

REVISIONSRAPPORT

INTERN REVISION

Jesper Andersen
Tommy Jacobsen

Intern Revision



15. april 2019

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Risikobaseret ledelsestilsyn

2018

MODTAGER

Adm. direktør Katja Kayser
Direktør Lars Gregersen

Indholdsfortegnelse

1.	INDLEDNING OG FORMÅL	3
2.	LEDELSESRESUME	4
2.1	DESIGN AF KØBENHAVNS KOMMUNES STYRINGSREGLER (ØKONOMIFORVALTNINGEN)	4
2.2	DELEGATION AF BESLUTNINGSKOMPETENCE I SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN	4
2.3	HANDLEPLAN FOR 2018 I SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN	5
3.	KONKLUSION	5
4.	FORVALTNINGENS TILTAG	6
5.	UDFØRT ARBEJDE	6
5.1	DESIGN AF KØBENHAVNS KOMMUNES STYRINGSREGLER	6
5.2	DELEGATION AF BESLUTNINGSKOMPETENCE I SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN	8
5.3	SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGENS HANDLEPLAN FOR 2018	8
	BILAG 1 Formål med risikobaseret ledelsestilsyn	10
	BILAG 2 Ledelsestilsyn - hvorfor og hvordan	11
	BILAG 3 Definition af prioriteter for væsentlighedsniveau	13

1. INDLEDNING OG FORMÅL

Økonomiudvalget besluttede i 2016 at anmode revisionen om fremover i forbindelse med årsregnskabet proaktivt at rapportere til Økonomiudvalget om, hvorvidt det ledelsestilsyn, som foretages i forvaltningerne, er betryggende.

Omfanget af revisionen fastlægges ud fra en samlet vurdering af væsentlighed og risikoen for væsentlige fejl.

Revisionsmålet for undersøgelsen er at foretage en overordnet vurdering af kommunens design af styringsregler samt forvaltningernes implementering heraf.

Design af regler og retningslinjer

Aktuelle og tilgængelige regler er en forudsætning for, at ledere og medarbejdere dels kan udmønte gældende lovgivning, kommunalpolitiske beslutninger og regler, dels kan sikre en ensartet og effektiv opgaveløsning og endelig kan gennemføre de kontroller, der skal sikre en hensigtsmæssig drift og et regnskab udarbejdet i overensstemmelse med gældende regler.

Implementering af regler og retningslinjer

Regler og retningslinjer skal være implementeret i forvaltningerne, før de har en effekt. Det betyder, at regler og retningslinjer skal være kendte, accepterede og indført i praksis.

Det betyder endvidere, at ledelsen skal have overblik over forvaltningens risikoområder, og roller og ansvar skal være præciseret (delegation). Der skal systematisk arbejdes med effektive processer i et end-to-end perspektiv herunder kvalitet i opgaveløsningen.

Afgrænsning

Ledelsestilsynet i denne undersøgelse er afgrænset til de regler og retningslinjer, der følger af kommunens Kasse- og Regnskabsregulativ samt Informationssikkerhedsregulativet og de risikoområder, der er identificeret i samarbejde med forvaltningerne.

I 2018 har vores fokus været rettet mod design af styringsregler på IT-området, og forvaltningernes fortsatte arbejde med håndtering af risikoområder, herunder design og implementering af forretningsgange og interne kontroller på de identificerede risikoområder.

Rapportering

Rapporten forelægges for Revisionsudvalget og fremsendes til kommunens eksterne revisor til orientering.

Rapporten vil endvidere - som følge af Økonomiudvalgets lovpligtige indseende med de økonomiske og almindelige administrative forhold inden for alle kommunens administrationsområder – blive sendt til Økonomiforvaltningens direktion til eventuel videre foranstaltning overfor Økonomiudvalget.

Uddrag af rapporten vil endvidere indgå i en sammenfatning, som vil blive fremsendt til Økonomiudvalget.

2. LEDELSESRESUME

Intern Revision har foretaget en opfølgning på Sundheds- og Omsorgsforvaltningens vedtagne handleplan for 2018 og en vurdering af forvaltningens handleplan for 2019. Formålet er at foretage en overordnet vurdering af kommunes design og implementering af styringsregler og forvaltningernes ledelsestilsyn.

Revisionen har givet anledning til følgende:

2.1 Design af Københavns Kommunes styringsregler (Økonomiforvaltningen)

I vores statusrapportering for 2017 anførte vi, at der udestod udarbejdelse af en informationssikkerhedspolitik og et informationssikkerhedsregulativ, der beskriver kommunens overordnede styringsregler for it-beskyttelse/sikkerhed og databeskyttelse.

Endvidere udestod med hjemmel i informationssikkerhedsregulativet og i overensstemmelse med kommunes regelhierarki at udarbejde og implementere Forretningscirkulærer for informationssikkerhedsrisici, adgangsstyring og kontrol samt sikkerhedshændelser. Endelig skulle udarbejdes en bølgeplan for Forretningscirkulære og forretningsgange for it-drift, vedligehold og udfasning (it-livscyklusområdet).

Konklusion

De planlagte styringsregler og en bølgeplan for det resterende område (it-livscyklus) er udarbejdet. Dette regelsæt er planlagt udarbejdet i 2019. Det er vores vurdering, at Økonomiforvaltningens arbejde med kommunens styringsregler på it-området er forløbet godt og planmæssigt.

2.2 Delegation af beslutningskompetence i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ikke implementeret egentlige delegationsbeskrivelser, men forvaltningen har udarbejdet retningslinjer, der redegør for den enkelte leders ansvar for at sikre, at love og regler overholdes, samt at opgaverne løses i overensstemmelse med gældende kvalitetsstandarder og politiske beslutninger. Endvidere er beskrevet ansvaret for ledelsestilsynet på personale- og økonomiområdet samt oplistet nøglekontroller, som lederen skal udføre. SUF har fra centralt hold anført, hvem der har procesansvaret for de enkelte risikoområder, og delegation præciseres i takt med håndteringen af de enkelte risikoområder.

Konklusion

Vi har ikke kommentarer til Sundheds- og Omsorgsforvaltningens beskrivelse af delegationen og vil følge op på at denne præciseres i takt med, at de enkelte risikoområder håndteres.

2.3 Handleplan for 2018 i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen


Direktionen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen godkendte primo 2018 en handleplan for arbejdet med håndtering af risikoområder i 2018.

Konklusion

Det er vores vurdering, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningens handleplan for 2018 i al væsentlighed er gennemført som planlagt, og at indsatsen fremadrettet vil kunne medvirke til at håndtere forvaltningens risikoområder hensigtsmæssigt og betryggende.

3. KONKLUSION

Vores undersøgelse af kommunens design og implementering af et risikobaseret ledelsestilsyn har givet anledning til følgende observationer, konklusioner og anbefalinger:

Forvaltning	SUF	Revisionsområde	Ledelsestilsyn	Væsentlig- hedsniveau
Reference	Afsnit 5.3	Revisionsemne	Handleplan for 2018	
Observationer	<p>SUF's handleplan for 2018 omfatter håndtering af 18 risikoområder med henblik på udarbejdelse af forretningsgange i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandard.</p> <p>Af de 18 planlagte risikoområder er 15 håndteret, heraf 2 en lightudgave, idet en nyt it-løsning er planlagt ibrugtaget pr. 1 april 2019. 3 risikoområder overføres til 2019.</p>			
Konklusion og anbefalinger	<p>Det er vores vurdering, at SUF's arbejde med håndtering af risikoområder forløber godt og planmæssigt. De prioriterede risikoområder for 2018 er i al væsentlighed håndteret i overensstemmelse med planen.</p> <p>Vi anbefaler:</p> <ul style="list-style-type: none"> at SUF's overførte og resterende risikoområder prioriteres i handleplanen for 2019, så det sikres, at der udarbejdes forretningsgangsbeskrivelser for de kritiske risikoområder. at SUF håndterer forvaltningsrisici på baggrund af Forventninger og styringsinformation på det fælles tværgående administrative område Løn og personaleområdet (Bilag 1 til Forretningscirkulære Ledelsestilsyn). <p>Endvidere anbefaler vi, at SUF har opmærksomheden henledt på i 2019 at få håndteret gamle og nye revisionsbemærkninger vedr. forvaltningens område ifølge Revisionsberetningen for 2018.</p> <p>Endelig anbefaler vi, at SUF håndterer Intern Revisions observationer i rapporteringen vedr. revisionen af de selvejende institutioner.</p>			
Forvaltningens iværksatte tiltag	<p>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er enig i Intern Revisions konklusion og anbefalinger og vil i 2019 udarbejde de forretningsgange, som er angivet nedenfor:</p> <ul style="list-style-type: none"> Apotekerafregning (overført fra 2018) Kommunalmedfinansiering (overført fra 2018) Opkrævning af husleje (overført fra 2018) Fællesordninger – Område 8000 konti Indkøb – varer Indkøb – limitordre 			

	<ul style="list-style-type: none">• Finans (3 processer)• Kreditor – afregning af udlæg	
--	--	--

4. FORVALTNINGENS TILTAG

Rapportens konklusioner er drøftet med ledelsen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, der er enig i indholdet af rapporten og har tilsluttet sig vores konklusioner.

Direktionen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har revurderet og godkendt en handleplan, som indeholder en række områder, der fortsat vurderes som kritiske, og som derfor er prioriteret i 2019.

Handleplanen fremgår ovenfor under afsnit 3, "Forvaltningens iværksatte tiltag".

Det er vores vurdering, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningens handleplan for 2019 fremadrettet vil kunne medvirke til at håndtere de kritiske risikoområder hensigtsmæssigt og betryggende i kontrolmæssig henseende.

Forvaltningens ansvarlige for implementering er regnskabschef Karsten Rieber.

Tidsfrist for afslutning af implementering er udgangen af 2019.

5. UDFØRT ARBEJDE

I dette afsnit redegøres der indledningsvis for status på design af kommunens styringsregler samt etablering af en fælles portal til dokumentation af forretningsgange og kommunikation af gældende regler og retningslinjer. Dernæst redegøres for vores opfølgning af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens handleplan for 2018, herunder delegation samt design og implementering af forretningsgange på de risikoområder, som forvaltningen har identificeret i forbindelse med sin evaluering og prioritering af risikoområder.

5.1 Design af Københavns kommunes styringsregler

Økonomiudvalgets beslutning om, hvordan udvalget vil sikre indseende med de økonomiske og administrative forhold og varetage den umiddelbare forvaltning, der vedrører kommunens Kasse- og Regnskabsregulativ er et væsentligt element i forhold til arbejdet til sikring af betryggende administrative processer.

Ad. Regelhierarki

Vi anførte i rapporteringen for 2017 vedrørende ledelsestilsynet, at der udestod udarbejdelse af en informationssikkerhedspolitik samt et informationssikkerhedsregulativ, der beskriver kommunens overordnede styringsregler for it-beskyttelse/-sikkerhed og databeskyttelse.

Endvidere udestod med hjemmel i informationssikkerhedsregulativet og i overensstemmelse med kommunes regelhierarki at udarbejde og implementere Forretningscirkulærer for henholdsvis informationssikkerhedsrisici, adgangsstyring og kontrol samt sikkerhedshændelser.

Endelig udestod beskrivelse af it-livscyklus i Forretningscirkulærer for anskaffelsesprocessen og drift/vedligehold, anmodning/ændringer, support, afvikling og compliance.

Der blev på denne baggrund planlagt en række leverancer i 2018, som er udmøntet i følgende styringsregler:

- Informationsikkerhedsregulativ og -politik:
Godkendt af ØU den 12. juni 2018 og BR den 21. juni 2018.
- Forretningscirkulære for informationssikkerhed
Godkendt af ØU den 19. februar 2019
- Fællesadministrativ forretningsgang for sikkerhedshændelser:
- Forretningscirkulære for organisering af informationssikkerhed.
Godkendt af ØU den 19. februar 2019
- Forretningscirkulære for it-anskaffelser.
Godkendt af ØU den 23. oktober 2018.
- Forretningscirkulære for Persondatabeskyttelse – Registreredes rettigheder
Godkendt af ØU den 8. december 2018
- Forretningscirkulære for dokumentation og compliance
Godkendt af ØU den 8. december 2018
- Fællesadministrativ forretningsgang for Persondatabeskyttelse – Registreredes rettigheder

Der er endvidere udarbejdet bølgeplan/drejebog for Forretningscirkulære og forretningsgange for it-drift, vedligehold og udfasning (it-livscyklusområdet). Dette regelsæt er planlagt udarbejdet i 2019.

På Kasse- og Regnskabsregulativets område har Økonomiforvaltningen udarbejdet Forventninger og styringsinformation på det fælles administrative område Løn og Personale (Bilag 1 til Forretningscirkulære Ledelsestilsyn mv.).

Ad. Fælles portal til dokumentation af forretningsgange og kommunikation af gældende regler

Økonomikredsen besluttede i oktober 2016, at dokumentation af end-to-end processer skal ske i et procesdokumentationssystem.

Det er formålet, at systemet skal give overblik over processerne i den enkelte forvaltning/enhed og give bedre indsigt i egen forvaltning og dermed et bedre beslutningsgrundlag i forhold til compliance og procesoptimering. Endvidere skal systemet give medarbejdere mulighed for at kende alle de processtrin, de skal udføre og dermed et grundlag for mere ensartethed i opgaveløsningen samt tydeliggøre ansvar og rollefordeling.

Det er endvidere hensigten, at systemet både skal være portal for forretningsgange/procesbeskrivelser og for Kasse- og Regnskabsregulativ samt Forretningscirkulærer og Fælles administrative forretningsgange. Der er dog ikke truffet endelig beslutning om sidstnævnte.

Økonomikredsen blev i efteråret 2017 orienteret om, at procesdokumentations-systemet/procesportalen skulle i udbud. Forvaltningerne har haft mulighed for at fremsætte ønsker til en kravspecifikation, og der var planlagt et udbud i marts 2018, således en nye portal kunne ibrugtages med udgangen af juni 2018. Økonomiforvaltningen – Koncernservice – har imidlertid nedprioriteret projektet i 2018 i forhold til arbejdet med dokumentation af forretningsgange i Kvantum. Udbuddet har således ligget mere eller mindre stille i mere end et halvt år. Ifølge Koncernservice vil projektet nu blive genoptaget.

5.2 Delegation af beslutningskompetence i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Ifølge Forretningscirkulære Ledelsestilsyn mv. skal forvaltningerne tydeliggøre ledelsesansvaret og ledelsestilsynet for alle ledere i forvaltningen således, at alle ledere kender deres ansvarsområde, og hvilke krav der stilles til supplerende forretningsgange og til et risikobaseret ledelsestilsyn. Formålet er at sikre en tydelig ansvarsplacering af både fagligt og økonomiske ansvar.

Forvaltningen har udarbejdet retningslinjer, der redegør for roller og ansvar i økonomistyringen herunder de budgetansvarlige lederes ansvar og opgaver. Den enkelte leder skal for eget ansvarsområde sikre, at love og regler overholdes, samt at opgaverne løses i overensstemmelse med gældende kvalitetsstandarder og politiske beslutninger. I retningslinjerne er endvidere beskrevet det ledelsesmæssige ansvar for tilsynsopgaven. Det enkelte leder har således ansvaret for at sikre, at de administrative opgaver på personale- og økonomiområdet løses rigtigt og forsvareligt og der er oplyst en række nøglekontroller, som lederen skal udføre.

SUF har endvidere fra centralt hold anført, hvem der har procesansvaret for de enkelte risikoområder. Ifølge forvaltningen præciseres delegation i takt med håndteringen af de enkelte risikoområder.

5.3 Sundheds- og Omsorgsforvaltningens handleplan for 2018

SUF's handleplan for 2018 omfatter håndtering af 18 risikoområder med henblik på udarbejdelse af forretningsgange i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandard.

Nedenstående oversigt viser status for håndtering af de risikoområder, som er prioriteret for 2018.

Risikoområde	Status
Cashguard (2 processer)	Håndteret
Specialtandplejen Al Dente	Håndteret
Apotekerafregning	Overføres til 2019
Hjælpe midler (5 processer)	Håndteret
Madservice (5 processer)	Håndteret
Debitor diverse pladser (7 processer)	Håndteret
Kommunal medfinansiering	Overføres til 2019
Køb af pladser	Håndteret
Omsorgstandpleje Al Dente	Håndteret
Opkrævning af husleje	Overføres til 2019
Salg af plejepladser	Håndteret
Salg af ældreboligpladser og ydelser	Håndteret
Hjemmepleje, sygeplejeydelser, kommunal/privat (2 processer)	Håndteret
Personlig og praktisk hjælp, kommunal/privat (2 processer)	Håndteret
Hjemmepleje revisitering	Håndteret
Hjemmepleje, sygepleje kommunal	Håndteret
Arbejds miljø København, kurser og salg (2 processer)	Håndteret
Grunduddannelse København (4 processer)	Håndteret

Processerne vedr. hjælpemidler og madservice er håndteret i en lightudgave, da et nyt it-system er planlagt ibrugtaget pr. 1 april 2019.

Vi har gennemgået følgende forretningsgange for design:

- Cashguard
- Al Dente - Omsorgstandplejen
- Al Dente – Specialtandplejen
- Al Dente – Specialtandplejen, afregning med andre kommuner

Gennemgangen har ikke givet anledning til bemærkninger.

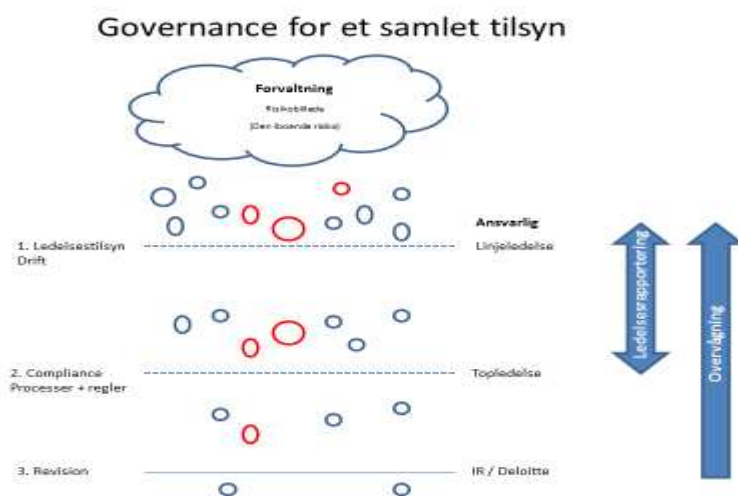
Ifølge Forretningscirkulære Ledelsestilsyn mv. er indikatorer et element i ledelsestilsynet. Indikatorer anvendes primært for at vurdere effektiviteten af designede og implementerede interne kontroller. Som supplement kan eksterne indikatorer f.eks. revisionsbemærkninger mv. medvirke til risikostyringen og bidrage til at undgå ”ubehagelige overraskelser”.

I Revisionsberetningen for 2017 er der en række revisionsbemærkninger på SUF's område. Eventuelle gamle og nye revisionsbemærkninger i Revisionsberetningen for 2018 bør håndteres i 2019.

BILAG 1 Formål med risikobaseret ledelsestilsyn

Tilrettelæggelse af intern styring og kontrol

Nedenstående figur illustrerer roller og ansvar for den interne styring og kontrol. Et effektivt ledelsestilsyn skal medvirke til at styrke 1. og 2. forsvarslinje og dermed medvirke til, at administrationen på de enkelte områder er hensigtsmæssig og betryggende i kontrolmæssig henseende, og at der administreres i overensstemmelse med gældende lovgivning, politiske beslutninger, meddelte bevillinger og øvrige beslutninger, indgåede aftaler og sædvanlig praksis.



Den 1. forsvarslinje består af forvaltningsenheder, som har fået delegeret ansvar for at identificere og styre risici inden for eget forretningsområde.

Den 2. forsvarslinje består af styrings- og kontrolfunktioner i de enkelte forvaltninger eller tværgående servicefunktioner, som har til formål at understøtte 1. forsvarslinje. Den 2. forsvarslinje kan også udføre egne kontroller og skabe forudsætninger for at eventuelle risici og fejl, som har passeret den første forsvarslinje, bliver opdaget og korrigeret.

Etablering af compliancefunktioner i 2. forsvarslinje kan medvirke til at sikre, at fejl, der underslipper den 1. operationelle forsvarslinje, så vidt muligt opfanges, så der ikke er grundlag for revisionsbemærkninger.

Den 3. forsvarslinje illustrerer risici og fejl, der konstateres af kommunens revision.

BILAG 2 Ledelsestilsyn - hvorfor og hvordan

Ifølge kommunens Kasse- og Regnskabsregulativ påhviler det den enkelte forvaltning at sikre, at ledelsen fører tilsyn på alle relevante områder, og at interne kontroller er tilstrækkelige ud fra væsentlighed og risiko.

Økonomiudvalget godkendte i marts 2017 Forretningscirkulære Ledelsestilsyn mv. Det påhviler ifølge cirkulæret ledelsen at tilrettelægge kontrolsystemer og forretningsgange, der er betryggende efter organisationens, forvaltningens og de enkelte enheders forhold.

Dette indebærer, at det overordnede kontrolmiljø og de organisatoriske rammer understøtter et velfungerende ledelses- og kontrolsystem, og at der på de enkelte aktivitetsområder er beskrevet og implementeret interne kontroller, som reducerer risikoen for væsentlige fejl og mangler i kommunens administration til et acceptabelt niveau.

Forretningscirkulæret beskriver en model til brug for indsamling af informationer, som kan danne grundlag for vurdering af forvaltningernes arbejde med udvikling af et risikobaseret ledelsestilsyn.

Modellen indeholder 5 overordnede elementer, som udgør fundamentet for ledelsestilsynet.



Styringsregler

Formålet er, at aktuelle og tilgængelige regler er en forudsætning for at ledere og medarbejdere, dels kan udmønte gældende lovgivning, kommunalpolitiske beslutninger og regler, dels kan sikre en ensartet og effektiv opgaveløsning og endelig kan gennemføre de kontroller, der skal sikre en hensigtsmæssig drift og et regnskab, der er udarbejdet i overensstemmelse med gældende regler.

Organisation

Det handler om, at ledelsen har overblik over forvaltningens processer (risikoområder), at opgaver og ansvar er præciseret (delegation), samt at der systematisk arbejdes med effektive processer i et end-to-end perspektiv herunder kvalitet i opgaveløsningen.

Medarbejdere

Der er formålet, at forvaltningsledelse og medarbejdere har forandringsevne til følge udviklingen i den kommunale forvaltning og kan anvende de løsninger, der stilles til rådighed.

Processer

Formålet er at kortlægge, hvilke risici der kan have væsentlig indvirkning på realiseringen af kommunens/forvaltningens mål, herunder regnskabsaflæggelse og

overholdelse af gældende lovgivning m.v. Risikovurdering har til formål at bestemme de identificerede risici i forhold til forvaltningens risikovillighed for at kunne opstille, prioritere og håndtere indsatser (beskrive kontroller) i forhold til de enkelte risici.

Dette emne handler således om struktur i procesbeskrivelser samt identifikation, vurdering og håndtering af risici og etablering af kontroller, der reducerer risici til et acceptabelt niveau.

Indikatorer (indgår ikke i 2018)

Dette emne handler om målstyring og om at definere relevante KPI'er (Key Performance Indicator) og andre informationer, der har relevans for ledelsen. Formålet er at udvælge de indikatorer, der giver ledelsen bedst muligt grundlag for at vurdere effektiviteten af de etablerede kontroller. Ud over internt fastsatte indikatorer kan eksterne indikatorer give input til risikostyring og bidrage til at undgå ubehagelige overraskelser.

Styringsinformation (indgår ikke i 2018)

Det handler om at fastsætte principper for rapportering til topledelsen fra underliggende ledelsesniveauer om kvaliteten i den daglige opgavevaretagelse mv. Formålet er, at den øverste ledelse modtager information om væsentlige forretningskriske risici, herunder om kontrollerne på de forretningskriske områder fungerer effektivt.

BILAG 3 Definition af prioriteter for væsentlighedsniveau

I revisionsrapporter fra såvel Deloitte som Intern Revision vil formidlingen af risiko og væsentlighed på de enkelte observationer blive påført en prioritet ud fra følgende vurderingsgrundlag:

Prioritet 1 – markeres med

- Prioritet 1 markeringer anvendes for forhold, der anses for kritiske. I forbindelse med beretninger kan det observerede forhold efter nærmere vurdering eventuelt give anledning til en revisionsbemærkning.
- Et forhold anses for kritisk, såfremt der er en høj grad af sandsynlighed for, at forholdet indtræffer og/eller har en betydelig effekt og/eller har en betydelig udbredelse.
- Prioritet 1 markeringer rapporteres til ledelsen med påkrav om, at disse forelægges for det stående udvalg eller Økonomiudvalget.

Prioritet 2 – markeres med

- Prioritet 2 markeringer anvendes for forhold, der anses for væsentlige. Observationerne må ikke have en karakter, der kan medføre revisionsbemærkninger i årsberetningen.
- Et forhold anses for væsentlig, såfremt der er en middel grad af sandsynlighed for, at forholdet indtræffer og/eller har en vis effekt og/eller har en vis udbredelse.
- Prioritet 2 markeringer rapporteres til ledelsen i den reviderede forvaltning.

Prioritet 3 – markeres med

- Anvendes for forhold, der ikke har givet anledning til omtale eller kun anses for mindre væsentlige, og som derfor kun rapporteres til ledelsen som opmærksomhedspunkter.
- En risiko anses for mindre væsentlig, såfremt der er en lille grad af sandsynlighed for, at forholdet indtræffer og/eller har en lille effekt og/eller har en lille udbredelse.