattat.</i>	<p>Kontrollen visar att 2 av 19 förtroendevalda erhållit felaktig ersättning vid inkomstbortfall. De brister som påträffats är begäran om heldagsarvode med heldags inkomstbortfall när de i själva verket haft heldagsmöte (över 4 timmar) men halvdags inkomstbortfall. I båda fallen har berörd arbetsgivare korrigerat utbetald lön.</p> <p>I och med att en del förtroendevalda väntar i flera månader, halvår och mer än halvår med att lämna in närvarolistor och kvitton så kommer de inte med i denna kontroll.</p>				
Bedömning/analys <i>Vad visar uppföljningen? Om brister har påträffats</i>	<p>Efter varje kontroll så har fler lärt sig hur listorna ska fyllas i och att skicka med rätt underlag för kostnadsersättning.</p> <p>Nya förtroendevalda kommer till under året så risken anses oförändrad.</p>				
Förslag på åtgärd	<p>Åtgärder har vidtagits i form av telefonsamtal med förtroendevalda och arbetsgivare. I de två fall där felaktig ersättning betalats ut har korrigerings skett.</p> <p>Ytterligare information till förtroendevalda behövs om att lämna fullständiga rapporter med kvitton i tid.</p>				

Kontroll behöver fortsätta genomföras i förvaltningen, men förslås inte finnas med i styrelsens internkontrollplan 2021.

Kontroll behöver fortsatt genomföras.