VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Granskning av intern kontroll

Dnr: Rev 32-2012

Genomförd av: Revisionsenheten
Vilhelm Rundquist
Thomas Vilhelmsson

Behandlad av Revisorskollegiet den 12 september 2012

Innehåll

1 Sammanfattning 2
2 Inledning 4
2.1 Bakgrund 4
2.2 Syfte och revisionsfrågor 4
2.3 Ansvarig nämnd och avgränsning 4
2.4 Revisionskriterier 4
2.5 Metod 4
3 Intervjuer med sjukhusen 5
3.1 NU-sjukvården 5
3.2 Skaraborgs sjukhus 6
3.3 Sahlgrenska universitetssjukhuset 7
3.4 Södra Älvsborgs sjukhus 9
3.5 Habilitering & Hälsa 11
4 Regionstyrelsen 12
4.1 Ett samordnande ansvar 12
5 Tio steg i processen 13
6 Bedömning och rekommendationer 13
6.1 Bedömning av nuläget 13
6.2 Rekommendationer för framtiden 14

1 Sammanfattning

Syftet har varit att granska hur nämnder och styrelser hanterar uppdraget att utöva en tillräckligt god intern kontroll med fokus på upprättande av internkontrollplaner.

Av kommunallagens 6 kapitel 7 paragraf framgår att nämnderna, var och en på 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 i övrigt. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt.

Följande revisionsfrågor skall besvaras för att belysa syftet med granskningen:

- Har nämnder och styrelser upprättat internkontrollplaner för sina verksamheter 2012?
- Har kontrollåtgärdsplaner upprättats?
- Är nämnder och styrelsers internkontrollplaner ändamålsenliga ställt till Regionfullmäktiges mål och uppdrag?

Granskningen omfattar arbetet med att upprätta internkontrollplaner inför verksamhetsåret 2012 vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Skaraborgs sjukhus, NU-sjukvården, Södra Älvsborgs sjukhus samt Habilitering & Hälsa.

Iakttagelser

- Det finns internkontrollplaner i de styrelser som granskats, men dessa kan utvecklas ytterligare. Internkontrollplanerna bör utgöra grunden för den systematiska styrningen, kontrollen och uppföljningen. Befintliga internkontrollplaner omfattar huvudsakligen administrativa och ekonomiska processer och i lägre grad mer verksamhetsnära processer.
- Ute i verksamheterna görs en rad kontroller och uppföljningar, vilka i sig utgör delar av intern styrning och kontroll. Det är väsentligt att dessa integreras i det övergripande arbetet med att upprätta internkontrollplaner.

Bedömningar

- Det arbete som styrelserna för de stora sjukhusen samt Habilitering & Hälsa bedriver för att utveckla och systematisera den interna kontrollen borde kunna vara en god grund, både för det fortsatta arbetet och det uppdrag som regionkansliet fått från regionstyrelsen avseende utarbetandet av ett regiongemensamt regelverk för intern kontroll (2011, § 266).
- Det utvecklingsarbete som påbörjats på regionstyrelsens initiativ borde kunna vara en god grund för en utvecklad gemensam struktur för såväl internkontrollplaner som risk- och väsentlighetsanalyser. Det är dock viktigt att arbetet tidigt förankras i styrelser och nämnder samt i deras ledningsgrupper.
- Regionstyrelsen borde i högre grad än vad som är fallet i dag kunna ta ett mer övergripande ansvar för att utforma gemensamma strukturer för hur den interna kontrollen ska bedrivas för att säkerställa att kraven i kommunallagens 6 kap. 7 § uppfylls i samtliga nämnder och styrelser.

Rekommendationer

- Vi rekommenderar regionstyrelsen att uppdra åt regiondirektören att kommunicera med nämnder och styrelser om hur arbetet ska fortsätta avseende utvecklingen av ett gemensamt regelverk för den interna kontrollen. Det skulle underlätta för nämnder och

styrelser att själva arbeta vidare utifrån påbörjat arbete utan att försvåra implementeringen av den framtida strukturen.

- Vi rekommenderar slutligen berörda styrelser att, tillsammans med sina ledningsgrupper och berörda tjänstemän, utveckla strukturer för den interna kontrollen och diskutera hur arbetet bättre kan integreras i verksamheternas nuvarande ledningssystem.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Av kommunallagens 6 kapitel och dess 7 paragraf framgår att nämnderna, var och en på 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 i övrigt. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett tillfredställande sätt.

Det är regionstyrelsens ansvar att leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och styrelsers verksamheter. Regionstyrelsen har enligt kommunallagen dessutom ansvar för att samordna den interna styrningen och kontrollen och ha uppsikt över att den interna kontrollen i övriga nämnder och styrelser är tillräcklig.

Revisorernas uppgift är att pröva om den interna kontrollen är tillräcklig.

Revisionen har under flera år framfört synpunkter dels på hur den interna kontrollen i nämnder och styrelser sköts, dels på att det inte finns någon regiongemensam struktur för hur arbetet med att upprätthålla en tillräcklig intern kontroll ska bedrivas.

Vid sitt sammanträde den 1 november 2011 (§ 266) gav regionstyrelsen regiondirektören uppdraget att ta fram ett förslag till ägaruppdrag om intern kontroll. Det ska enligt beslutet utgå från befintliga riskanalyser och ett regiongemensamt regelverk för den interna kontrollen.

2.2 Syfte och revisionsfrågor

Syftet har varit att granska hur nämnder och styrelser hanterar uppdraget att utöva en tillräckligt god intern kontroll med fokus på upprättande av internkontrollplaner.

Följande revisionsfrågor skall besvaras för att belysa syftet med granskningen:

- Har nämnder och styrelser upprättat internkontrollplaner för sina verksamheter 2012?
- Har de upprättat kontrollåtgärdsplaner?
- Är internkontrollplanerna ställda mot Regionfullmäktiges mål och uppdrag ändamålsenliga?

2.3 Ansvarig nämnd och avgränsning

Granskningen omfattar arbetet med att upprätta internkontrollplaner inför verksamhetsåret 2012 vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Skaraborgs sjukhus, NU-sjukvården, Södra Älvsborgs sjukhus samt Habilitering & Hälsa.

2.4 Revisionskriterier

- Kommunallagens 6 kap 7 §
- Regionövergripande policys och riktlinjer

2.5 Metod

Granskningen bygger på dokumentstudier och intervjuer.

3 Intervjuer med sjukhusen

3.1 NU-sjukvården

3.1.1 Har styrelsen upprättat en internkontrollplan för sina verksamheter 2012?

NU-sjukvården har en internkontrollplan som gäller för år 2012. Den första planen upprättades år 2011. Planen är framtagen av en arbetsgrupp utsedd av ledningskansliet. Den utgår från riskanalyser i administrativa processer som har genomförts. Planen är fastställd av styrelsen.

Iakttagelser och kommentarer

Arbetsgruppen som haft ansvar för att ta fram förslaget är utsedd av ledningsgruppen men inte kopplad till controllergruppen utan arbetar i ett parallellt spår. Den aktuella planen är främst inriktad på administrativa rutiner, särskilt ekonomiska sådana. Verksamhetsfokus saknas men skulle kunna uppnås med en tydligare samordning med controllergruppens arbete.

Controllergruppen tar fram underlag för ledningens styrning. Underlagen bygger på riskanalyser och nyckeltal kopplade till det balanserade styrkortet, vilket i sin tur är kopplat till det övergripande uppdraget. Controllergruppens arbete bör enligt vår mening vara grunden för det fortsatta arbetet.

3.1.2 Finns det tydligt stöd från regionstyrelsen i arbetet med att upprätt internkontrollplaner?

NU-sjukvårdens arbetsgrupp för intern kontroll efterlyser stöd från regionkansliet i de frågor som avser intern kontroll. Det finns inget gemensamt strukturkapital, inte heller någon tydlig central samtalspartner. Det arbete som utförs ute i nämnder och styrelser samordnas inte heller vid regionkansliet. Det leder till olika arbetssätt och modeller för hur styrelser och nämnder upprättar sina internkontrollplaner. Dock är ett centralt arbete påbörjat i syfte att utveckla en gemensam struktur för den interna kontrollen och upprättandet av internkontrollplaner.

Iakttagelser och kommentarer

Regionen saknar gemensam struktur och bild av vad en tillräcklig intern kontroll enligt kommunallagens 6 kap. 7§ är. Något gemensamt arbetssätt för upprättandet av internkontrollplaner finns inte. Det torde försvåra regionstyrelsens och regionkansliets övergripande och samordnande uppdrag i frågan. NU-sjukvården uppfattar att frågan har varit lågt prioriterad centralt. Det påbörjade arbetet vid regionkansliet kommer ha genomslag tidigast år 2013.

3.1.3 Har kontrollåtgärdsplaner upprättats?

Internkontrollplanen för år 2012 omfattar i första hand administrativa processer och de risker som är förknippade med dessa. För de angivna riskområdena finns åtgärder dokumenterade. Av kontrollplanen framgår vad som skall göras, när det ska göras och hur det ska rapporteras.

Upprättandet av en internkontrollplan omfattar momenten:

- verksamhetsanalys
- riskanalys
- riskhantering
- upprättandet av plan

Riskanalysen utgår främst från arbetsgruppens uppdrag och mindre från regionfullmäktiges uppdrag till regionstyrelsen. I stort genomförs riskanalysen så att arbetsgruppen samlar in de risker man kan se på området administration.

Arbetsgruppen har ambitionen att inför arbetet med internkontrollplanen för år 2013 i högre grad engagera verksamheterna På så vis hoppas man kunna bredda underlaget för riskanalysen.

Resultatet från genomförda kontroller rapporteras till styrelsen och regionkansliet i anslutning till delårs- och årsbokslut. I de fall rapporteringen visar på väsentliga avvikelser beslutar styrelsen om åtgärder

Iakttagelser och kommentarer
Det är viktigt att arbetet med intern styrning och kontroll samt upprättandet av internkontrollplanen är integrerade i ledningens och styrelsens styrning. Det finns ansvariga utsedda för respektive kontrollmoment. Dessa har ett huvudansvar för att kontrollerna utförs, till sin hjälp har de utsedda kontrollansvariga i verksamheten.

Det arbete som arbetsgruppen genomför bör enligt vår mening förtydligas så att det starkare kopplas till styrelsens uppdrag enligt kommunallagen att upprätta en tillräcklig intern kontroll. Vi menar att det annars riskerar att vara en parallell process till övrig uppföljning och kontroll som genomförs i verksamheten.

De riskanalyser som genomfrös bör enligt vår mening omfatta fler perspektiv än de som arbetsgruppen arbetar med idag. Styrelsen bör ges möjlighet att diskutera risken för att regionfullmäktiges mål och uppdrag inte skulle kunna uppnås under året. Diskussionen bör styrelsen föra tillsammans med ledningsgruppen.

3.1.4 Är styrelsens internkontrollplan ändamålsenlig i förhållande till Regionfullmäktiges mål och uppdrag?

Sjukhusets gällande internkontrollplan utgår från regionfullmäktiges mål och uppdrag. NU-sjukvården har endast upprättat en plan tidigare och är fortfarande inne i utvecklingsarbetet av den interna styrningen och kontrollen.

Iakttagelser och kommentarer
NU-sjukvårdens utgår indirekt från regionfullmäktiges mål och uppdrag i och med att det är styrelsens mål och uppdrag som är internkontrollplanens utgångspunkt. För att stärka kopplingen till de övergripande målen, gällande lag och reglemente bör ledningsgrupp och styrelse engageras tidigare i arbetet.

3.2 Skaraborgs sjukhus

3.2.1 Har styrelsen upprättat en internkontrollplan för sina verksamheter 2012?

Någon internkontrollplan för år 2012 finns inte. Reglemente och tillämpningsanvisningar är dock framtagna. Reglementet och anvisningarna bygger på det arbete som gjorts i NU-sjukvården och på vad COSO-modellen säger om intern styrning och kontroll. Målet är att få fram en plan för den interna kontrollen till år 2013 och att det år 2015 ska finnas en genomarbetad internkontrollplan för hela verksamheten.

Iakttagelser och kommentarer
Det arbete som bedrivs för att utveckla den interna styrningen och kontrollen vid SkaS är initierat av styrelsen. Arbetet har stora likheter med det arbete som bedrivs vid NU-sjukvården. Man bygger en struktur från grunden och utgår från en risk- och väsentlighetsanalys av de administrativa processerna. Den grupp som arbetar med uppdraget är kopplad till ledningsgruppen, vilket enligt vår mening är nödvändigt för att nå framgång.

3.2.2 Finns det tydligt stöd från regionstyrelsen i arbetet med att upprätt internkontrollplaner?

De som arbetar med att utveckla strukturen för arbetet med internkontroll på SkaS menar att stödet från regionstyrelsens kansli är svagt. De söker i första hand stöd hos NU-sjukvården och den grupp som arbetar med frågan där.

Iakttagelser och kommentarer
Utvecklingsarbetet av intern styrning och kontroll görs utan stöd från centralt håll. Dock pågår ett arbete på regionkansliet med att bygga en gemensam struktur och en gemensam syn på hur arbetet ska bedrivas.

3.2.3 Har kontrollåtgärdsplaner upprättats?

Det finns ingen konkret kontrollåtgärdsplan, eftersom det inte finns någon internkontrollplan. Dock förekommer redan idag en rad aktiviteter, vilka kan betraktas som intern kontroll. Framför allt på ekonomiområdet där det görs en rad kontroller utifrån en risk- och väsentlighetsanalys. Rapportering till ledning och styrelse avseende de fyra perspektiven i det balanserade styrkortet sker månatligen.

Iakttagelser och kommentarer
Det görs en rad uppföljningar av verksamheten. Dock görs dessa fortfarande utanför en samlad internkontroll och mycket påminner mer om uppföljning i efterhand än internkontroll. Med uppföljnings- och kontrollaktiviteter grundade på en tydlig och samlad plan får styrelsen bättre möjligheter att utveckla en mer proaktiv styrning av verksamheten.

3.2.4 Är styrelsens internkontrollplan ändamålsenlig i förhållande till Regionfullmäktiges mål och uppdrag?

Styrelsen för Skaraborgs sjukhus har inlett sitt arbete med att bygga en strukturerad styrning och kontroll av verksamheten. När arbetet är klart och samtliga delar av verksamheten omfattas av både plan och underliggande risk- och väsentlighetsanalys bör den kunna anses vara ändamålsenlig.

3.3 Sahlgrenska universitetssjukhuset

3.3.1 Har styrelsen upprättat en internkontrollplan för sina verksamheter 2012?

Under våren 2011 fick sjukhusledningen uppdraget att ta fram en plan för den interna kontrollen. En internkontrollplan för år 2012 är fastställd av styrelsen.

Styrelsen har inte tidigare arbetat systematiskt med internkontrollplaner som en del av den interna styrningen och kontrollen. Begreppet intern kontroll har inte heller varit tydligt definierat i verksamheten. Den senaste tidens händelser i svensk offentlig sektor har visat på behoven av en stärkt intern styrning och kontroll och det är en av orsakerna till att fokus ökat och att en plan tagits fram.

En intern kontrollplan med ny struktur och systematik är antagen vid Sahlgrenska universitetssjukhuset från och med 2012. Syftet med planen är att skapa ett verktyg för en systematisk och strukturerad kontroll av sjukhusets ledningssystem. Under år 2011 har rutiner utvecklats för hur riskbedömning och granskningsplanering ska ske. Arbetet under år 2012 handlar om att säkerställa att beslutade aktiviteterna genomförs. Samtidigt vill man etablera begreppet och arbetssättet i ett vidare perspektiv i organisationen. År 2012 är första året som planen utgör styrning för den interna kontrollen.

Iakttagelser och kommentarer
SU har under år 2011 bedrivit ett systematiskt utvecklingsarbete avseende upprättandet av en internkontrollplan. År 2012 är första året som planen utgör en del av styrelsen och ledningsgruppens interna styrning och kontroll. Det är väsentligt att de kontrollaktiviteter som redan idag är implementerade i verksamheten integreras i den övergripande internkontrollstrukturen.

3.3.2 Finns det tydligt stöd från regionstyrelsen i arbetet med att upprätt internkontrollplaner?

Centralt stöd i arbetet med att utveckla och stärka den interna kontrollen saknas enligt vår intervju. Från sjukhuset uppfattar man att det varken finns central policy eller centrala riktlinjer för hur kontrollen ska utföras. Några regiongemensamma utbildningsinsatser förekommer heller inte.

Iakttagelser och kommentarer
Eftersom det inte finns något centralt forum för arbetet med intern kontroll behöver de större verksamheterna i regionen själva skapa ett sådant. Vissa initiativ är tagna men det finns inget formellt forum för att lyfta frågor om strukturkapitalet för intern styrning och kontroll. Det är väsentligt att lokala behov av struktur samordnas med regiondirektörens centralt påbörjade arbete.

3.3.3 Har kontrollåtgärdsplaner upprättats?

En plan för intern kontroll för år 2012 är fastställd av styrelsen. Planen bygger på en övergripande risk- och väsentlighetsanalys. Analysen utgår från regionala styrdokument och sjukhusets interna kontrollmiljö, styrelsens balanserade styrkort och budget samt de uppdrag som getts till respektive område.
Ambitionen är att under nästa år engagera områdena mer i både riskanalys och i upprättandet av internkontrollplanen. Utifrån internkontrollplanen finns en checklista upprättad. Av den framgår vilka kontroller som skall göras under året. Att beslutade kontroller genomförs är ett ansvar för linjecheferna i verksamheterna. Sjukhusets ledningsgrupp har varit engagerad i arbetet. Styrelsen får återrapportering av genomförda kontroller i samband med delårsrapporter och årsredovisning.

Iakttagelser och kommentarer
Det här är första året som SU arbetar mer systematiskt med att upprätta en internkontrollplan. Fokus i arbetet har legat på att upprätta underliggande dokument och etablera synsättet i ledningsgruppen.

Kommande år ska område 1 och 5 upprätta områdesspecifika interna kontrollplaner. Under år 2012 deltar de dessutom i ett fördjupat arbete om risk- och väsentlighetsanalys.

Chefer och personal med strategiska positioner inom sjukhusdirektörens stab har genomfört risk- och väsentlighetsanalyser med utgångspunkt i sina respektive ansvarsområden. Ledningsgruppen i sin helhet har inte deltagit, vilket är väsentligt att den gör enligt vår mening.
Sjukhusets interna kontrollplan gäller samtliga områden och med fokus på övergripande och gemensamma processer. Risk- och väsentlighetsanalyserna kan även utgöra utgångspunkten för fördjupade kontroller på områdesnivå.

3.3.4 Är styrelsens internkontrollplan ändamålsenlig i förhållande till Regionfullmäktiges mål och uppdrag?

Sahlgrenska universitetssjukhuset påbörjade år 2011 arbetet med att utveckla ett systematiskt arbetssätt för arbetet med att upprätta en internkontrollplan. Planen fastställdes inför verksamhetsåret 2012.
Arbetet med internkontrollplanen bedrivs systematiskt och med en löpande förankring i sjukhusets ledningsgrupp. Utgångspunkten för arbetet är sjukhusets övergripande och gemensamma processer, regionens övergripande styrdokument samt uppdraget från regionfullmäktige.

Iakttagelser och kommentarer
Sahlgrenska universitetssjukhusets internkontrollplan bygger på en tydlig struktur och en tydlig tidsplan för både utveckling och implementering. Tillsammans med övriga kontroll och uppföljningsaktiviteter som sker inom sjukhusets olika områden bör internkontrollplanen kunna utgöra en god grund för styrelsens interna styrning och kontroll. Dock är det väsentligt att dess ändamålsenlighet löpande utvärderas så att det fortsatta arbetet stärker planens användbarhet.

3.4 Södra Älvsborgs sjukhus

3.4.1 Har styrelsen upprättat en internkontrollplan för sina verksamheter 2012?

Sjukhuset har arbetat med intern kontrollplan sedan regionen bildades. Den interna kontrollplanen uppdateras löpande och godkänns varje år av styrelsen. Den är väl utvecklad och beskriver såväl kontrollmoment som ansvar och frekvens.

Planen innehåller förutom en stor del ekonomi, även personal- och kanslifrågor. Andra områden har aldrig varit aktuella eftersom sjukhuset betraktar planen som en rent administrativ kontrollplan. Det är dock rimligt att andra kontroller görs, men de ska då hanteras där arbetet utförs.

Planen är helt och hållet framtagen av medarbetare vid de avdelningar som ingår i arbetet. Styrelsen får ett färdigt förslag att ta ställning till. Den har beslutat att resultaten från kontrollerna, från och med våren 2012, ska presenteras för styrelsen tre gånger årligen. Det kommer att öka fokus på intern kontroll och ge styrelsen en mer aktiv roll.

Iakttagelser och kommentarer
Sjukhusets kontrollplan har väl utvecklade administrativa kontroller. Ansvaret delas av flera personer och översyn sker årligen, vilket är en förutsättning för att arbetet ska fungera. Processen för att ta fram planen bedöms god på tjänstemannasidan, men styrelsen bör komma med i ett tidigare skede eftersom den har ansvaret för att det verkligen finns en intern kontroll.

3.4.2 Finns det tydligt stöd från regionstyrelsen i arbetet med att upprätt internkontrollplaner?

Under början av 2000-talet nyttjade SÄS att det fanns en centralt placerad person vilken hjälpte till med riktlinjer och stöd i arbetet med intern kontroll. Denna hjälp fanns endast en period och sedan dess har man arbetat vidare på egen hand och försökt utveckla processen. Genom att engagera fler medarbetare får man ständigt in nya perspektiv och idéer men de kan också se ett värde i att få input även från utomstående.
Sjukhuset vill ha någon form av gemensamt centralt stöd vilket de tycker ha saknats, likaså gemensamma mallar för att kunna effektivisera arbetet och samtidigt kunna jämföra verksamheterna. Man tycker också att det borde finnas ett centralt kontrollansvar för exempelvis de system och transaktioner som hanteras där. Många av systemen styrs helt och hållet från centralt håll och informationen når i vissa fall inte förvaltningen alls.

Iakttagelser och kommentarer
Sjukhuset har arbetat strukturerat med sin interna kontroll och var mycket nöjda med de stöd de fick i början av sitt arbete. Det bedöms ha givit en god grund att utgå ifrån men med begränsat stöd med dokumentation och utbildning är det svårt att hålla igång utvecklingen. Trots detta har processen utvecklats och SÄS har bedrivit ett löpande arbete som engagerat flertalet medarbetare vid den egna centrala administrationen . Dessa har i sin tur utvecklat kontroller och kontrollmoment.

3.4.3 Har kontrollåtgärdsplaner upprättats?

Den interna kontrollplanen är inte resultatet av en risk- och väsentlighetsanalys utan bygger på diskussioner mellan medarbetarna. Under våren arbetar man med att utveckla risk- och väsentlighet, vilket kan bli en grund för framtida planer. Risken med ett bristande förarbete är att kontrollmomenten inte anpassas till riskerna, vilket i sin tur medför att bristerna inte upptäcks. Förvaltningen har årligen arbetat med olika fokusområden där det periodvis krävts större insatser för att träffa riskerna bättre. Noterbart i den här planen är att varje kontroll är knuten till ett styrdokument.
Fel och brister upptäcks emellanåt och ofta handlar det om inköp. Dessa frågor tas upp direkt med berörda. Ansvaret för att kontrollerna genomförs och dokumenteras ligger på respektive chef. Resultaten från kontrollerna redovisas till styrelsen i en rapport kompletterad med en muntlig föredragning. Från och med 2012 kommer detta att göras tre gånger per år.

Iakttagelser och kommentarer
Det blir tydligare om den interna kontrollen utgår från såväl fullmäktiges mål som en risk- och väsentlighetsanalys, vilket nu sker vid sjukhuset. Det är viktigt att styrelsen förstår vad intern kontroll är och vad den själv betyder för uppdraget. Den kan då ha ett mer strategiskt och övergripande perspektiv. Planen uppfyller innehållskraven och anger ansvarig tjänsteman, kontrollmoment, frekvens och vem som ska ta emot avvikelserna.

3.4.4 Är styrelsens internkontrollplan ändamålsenlig i förhållande till Regionfullmäktiges mål och uppdrag?

Sjukhuset har inte utgått från fullmäktiges mål, men man kan se en koppling till målen för ekonomi och inköp. Målen ligger på en högre nivå än vad planens administrativa kontroller når, men med ett mer utvecklat arbete med risk- och väsentlighetsanalys och en mer delaktig styrelse finns möjligheter att bredda arbetet.

3.5 Habilitering & Hälsa

3.5.1 Har styrelsen upprättat en internkontrollplan för sina verksamheter 2012?

Habilitering & Hälsa införde sin första plan för intern kontroll år 2009. Detta var tidigt, sett ur ett regionperspektiv, men inget unikt eftersom kraven funnits i kommunallagen sedan länge. De årligt uppdaterade planerna utarbetas av ett mindre antal tjänstemän då intresset varit relativt svalt. Inte heller styrelsen har varit inblandad i arbetet även om den har haft möjlighet att lämna synpunkter på den. Mallen presenterades för ledningsgruppen i syfte att ta upp eventuella ändringsförslag innan den presenterades för styrelsen. Det har varit och är viktigt för styrelsen att planen hålls levande och uppdateras löpande för att den alltid ska vara så aktuell som möjligt.

Iakttagelser och kommentarer

Interna kontrollplanen är en del av förvaltningens säkerhetsarbete. Ansvaret och arbetet vilar på en person. Planen är resultatet av ett traditionellt internkontrolltänkande, med fokus på administrativa och ekonomiska rutiner. För att få djupare och mer riktade kontroller krävs att ledningsgruppen tar större ansvar. Internkontrollplanen saknar även viktiga strategiska perspektiv och kopplingar mot de styrande målen. Här krävs att styrelsen medverkar redan i förarbetet.

3.5.2 Finns det tydligt stöd från regionstyrelsen i arbetet med att upprätt internkontrollplaner?

Det har inte funnits något stöd att få från centrala kanslier, vare sig som skrivna dokument eller personella resurser. Ansvarig tjänsteman vände sig tidigt till revisionsenheten och fick där ett grundläggande stöd i arbetet. Det finns en önskan om mer central samordning med bland annat gemensamma dokumentmallar och gärna tillgång till någon engagerad person som kan följa utvecklingen på området samt ge tips och information.

Iakttagelser och kommentarer

Västra Götalandsregionen har inte satsat några administrativa resurser för att hjälpa styrelser och nämnder att upprätta interna kontrollplaner. Detta har medfört att förvaltningarna själva tvingats lägga resurser på det. Det har dessutom medfört att kvaliteten blivit ojämn.

3.5.3 Har kontrollåtgärdsplaner upprättats?

Varken styrelsen eller förvaltningen har genomfört en risk- och väsentlighetsanalys som skulle kunna ligga till grund för en internkontrollplan. Förvaltningen är medveten om detta, men har inget gjort. Eftersom analysen har saknats så innehåller planen främst standardiserade ekonomiska kontroller men även kontroller av personaladministration och säkerhet. Dessa är viktiga men med en djupare analys kan man förbättra kontrollerna och rikta dem mot förvaltningsspecifika risker. För att få med fler områden och fler förfinade kontroller i syfte att bättre kunna möta riskerna finns önskemål om ett bredare förarbete i upprättandefasen.

I planerna har alltid aktiviteter och vilka som är ansvariga för dem angivits. Men det är inte alltid som åtgärderna har kunnat genomföras eftersom de inte fungerat. Det har även hänt att de av oklara anledningar inte dokumenterats och i vissa fall inte ens utförts. Från och med år 2012 finns en uppföljningsmall där resultaten av genomförda kontroller ska dokumenteras och därmed säkerställa att de är korrekt utförda. Kontrollerna har inte visat på några brister. Det har emellertid tidigare varit problem med attester och ledighetsansökningar, men det var innan de blev föremål för intern kontroll. De brister som upptäckts har hanterats omgående och rutinerna har därefter rättats till.

Styrelsens intresse har ökat. Trots att den inte är involverad i framtagandet av planen så är den intresserad av resultaten och den får därför årligen en genomgång av genomförda kontroller.

Iakttagelser och kommentarer
För att kunna bedöma riskerna bör man också diskutera och presentera dem i en risk- och väsentlighetsanalys. Även här är det av vikt att styrelsen och ledningsgruppen är engagerade. Utan risk- och väsentlighetsanalys blir det komplicerat att bedöma vad som bör kontrolleras, hur mycket som ska kontrolleras och hur ofta det ska ske. Analysen bör alltså göras innan den interna kontrollplanen tas fram.

Om planen ska ge förväntat resultat och därmed säkra det interna arbetet är det en självklarhet att kontrollerna måste göras. Styrelsen har visat intresse för hur arbetet fortgått, vad intern kontroll är och vilket ansvar den har.

3.5.4 Är styrelsens internkontrollplan ändamålsenlig i förhållande till Regionfullmäktiges mål och uppdrag?

Planen innehåller främst kontroller riktade mot ekonomi. Med fortsatt utveckling hoppas styrelsen kunna styra mot mer verksamhetsanknutna kontroller, mer anpassade till de mål som tydligt berör Habilitering & Hälsa. För att skapa bredare perspektiv och en starkare koppling till fullmäktiges mål och uppdrag bör styrelsen och ledningsgruppen engageras mer i förarbetet.

4 Regionstyrelsen

4.1 Ett samordnande ansvar

4.1.1 Finns det tydligt stöd från regionstyrelsen i arbetet med att upprätta internkontrollplaner?

Många styrelser och nämnder har arbetat med strukturer för intern styrning och kontroll utan stöd från regionstyrelsen. Interna utbildningar har under åren diskuterats inom vissa grupperingar men det har inte vidareutvecklats. Det finns idag ingen gemensam struktur för hur de ska upprätta sina internkontrollplaner. Regiondirektören har fått regionstyrelsens uppdrag att utveckla strukturen för det regiongemensamma arbetet. Uppdraget är vidaredelegerat till ekonomidirektören och utvecklingsdirektören.

Det projekt som pågår under 2012 drivs av Ernst & Young, under ledning av regionkansliet. Projektet är uppbyggt i tre steg. Först ska befintligt arbete i verksamheten kartläggas. Därefter ska en modell tas fram för hur riskbedömning och arbetet med intern kontroll ska gå till. Till hösten ska en aktivitetsplan för utbildningsinsatser och en plan för att implementera modellen i regionens verksamheter presenteras.

Iakttagelser och kommentarer
Sedan policyn för intern styrning avskaffades 2005 har det inte funnits någon gemensam dokumentation för intern kontroll. Beslutet innebar att regionstyrelsen släppte delar av sitt samordnande ansvar även om det yttersta ansvaret vilar på respektive nämnd och styrelse. Ägarutskottet har åter lyft frågan och just nu pågår ett projekt med målet att säkerställa förekomsten av en intern kontroll. Vem som har ansvar för samordningen av intern kontroll är otydligt angivet. Samtidigt är politiken inte insatt i arbetet och inte heller direkt informerad om att projektet pågår. Det är viktigt att implementeringen är brett förankrad. Eftersom intern

kontroll är ett ansvar för alla nämnder och styrelser bör de även tillåtas delta aktivt i processen. Det bör även finnas en koppling mellan den interna kontrollen, fullmäktiges mål och regionens budget samt andra styrande dokument.
Det kan vara till stor hjälp med gemensamma riktlinjer, riskanalysmodell och mallar, trots att det faktiska arbetet måste göras i respektive verksamhet. Varje verksamhet måste var för sig bedöma risk och väsentlighet samt vilka kontrollåtgärder som ger bäst resultat.

5 Tio steg i processen

Tabellen nedan är en sammanställning av 10 olika delar processen med intern kontroll. Den visar att verksamheterna har arbetat med intern kontroll olika länge men också att arbetet sker på varierande sätt. Alla är starka inom vissa områden men saknar kraft i andra. Övergripande bilden av tabellen är att verksamheterna är i olika faser och alla har mer kvar att göra.

10 Steg i processen	NU	SU	SkaS	SÄS	H&H
IK-plan är beslutat för 2012	JA	JA	NEJ	JA	JA
IK-plan har funnits minst 2 år	NEJ	NEJ	NEJ	JA	JA
Innehåller väsentlig information*	JA	JA	JA	JA	JA
Innehåller mer än administration	NJA	JA	NEJ	NEJ	NJA
Flera personer deltar i processen	JA	JA	JA	JA	NJA
Tagit/fått hjälp eller jämfört med andra	JA	JA	JA	NEJ	JA
Riskanalys som grund för IK-plan	NJA	NJA	NEJ	NEJ	NEJ
Styrelsen deltar i processen	NEJ	NEJ	JA	NEJ	NEJ
Löpande rapportering till styrelsen	JA	JA	JA	JA	JA
Ändamålsenlig IK-plan – RF mål	NEJ	NJA	NEJ	NEJ	NEJ

* ansvarig, kontrollmoment och frekvens

6 Bedömning och rekommendationer

6.1 Bedömning av nuläget

Vi bedömer att det arbete som styrelserna för de stora sjukhusen samt Habilitering & Hälsa bedriver för att utveckla och systematisera den interna kontrollen är en god grund, både för det fortsatta arbetet och det uppdrag som regionkansliet fått från regionstyrelsen avseende utarbetandet av ett regiongemensamt regelverk för intern kontroll (2011, § 266).

Vi konstaterar att det finns internkontrollplaner i de styrelser som granskats, men dessa kan utvecklas ytterligare. Internkontrollplanerna bör utgöra grunden för den systematiska styrningen, kontrollen och uppföljningen. Vi konstaterar att befintliga internkontrollplaner huvudsakligen omfattar administrativa och ekonomiska processer och i lägre grad mer verksamhetsnära processer.

Vi konstaterar att det ute i verksamheterna görs en rad kontroller och uppföljningar, vilka i sig utgör delar av intern styrning och kontroll samt att det är väsentligt att dessa integreras i det övergripande arbetet med att upprätta internkontrollplaner.

Vi bedömer att det utvecklingsarbete som påbörjats på regionstyrelsens initiativ borde kunna vara en god grund för en utvecklad gemensam struktur för såväl internkontrollplaner som risk- och väsentlighetsanalyser. Det är dock viktigt att arbetet tidigt förankras i styrelser och nämnder samt i deras ledningsgrupper.

Vi bedömer att regionstyrelsen i högre grad än vad som är fallet i dag bör ta ett övergripande ansvar för att utforma gemensamma strukturer för hur den interna kontrollen ska bedrivas för att säkerställa att kraven i kommunallagens 6 kap. 7 § uppfylls i samtliga nämnder och styrelser.

6.2 Rekommendationer för framtiden

Vi rekommenderar regionstyrelsen att uppdra åt regiondirektören att kommunicera med nämnder och styrelser om hur arbetet ska fortsätta avseende utvecklingen av ett gemensamt regelverk för den interna kontrollen. Det skulle underlätta för nämnder och styrelser att själva arbeta vidare utifrån påbörjat arbete utan att försvåra implementeringen av den framtida strukturen.

Vi rekommenderar slutligen berörda styrelser att, tillsammans med sina ledningsgrupper och berörda tjänstemän, utveckla strukturer för den interna kontrollen och diskutera hur arbetet bättre kan integreras i verksamheternas nuvarande ledningssystem.

Revisionsenheten i Västra Götalandsregionen

Vilhelm Rundquist Thomas Vilhelmsson