2016-04-15 185831
REV 55:3-2015

Landstingsstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Nämnden för funktionshinder och habilitering

Följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll

Positivt är att fullmäktige beslutat om nytt reglemente och landstingsstyrelsen om nya riktlinjer för intern kontroll. De båda styrdokumenten anger hur styrelser och nämnder ska arbeta med den interna kontrollen. Positivt är också att patientnämnden i allt väsentligt följer reglementet och riktlinjerna.

Negativt är att flertalet av landstingets övriga styrelser och nämnder inte i tillräcklig grad följer reglementet och riktlinjerna för den interna kontrollen. Negativt är också att kvaliteten på arbetet med den interna kontrollen bland flera styrelser och nämnder är allt för låg.

En slutsats från granskningen är att landstingsstyrelsen inte haft tillräcklig uppsikt över att styrelser och nämnder följer fullmäktiges reglemente för intern kontroll. Inom flera områden finns det behov av att landstingsstyrelsen och övriga styrelser och nämnder vidtar åtgärder för att utveckla den interna kontrollen.

Rekommendationer till landstingsstyrelsen

- Se till att de kontroller som finns i styrelsens egen internkontrollplan är tillräckligt specifika. Av internkontrollplanerna bör det framgå hur och med vilken omfattning kontrollerna ska göras
- Se till att kontrollerna i internkontrollplanen blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet.
- Besluta om tillräckliga åtgärder i händelse av att brister blir identifierade.
- Se till att fullmäktige minst två gånger per år får rapporter om det samlade systemet i landstinget för intern kontroll.

Därutöver bör landstingsstyrelsen verka för att övriga styrelser och nämnder:

- Ser till att de kontroller som finns i deras internkontrollplaner är tillräckligt specifika. Av internkontrollplanerna bör det tydligare framgå hur och med vilken omfattning kontrollerna ska göras.
- Säkerställer att kontroller i internkontrollplaner blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet.
- Beslutar om tillräckliga åtgärder i händelse av att brister blir identifierade.

Västerbottens läns landsting
Landstingshuset, Köksvägen 11, 901 89 Umeå
Telefon: 090-785 00 00, telefax: 090-13 68 82
E-post: landstinget@vll.se Org.nr: 232100-0222
VAT-nr: SE232100022201 Bankgiro 5728-3061

Rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering

- Se till att de kontroller som finns i nämndernas internkontrollplaner är tillräckligt specifika. Av internkontrollplanerna bör det tydligare framgå hur och med vilken omfattning kontrollerna ska göras
- Säkerställ att kontroller i internkontrollplaner blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet.
- Besluta om tillräckliga åtgärder i händelse av att brister blir identifierade.

Vid revisorernas överläggning den 15 april 2016 beslöt revisorerna enhälligt att ställa sig bakom slutsatser och rekommendationer i detta missiv. Missiv och underliggande rapporter (nr 27/2015 och 28/2015) lämnar revisorerna för yttrande till landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder- och habilitering. Yttrande med uppgifter om verkställda och planerade åtgärder ska lämnas till revisionskontoret senast den 8 september 2016.

För landstingets revisorer

Christer Fessé
Ordförande

K G Abramsson
Revisor

LANDSTINGSREVISIONEN

Granskning av följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll

Landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt nämnden för funktionshinder och habilitering

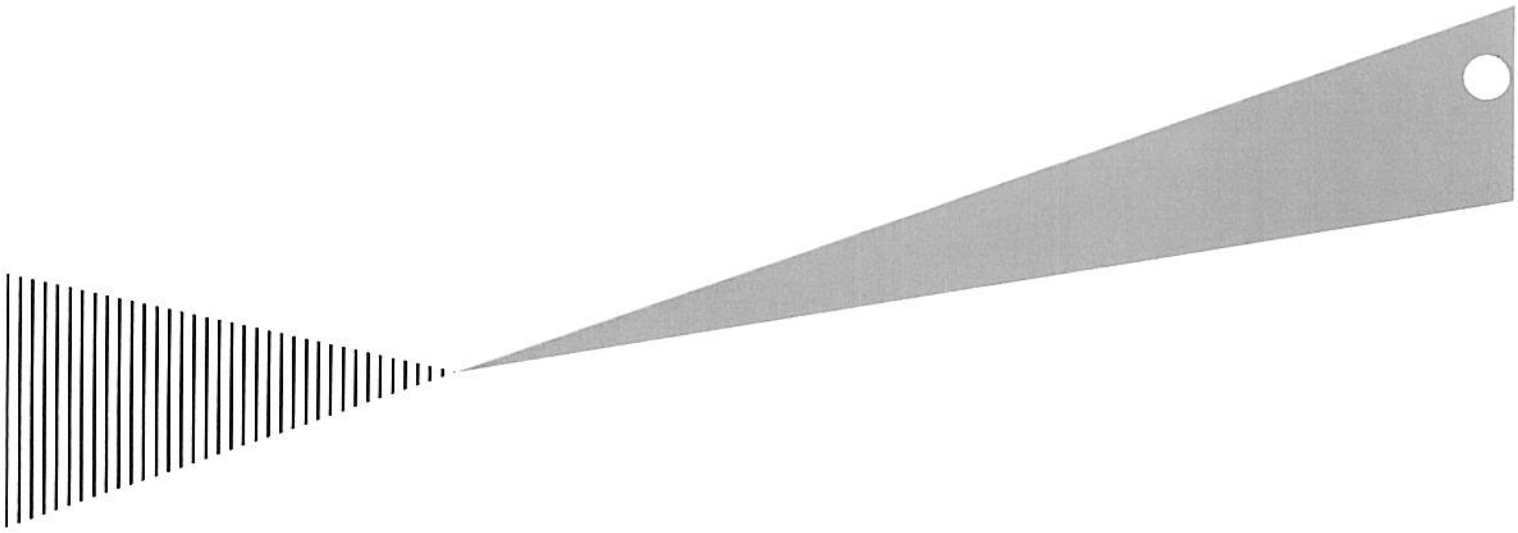
Rapport nr 27/2015

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

April 2016
Anders Moore och Gunnar Uhlin, EY
Dnr: 54:2-2015

Granskning av intern kontroll 2015

Västerbottens läns landsting



Building a better working world

Innehåll

1 Sammanfattning 2
2 Inledning 3
2.1 Bakgrund 3
2.2 Syfte och avgränsning 3
2.3 Revisionsfrågor 3
2.4 Revisionskriterier 4
2.5 Metod 4
3 System för intern kontroll inom landstinget 4
3.1 Reglemente för intern kontroll 4
3.2 Riktlinjer för intern kontroll 5
3.3 Organisation 6
3.4 Riskanalys 7
3.5 Kontrollplaner 7
3.6 Rapportering och uppföljning 10
3.7 Åtgärder vid brister 12
4 Landstingsstyrelsens interna kontroll 12
4.1 Riskområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet 13
4.2 Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten 16
4.3 Riskområde Följsamhet till lagar och regler 17
4.4 Bedömning landstingsstyrelsens interna kontroll 18
5 Hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll 19
5.1 Riskområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet 19
5.2 Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten 21
5.3 Riskområde följsamhet till lagar och regler 22
5.4 Bedömning hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll 23
6 Nämnden för funktionshinder och habiliterings interna kontroll 24
6.1 Riskområden Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet 24
6.2 Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten 25
6.3 Riskområde Följsamhet till lagar och regler 25
6.4 Bedömning nämnden för funktionshinder och habiliterings interna kontroll 26
7 Avslutande bedömning 27
7.1 Svar på revisionsfrågorna 27
7.2 Sammanfattande bedömning 29
8 Källförteckning 31

1 Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Västerbottens läns landsting granskat i vilken grad landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt nämnden för funktionshinder och habilitering följer fullmäktiges reglemente för intern kontroll.

Såväl landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden som nämnden för funktionshinder och habilitering har under 2015 antagit anpassade riktlinjer för intern kontroll för respektive verksamhet. Riktlinjerna innehåller beskrivningar av hur såväl arbets- som ansvarsprocessen ser ut för respektive nämnd. Nämnderna har i samband med att beslut fattades om kontrollplan för 2015 också delgivits riskbedömning och riskanalys, som är en integrerad del av kontrollplanen.

Resultatet av den interna kontrollen har rapporterats till respektive nämnd vid två tillfällen under året, dels i samband med delårsrapportering och dels vid rapportering av årsbokslut.

Nämndernas kontrollplaner har inte antagits i samband med att verksamhetsplanerna utarbetats, något som enligt landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll ska göras.

Vår bedömning är att de övergripande riktlinjer som landstingsstyrelsen antagit samt de anpassade riktlinjer som de granskade nämnderna/styrelsen antagit på ett tydligt sätt beskriver hur den interna kontrollen ska genomföras och vilka krav som ställs på rapporteringen, vilket är positivt.

I granskningen framkommer att den riskbedömning som ligger till grund för nämndernas kontrollplaner inte genomförs årligen. Det är positivt att riskbedömningar nu för samtliga granskade nämnder ligger till grund för kontrollplanerna, något som inte varit fallet tidigare år.

Vår bedömning är att reglementet för intern kontroll följs i viss grad. Vi baserar detta på följande:

- Granskade nämnder/styrelser har samtliga antagit anpassade riktlinjer för den interna kontrollens organisation och funktion
- Granskade nämnder/styrelser har antagit en plan för intern kontroll innehållande riskbedömning
- Granskade nämnder/styrelser har två gånger under året följt upp den interna kontrollen inom verksamheten

Den avgörande brist som framkommit i granskningen, och som gäller samtliga granskade nämnder är att en stor del av kontrollerna som rapporterats håller låg kvalitet. Kvalitetsbristerna består huvudsakligen i avsaknad av beskrivning av metod och frekvens för kontroll, bristande beskrivning av kontrollens resultat samt avsaknad av beskrivning av vilka åtgärder som ska vidtas till följd av kontrollens resultat. I viss utsträckning består kvalitetsbristerna även i att metod för kontroll inte har lyckats mäta det den ämnat.

Vår rekommendation är att granskade nämnder framgent säkerställer att den interna kontrollen samt rapporteringen av densamma genomförs i enlighet med antagna riktlinjer.

Vår rekommendation är vidare att nämnderna årligen genomför riskbedömningar i sina respektive verksamheter för att säkerställa att väsentliga risker lyfts in i kontrollplanen för året.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Enligt 6 kap. 7 § kommunallagen skall nämnderna var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt samt de föreskifter som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. I reglementet för intern kontroll har fullmäktige i Västerbottens läns landsting definierat ansvaret för den interna kontrollen samt på vilket sätt uppföljning av denna ska ske.

Hur bestämmelserna i 6 kap. 7 § efterlevs har stor betydelse för revisorernas bedömning av hur nämnderna/styrelsen skött sina uppgifter. Det är också revisorernas uppgift att årligen pröva om den kontroll som görs inom nämnder och styrelser är tillräcklig.

Revisorerna har i sin granskningsplan för 2015 beslutat att genomföra en granskning av landstingsstyrelsens (som nämnd), hälso- och sjukvårdsnämndens och nämnden för funktionshinder och habiliterings följsamhet till reglementet för intern kontroll.

2.2 Syfte och avgränsning

Syftet är att granska i vilken grad landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt nämnden för funktionshinder och habilitering följer fullmäktiges reglemente för intern kontroll. Granskningen avser landstingsstyrelsen som nämnd, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering, det vill säga de nämnder i landstinget som har ett produktionsansvar.

2.3 Revisionsfrågor

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering för det egna ansvarsområdet upprättat en organisation med tydlig arbets- och ansvarsprocess för den interna kontrollen?
- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt att det finns dokumenterade riskbedömningar?
- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering beslutat om internkontrollplaner för 2015?
- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt att deras internkontrollplaner beskriver vilka kontroller som ska genomföras, vem som har ansvaret för kontrollerna och när uppföljning ska ha genomförts?
- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt att kontrollerna i planerna är genomförda?
- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt en tillfredsställande återrapportering till styrelsen och nämnderna av genomförda kontroller?
- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering beslutat om åtgärder i händelse av att den interna kontrollen visat på brister?

2.4 Revisionskriterier

- Kommunallagen 6 kap. 7 §
- Landstingsfullmäktiges reglemente för intern kontroll, antaget i fullmäktige 2015-02-17

2.5 Metod

Granskningen har genomförts med stöd av intervjuer och dokumentstudier. Inom ramen för granskningen har vi tagit del av dokumentation som rör riskanalys, beslutad struktur för arbetsprocessen och rapporteringsformer samt internkontrollplaner. Granskningen har fokuserat på den avrapportering som skett till styrelsen och nämnderna avseende fastlagd internkontrollplan, såväl vid delårsrapportering 2 som i samband med årsbokslut. Granskning har också gjorts av kvaliteten på rapporteringen av utförda kontrollmoment. En bedömning har också gjorts av om kontrollerna genomförts med tillräcklig kvalitet i relation till riskanalys och kontrollområdets karaktär.

Vi använder oss av en färgkodad bedömning. Bedömning "rött" indikerar att kontrollaktivitet inte genomförts eller återrapporterats. "Gult" indikerar att kontrollaktivitet genomförts och återrapporterats men inte håller god kvalitet. "Grönt" innebär att kontrollaktivitet genomförts och avrapporterats och att det i underlaget går att bedöma hur kontrollen genomförts samt resultatet av den.

Intervjuer har genomförts med:

- Planeringschef, staben för planering och styrning
- Strateg för planering och uppföljning, staben för planering och styrning
- Utredare nämnden för funktionshinder och habilitering, staben för planering och styrning
- Hälso- och sjukvårdsdirektör

Samtliga intervjuade har beretts möjlighet att faktagranska rapporten.

3 System för intern kontroll inom landstinget

3.1 Reglemente för intern kontroll

Landstingets reglemente för intern kontroll fastställdes och antogs av fullmäktige den 17 februari 2015. Reglementet tydliggör ansvar och roller för arbetet med intern kontroll i landstingets organisation samt redovisar på vilket sätt rapportering och uppföljning av den interna kontrollen ska ske. Reglementet ersätter tidigare reglemente för intern kontroll från 2009. Då det nya reglementet beslutades i februari och har varit gällande styrdokument för intern kontroll under den största delen av året tar granskningen avstamp i detsamma.

I reglementet tydliggörs att intern kontroll handlar om ordning och reda och att på en rimlig nivå säkerställa:

- att verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt
- att informationen om verksamheten och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig
- att lagar, regler och landstingsfullmäktiges policys, mål och riktlinjer följs

Av reglementet framgår att landstingsstyrelsen har det övergripande ansvaret för att se till att en god intern kontroll upprätthålls i landstinget. Ansvaret innebär att utforma landstingsövergripande riktlinjer för tillämpning av fullmäktiges direktiv för intern kontroll, löpande eller minst två gånger per år informera fullmäktige om styrelsens och nämndernas internkontrollarbete, utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll och i de fall

förändringar behövs besluta om sådana samt vid behov föreslå fullmäktige nödvändiga uppdateringar av direktiv för intern kontroll.

Reglementet fastslår vidare respektive nämnds/styrelses ansvar att säkerställa en god intern kontroll inom respektive verksamhet. Ansvaret innebär enligt reglementet att anta anpassade riktlinjer, anta en plan för intern kontroll samt styra och löpande följa upp det interna kontrollsystemet. Den årliga planen för intern kontroll ska innehålla riskbedömning på nämnds/-styrelsenivå, kontrollaktiviteter samt former för uppföljning av kontrollaktiviteterna. Respektive nämnd/styrelse ska löpande eller minst två gånger per år i samband med delårsrapportering rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen till landstingsstyrelsen.

Landstingsstyrelsen ska årligen utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll. Utgångspunkt ska tas i nämndernas/styrelsernas uppföljningsrapporter. Landstingsstyrelsens rapport ska innehålla omfattning av utförd uppföljning i nämnderna/styrelserna, utfall av uppföljning i nämnderna/styrelserna, vidtagna åtgärder i nämnderna/styrelserna med anledning av uppföljning samt förslag på åtgärder för förbättring av landstingsgemensamma riktlinjer för intern kontroll.

3.2 Riktlinjer för intern kontroll

Landstingsstyrelsen beslutade den 2 juni 2015 om riktlinjer för intern kontroll. Syftet med riktlinjerna är att säkerställa att styrelser och nämnder upprätthåller en tillfredsställande intern kontroll. Riktlinjerna tar avstamp i reglementet och beskriver ansvarsförhållanden och hur den interna kontrollen ska genomföras. Där framgår att styrelsen och nämnderna ska anta anpassade riktlinjer för den egna interna kontrollens organisation, genomföra riskanalys enligt angiven modell, styra och löpande följa upp det interna kontrollsystemet, samt aktivt vidta åtgärder när brister i verksamheten eller i det interna kontrollsystemet uppmärksammas.

Riktlinjerna beskriver COSO-modellen, som är en modell som beskriver den interna kontrollen och de komponenter som är väsentliga för att en god intern kontroll ska kunna upprätthållas. Bland annat beskrivs hur en riskanalys ska genomföras och som ska ligga till grund för vilka kontroller som ska lyftas in i internkontrollplanen. En rekommendation som förs fram i riktlinjerna är att de risker som erhåller riskvärde 15 och högre bör följas upp med en kontrollaktivitet i internkontrollplanen.

Nämnder och styrelser ska varje år, i samband med att verksamhetsplanerna utarbetas, anta en särskild plan för intern kontroll. Det tydliggörs att planen ska innehålla en riskanalys, kontrollaktiviteter samt en plan för uppföljning.

Vidare fastslås att respektive nämnd/styrelse löpande, eller minst i samband med delårsrapport per augusti och vid årsredovisningens upprättande, ska följa upp kontrollaktiviteter i enlighet med internkontrollplanen. Av uppföljningen ska framgå när och hur kontrollaktiviteterna har genomförts, resultatet av kontrollaktiviteterna samt vilka åtgärder som har eller ska vidtas med anledning av resultatet. Uppföljningarna ska rapporteras till landstingsstyrelsen.

I samband med årsredovisningens upprättande ska landstingsdirektören rapportera till landstingsstyrelsen och ge en bedömning och analys av landstingets samlade system för intern kontroll.

I bilaga till riktlinjerna finns en mall för hur internkontrollplanerna som upprättas ska se ut.

Landstingsstyrelsen beslutade i oktober 2015 om anpassade riktlinjer för intern kontroll inom styrelsens ansvarsområde. I dokumentet tydliggörs ansvar och befogenheter rörande styrelsens internkontrollarbete. I princip återges vad som fastställs i de övergripande riktlinjerna för intern kontroll, med förtydliganden och anpassningar till den egna organisationen. Bland annat tydliggörs vem eller vilka som ansvarar för de olika stegen i arbetet med genomförande av riskanalys samt framtagande av internkontrollplan.

I riktlinjerna tydliggörs också vad en kontrollaktivitet är, förslag till metoder för att genomföra kontrollerna samt hur kontrollerna ska beskrivas, redovisas och rapporteras inom ramen för intern kontroll.

Dessutom fastslås att landstingsdirektören till styrelsen ska rapportera och ge en bedömning och analys av styrelsens system för intern kontroll utifrån omfattning av utförda kontrollaktiviteter, resultat av genomförda kontrollaktiviteter samt vidtagna åtgärder med anledning av genomförda kontroller.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i november 2015 om motsvarande riktlinjer för hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde medan nämnden för funktionshinder och habilitering fattades beslut om nämndens anpassade riktlinjer i oktober 2015. Riktlinjerna är identiska med landstingsstyrelsens riktlinjer förutom rörande ansvaret för de olika delarna i respektive nämnds internkontrollarbete.

3.3 Organisation

Inom tjänstemannaorganisationen finns en ansvarsstruktur för den interna kontrollen. Den framgår i huvudsak av de övergripande riktlinjerna för intern kontroll samt de anpassade riktlinjerna för intern kontroll som respektive nämnd antagit.

Högst ansvarig under styrelsen och nämnderna är landstingsdirektören, som ansvarar för att verksamheten arbetar mot uppställda mål och att de arbetsmetoder som används bidrar till god intern kontroll. Landstingsdirektörens ansvar för verksamhet som bedrivs som sorterar under landstingsstyrelsen innebär att:

1. se till att alla verksamheter följer landstingsövergripande riktlinjer och anvisningar och att återrapportering sker när så inte är fallet
2. besluta om organisation och arbetssätt för intern kontroll på tjänstemannanivå
3. årligen rapportera till styrelsen och ge en bedömning och analys av landstingets samlade system för intern kontroll samt i förekommande fall föreslå åtgärder för förbättring
4. presentera underlag till landstingsstyrelsens riskanalys
5. omedelbart till landstingsstyrelsen rapportera brott eller allvarligare brister i den interna kontrollen
6. löpande eller senast i samband med upprättande av delårsrapport per augusti och årsredovisningens upprättande redovisa underlag för uppföljning av styrelsens kontrollplan

För den interna kontroll som bedrivs inom ramen för hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar ansvarar landstingsdirektören för punkter 1 och 2 enligt ovan. Vidare har hälso- och sjukvårdsdirektören ansvar för den interna kontrollen. Ansvaret innebär att:

1. presentera underlag till nämndernas riskanalys och utformning av kontrollaktiviteter

2. löpande eller senast i samband med upprättande av delårsrapport per augusti och årsredovisningens upprättande redovisa underlag för uppföljning av nämndens kontrollplan
3. årligen rapportera till nämnden och ge en bedömning av hur systemet för intern kontroll fungerar inom nämndens ansvarsområde samt i förekommande fall föreslå åtgärder för förbättring
4. omedelbart till nämnden rapportera brott eller allvarligare brister i den interna kontrollen

För nämnden för funktionshinder och habilitering åvilar uppgifterna i punkt 1-4 enligt ovan landstingsdirektören. Landstingsdirektören har dock utsett utredare vid staben för planering och styrning och biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör att företräda honom.

Inom respektive verksamhetsområde ansvarar verksamhetschef för att det finns rutiner och system som säkerställer att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och effektivt, vilket innebär att kontroller ska finnas som säkerställer att lagar, förordningar och landstingets interna regelverk efterlevs och att nämndens beslut och direktiv är kända.

Vid staben för planering och styrning finns en strateg för planering och uppföljning som ansvarar för processen för arbetet med intern kontroll i landstinget. Strategen begär årligen in rapporteringen av intern kontroll från samtliga nämnder och sammanställer detta i en rapport till landstingsstyrelsen.

3.4 Riskanalys

Såväl landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden som nämnden för funktionshinder och habilitering har dokumenterade riskanalyser. För samtliga nämnder är riskanalysen en integrerad del av internkontrollplanen. Riskanalys och internkontrollplan baseras på identifierade risker inom de tre huvudområdena *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet, tillförlitlig rapportering och information om verksamheten* samt *följsamhet till lagar och regler.*

Landstingsstyrelsens riskanalys innehåller totalt 34 identifierade risker, hälso- och sjukvårdsnämndens riskanalys innehåller 23 risker och för nämnden för funktonshinder och habilitering innehåller riskanalysen 15 risker. Samtliga risker i riskanalysen har erhållit ett riskvärde. Riskvärdet innebär att de risker som identifierats har värderats med maximalt fem poäng vardera i de två kategorierna sannolikhet och konsekvens. Poängen multipliceras och ger ett riskvärde mellan 0 och 25. I enlighet med riktlinjerna för intern kontroll tillskrivs de risker som erhåller ett värde om 15 eller mer en kontrollaktivitet, en kontrollansvarig, en metodbeskrivning samt en tidpunkt för rapportering.

Av samtliga internkontrollplaner framgår att riskerna baseras på den riskvärdering som görs i verksamheten, dock ej årligen. Enligt uppgift har riskanalyserna i huvudsak tagit avstamp i föregående års internkontrollplan samt i de riskområden som under året konstaterats i landstingsrevisionens rapporter. Riskerna har sammanställts av en grupp bestående av nämndsekreterare, föredragande samt företrädare från staben för planering och styrning. En bruttolista med risker har därefter stämts av med ansvarig nämnd. Således baseras inte riskanalysen inför 2015 på den riskvärdering som görs i verksamheten utan på mer övergripande uppgifter och information.

3.5 Kontrollplaner

Landstingsstyrelsen beslutade att anta kontrollplan för år 2015 i april 2015 och hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade att anta kontrollplan för år 2015 i mars 2015. Nämnden för

funktionshinder och habilitering beslutade att anta kontrollplan för 2015 i april 2015. Anledningen till att kontrollplanema antagits under våren och inte i samband med verksamhetsplanernas upprättande uppges bero på att nämnderna avvaktade beslut om nytt reglemente för intern kontroll i fullmäktige.

Planerna innehåller tabeller där kontrollaktivitet, metod och frekvens (förutom i planen för nämnden för funktionshinder och habilitering), kontrollansvarig samt tidpunkt för rapportering till nämnd beskrivs. Samtliga kontroller sorterar in under ett av de tre övergripande områdena *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet, tillförlitlig rapportering och information om verksamheten* eller *följsamhet till lagar och regler.*

Av de 34 risker som identifierats inom ramen för landstingsstyrelsens verksamhet har 18 erhållit ett riskvärde om 15 eller högre. 13 av dessa risker har tillskrivits särskild kontroll i internkontrollplanen. 8 av riskerna sorterar under området *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet,* två under området *tillförlitlig rapportering och information om verksamheten* samt tre under området *följsamhet till lagar och regler.* Att fem risker som erhållit ett riskvärde om 15 eller högre ändå inte tillskrivits någon kontrollaktivitet i internkontrollplanen uppges bero på att dessa kontroller följs upp och återrapporteras till styrelsen varje månad i månadsrapport, alternativt följs upp månatligen i verksamheterna i varje verksamhetsområde eller rapporteras i patientsäkerhetsrapport. Fyra av dessa risker sorterar under området *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet* och en under området *följsamhet till lagar och regler.*

Hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplan omfattar totalt 7 risker (av totalt 23) som erhållit en kontrollaktivitet i internkontrollplanen. Tre kontroller sorterar under området *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet,* två under området *tillförlitlig rapportering och information om verksamheten* samt två under området *följsamhet till lagar och regler.* Utöver dessa sju risker har i nämndens riskanalys ytterligare sex risker erhållit ett riskvärde om 15 eller högre. Dessa risker har dock inte erhållit någon kontrollaktivitet i internkontrollplanen, vilket uppges bero på att dessa följs upp och återrapporteras till nämnd varje månad i månadsrapport. Samtliga sex risker sorterar under området *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.*

Av de 15 risker som identifierats inom ramen för nämnden för funktionshinder och habiliterings verksamhet har åtta erhållit ett riskvärde om 15. Sex av dessa har tillskrivits en kontrollaktivitet. Tre av de sex riskerna sorterar under området *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet,* en av riskerna under området *tillförlitlig rapportering och information om verksamheten,* och två risker under området *följsamhet till lagar och regler.* De två risker som inte tillskrivits en kontrollaktivitet sorterar båda under området *ändamålenlig och kostnadseffektiv verksamhet.* I planen anges att för dessa risker görs uppföljning endera i samband med den månatliga ekonomiska rapporten eller i samband med delårs- och årsrapport.

Nedan framgår en analys av om kontrollplanerna lever upp till kraven i landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll. Riktlinjerna bygger på fullmäktiges reglemente för intern kontroll där det fastställs att landstingsstyrelsen som en del i ansvaret för kontinuerlig uppföljning och utvärdering av det interna kontrollsystemet ska se till att övergripande riktlinjer för intern kontroll utfärdas och att dessa riktlinjer följs.

Tabell: Bedömning av landstingsstyrelsens kontrollplan 2015

Krav på internkontrollplanens innehåll enligt riktlinjer för intern kontroll	**Framgår**	**Framgår delvis**	**Framgå r inte**

Riskanalys utifrån områdena ändamålsenlig verksamhet, tillförlitlig rapportering och information, följsamhet lagar och regler	X		
Vilka kontrollaktiviteter som ska genomföras	X		
Vilken metod som ska användas för att genomföra kontrollaktiviteterna		X	
När och hur ofta de ska genomföras		X	
Vem som ska genomföra kontrollaktiviteten och rapportera den till styrelsen	X		
När resultaten av kontrollerna ska rapporteras till styrelsen	X		

Av landstingsstyrelsens kontrollplan framgår vilka risker som har bedömts inom de tre områdena och vilka kontroller som ska genomföras för de risker som erhållit ett riskvärde på 15 eller högre. Rörande vilken metod som ska användas för att genomföra kontrollerna saknas i några fall angivelse av hur många stickprov som ska tas. När det gäller när och hur ofta kontrollerna ska genomföras är det i flera fall otydligt om det är perioden för när kontroll ska genomföras eller period som omfattas av kontrollen som anges i kontrollplanen. Vidare framgår med namn vem som ansvarar för att kontrollen genomförs samt när resultatet av genomförd kontroll ska rapporteras till styrelsen.

Tabell: Bedömning av hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplan 2015

Krav på internkontrollplanens innehåll enligt riktlinjer för intern kontroll	**Framgår**	**Framgår delvis**	**Framgår inte**
Riskanalys utifrån områdena ändamålsenlig verksamhet, tillförlitlig rapportering och information, följsamhet till lagar och regler	X		
Vilka kontrollaktiviteter som ska genomföras	X		
Vilken metod som ska användas för att genomföra kontrollaktiviteterna		X	
När och hur ofta de ska genomföras		X	
Vem som ska genomföra kontrollaktiviteten och rapportera den till nämnden	X		
När resultaten av kontrollerna ska rapporteras till nämnden	X		

Även av hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplan framgår vilka risker som har bedömts inom de tre områdena och vilka kontroller som ska genomföras för de risker som erhållit ett riskvärde på 15 eller högre. Rörande metod uppvisar kontrollplanen, i likhet med landstingsstyrelsens plan, i ett fall avsaknad av hur många stickprov som ska tas. Rörande när och hur ofta kontrollerna ska genomföras saknas angivelse i ett par fall. Vem som

ansvarar för att kontrollen genomförs anges med namn i samtliga fall. När resultatet av genomförd kontroll ska rapporteras till nämnden framgår av kontrollplanen.

Tabell: Bedömning av nämnden för funktionshinder och habiliterings kontrollplan 2015

Krav på internkontrollplanens innehåll enligt riktlinjer för intern kontroll	**Framgår**	**Framgår delvis**	**Framgår inte**
Riskanalys utifrån områdena ändamålsenlig verksamhet, tillförlitlig rapportering och information, följsamhet till lagar och regler	X		
Vilka kontrollaktiviteter som ska genomföras		X	
Vilken metod som ska användas för att genomföra kontrollaktiviteterna			X (förutom i ett fall under fel rubrik)
När och hur ofta de ska genomföras			X
Vem som ska genomföra kontrollaktiviteten och rapportera den till nämnden	X		
När resultaten av kontrollerna ska rapporteras till nämnden	X		

I likhet med de övriga två granskade kontrollplanerna framgår vilka risker som har bedömts inom de tre områdena. Däremot saknas det i flera fall angivelse av vilka kontrollaktiviteter som ska genomföras. I samtliga fall utom ett (där det anges under rubriken kontrollaktivitet) saknas angivelse av vilken metod som ska användas samt när och hur ofta kontrollen ska genomföras. Det framgår av planen vem som ska genomföra kontrollaktiviteten och när resultatet av kontrollen ska rapporteras till nämnden.

Generellt kan sägas om samtliga tre kontrollplaner att det är otydligt vilken metod som ska användas för att genomföra kontrollerna. Denna brist består i avsaknad av angivelse av antal stickprov. Vidare konstaterar vi genomgående en brist i angivelse av när och hur ofta kontrollerna ska genomföras. Här ligger bristen till stor del i den pedagogiska beskrivningen av när och hur ofta kontroll ska ske. Det är i flera fall omöjligt att förstå om det rör sig om att kontrollen ska genomföras under ett särskilt tidsspann eller om kontrollen ska göras av ärenden/fall i det angivna spannet.

3.6 Rapportering och uppföljning

I samtliga kontrollplaner finns angivet vem som ansvarar för att kontrollen genomförs och att den rapporteras till nämnden. Det är i samtliga fall samma person som ansvarar för att kontrollen både genomförs och att resultatet rapporteras till nämnden.

I samband med att det nya reglementet antogs i februari 2015 beslutades att den interna kontrollen ska rapporteras vid två tillfällen under ett år, i samband med delårsrapport 2 samt i samband med helår.

Inför uppföljningen i delårsrapport 2 2015 för landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har ansvarig strateg vid staben för planering och styrning till varje kontrollansvarig under augusti månad skickat ett mail och upplyst om att det är hög tid att såväl genomföra som rapportera genomförd intern kontroll till staben för planering och styrning. Deadline för återkoppling av resultat var den 4 september. I anslutning till mailet bifogades en särskild mall för rapportering av genomförda kontroller. Av mallen framgår att ansvarig för kontrollen ska rapportera hur kontrollen har genomförts, hur ofta, med vilken metod, vad resultatet visade, vilka konsekvenser resultatet får för risken, vilka åtgärder som har vidtagits i verksamheten efter genomförd kontroll, vilka åtgärder som ska vidtas, huruvida nämnden/styrelsen behöver vidta ytterligare åtgärder, samt om möjligt ge förslag på sådana åtgärder. Mailet skickades endast till de personer som enligt kontrollplanen ansvarade för kontroll för rapportering i samband med delårsrapport. Enligt uppgift var det nödvändigt att skicka påminnelsemail för att få in uppgifter om samtliga kontroller.

Motsvarande beställning skickades av strategen vid staben för planering och styrning i samband med rapportering av genomförda kontroller som ska rapporteras i samband med årsbokslutet. Även här har det varit nödvändigt för strategen att skicka påminnelsemail för att få in information om samtliga genomförda kontroller.

Genomförda kontroller enligt kontrollplan rapporterades till landstingsstyrelsen i samband med delårsrapportering den 20 oktober 2015 och i samband med årsredovisningen den 5 april och till hälso- och sjukvårdsnämnden den 29 september 2015 och den 10 februari.

För uppföljning av kontroller inom ramen för nämnden för funktionshinder och habilitering ansvarar utredare vid staben för planering och styrning. Utredare skickade den 15 september 2015 mail till kontrollansvariga om att kontrollerna skulle rapporteras vid nämndssammanträde den 29 september, vilket också skedde. I samband med rapportering av genomförda kontroller som ska rapporteras i samband med årsbokslutet skickade utredare mail till kontrollansvariga i december 2015 med deadline för leverans den 22 januari 2016. Med mailet skickades en mall för rapportering. Mallen utgjordes av internkontrollplanen, men istället för en kolumn med rubriken *metod och frekvens* återfanns en kolumn med rubriken *redovisa*, där respektive kontrollansvarig hade i uppgift att lyfta in resultatet från genomförda kontroller.

Efter sammanställning av inrapporterat resultat presenterades detta för nämnden. Rapportering av genomförd intern kontroll för 2015 rapporterades till nämnden för funktionshinder och habilitering den 11 februari 2016.

I enlighet med styrelsen och nämndernas anpassade riktlinjer för intern kontroll ska landstingsdirektören, hälso- och sjukvårdsdirektören samt föredragande i nämnden för funktionshinder och habilitering senast i samband med årsredovisningens upprättande rapportera till respektive styrelse/nämnd och ge en bedömning och analys av styrelsens/nämndens system för intern kontroll. Avrapportering skedde till landstingsstyrelsen den 5 april, till hälso- och sjukvårdsnämnden den 10 februari och till nämnden för funktionshinder och habilitering den 11 februari 2016.

I analysen som förelagts landstingsstyrelsen anges att landstingets system för intern kontroll har utvecklats under året. Fler kontroller än tidigare har genomförts enligt plan, kontrollerna har specificerats i större omfattning, beskrivning av metod för kontroll har varit tydligare och det har skett rapporteringar till nämnder och styrelser under löpande verksamhetsår. Även riskvärderingen har utvecklats i vissa fall och planerna upptar centrala riskområden som får konsekvenser för styrningen av respektive nämnd och styrelse. Den överlappning som

tidigare fanns mellan internkontrollplaner och verksamhetsplaner har styrelsen och nämnderna arbetat för att minska och därmed möjliggjort en bredare styrning.

I analysen som förelagts hälso- och sjukvårdsnämnden anges bland annat att nämndens system för intern kontroll har utvecklats, att fler kontroller än tidigare har genomförts enligt plan och att rapportering till nämnden har skett under året. Ett förslag till utveckling som tas upp är att analysen av internkontrollsystemet ska presenteras för nämnden i samband med delårsrapportering istället för vid årsbokslut. Detta för att möjliggöra att analys av föregående år och förbättringsförslag ska kunna tas i beaktande inför kommande års arbete med intern kontroll.

I analysen som förelagts nämnden för funktionshinder och habilitering framgår att internkontrollsystemet har utvecklats och att det för första gången gjordes en riskanalys inför arbetet med att ta fram internkontrollplanen. Det konstateras dock att kontrollerna behöver systematiseras för att säkra att metod för kontroll har varit tydlig och att det genomförs löpande rapportering till nämnden samt att det framgent tydligt måste beskrivas i kontrollplanen hur kontrollerna ska genomföras, något som inte gjorts i 2015 års kontrollplan.

3.7 Åtgärder vid brister

I de fall brott förekommit eller allvarligare brister i den interna kontrollen bedöms föreligga ska det enligt riktlinjerna för intern kontroll av landstingsdirektören omedelbart rapporteras till landstingsstyrelsen. Av styrelsens och nämndernas anpassade riktlinjer för intern kontroll anges att landstingsdirektören, hälso- och sjukvårdsdirektören samt utredare vid staben för planering och styrning/biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör ansvarar för att till respektive nämnd rapportera brott eller allvarligare brister i den interna kontrollen.

Vid avrapporteringen av den interna kontrollen i respektive nämnd i samband med årsredovisningens upprättande ska också ansvarig tjänsteman bland annat föreslå förbättringar av kontrollernas genomförande, vilka brister och utvecklingsområden som framkommit i redovisningen av kontrollaktiviteterna samt vilka åtgärder som har vidtagits i verksamheten med anledning av risken och/eller resultatet av kontrollaktiviteterna. I analyserna av respektive nämnds/styrelse interkontrollarbete har brister konstaterats som kräver åtgärder. I landstingsstyrelsens analys lyfts brister inom området säkerhet och krisberedskap fram. Här konstateras att åtgärder ska vidtas inom serviceområdet för att minimera risker som kan medföra negativa effekter för kärnverksamheten, till exempel störningar i patientkritiska IT-system. För hälso- och sjukvårdsnämndens del konstateras framför allt brister i kontrollmetoderna. Det anges bland annat att en av kontrollerna inte har kunnat genomföras till följd av att det inte gått att få fram relevant statistik ur systemen. Här anges att formuleringen av risk och kontroll har ändrats i kontrollplanen för 2016. För övriga områden där brister har konstaterats pågår enligt rapporteringen ett utvecklingsarbete. I analysen som gjorts rörande nämnden för funktionshinder och habilitering konstateras att kontrollerna visat att brister finns i ärendeberedningsprocessen, varför nödvändigt förbättringsarbete behöver påbörjas. Vidare berörs också brister i kontrollplanen, t.ex. rörande angiven metod för kontroll.

4 Landstingsstyrelsens interna kontroll

Bedömningen av den interna kontrollen följer den modell som beskrivs i avsnitt 2.5. Granskningen enligt nedan omfattar både den rapportering som gjorts i samband med delårsrapportering och rapportering i samband med årsbokslut och utgår från de krav som ställs på rapportering av intern kontroll enligt antagna riktlinjer för intern kontroll.

4.1 Riskområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

I detta avsnitt redovisas kontroller som genomförts som sorterar under riskområdet Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.

Tabell 1: Kontroller Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

Risk att...	Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontroll-ansvarig	Tidpunkt för rapport till LST	Vår bedömning
eftersökta kompetenser ej går att nå vid rekrytering	GAP-analys av samtliga utlysta och tillsatta tjänster inom styrelsens ansvarsområden	Fullständig kontroll månatligen	Ewelina Stenberg	Delår och ÅR	RÖD
sjukskrivningar ökar till följd av att åtgärder inte genomförts i tillräcklig grad kopplat till inomhusproblematik	Kontroll av antal läkarbesök med anledning av sjuka hus bland personal inom styrelsens ansvarsområde	Fullständig kontroll månatligen	Carina Johannes son	Delår och ÅR	GUL
byggfakturor är felaktiga	Kontroll att byggfakturor är korrekta	Stickprov av fakturor i tre pågående projekt i maj månad	Ulf Widmark	Delår	GRÖN
verksamhetsstörning ar sker till följd av brister i reservmedia (el, värme, vatten)	Kontroll att elförsörjning fungerar vid simulerad störning (tekniskt utfall)	Stickprov av fem test på Skellefteå lasarett perioden juni-december	Ulf Olofsson	ÅR	GRÖN
Verksamhetsstörnin gar sker till följd av att planerat underhåll av byggnader ej genomförs	Kontroll av antal verksamhetsstörning ar som sker till följd av att planerat underhåll ej genomförts	Stickprov av alla störningar på Nus perioden april-augusti	Ulf Olofsson	ÅR	GRÖN
avbrottsplaner/reser vrutiner ej finns i verksamheten	Kontroll av antal basenheter i landstinget som har en avbrottsplan/reservru tin	Fullständig kontroll av inskickade rutiner till beredskapss amordnare. Genomförs april-juni	Noomi Jonsson	Delår	RÖD
verksamhetsstörning sker till följd av drift för patientkritiska IT-system ej kan säkerställas	Kontroll av antal avvikelser som rapporterats i förhållande till patientkritiska IT-system (enligt informationsenheten s förteckning)	Stickprov av alla avvikelser perioden september-oktober	Ulf Olofsson	ÅR	GRÖN

styrelsens uppdrag till förvaltningen ej genomförs	Kontroll att uppdragen i styrelsens uppdragsförteckning har genomförts	Fullständig kontroll. Genomförs delår per augusti samt för hela 2015	Anders Sylvan	Delår och ÅR	GRÖN

GAP-analys av utlysta och tillsatta tjänster
Av rapporteringen framgår att fullständig kontroll har gjorts för respektive månad mellan januari och december. Vid avrapportering i samband med delåret konstateras att kontroll hade gjorts för perioden januari-juni. Kontroller har gjorts av antalet annonser, antalet annonserade tjänster och antalet ansökningar. Det konstateras att det finns brister i rekryteringsverktyget som gör att det inte går att mäta antalet tillsatta tjänster. Resultatet av mätningen säger heller ingenting om vilka kompetenser som landstinget har svårt att nå och hur omfattande problemet är. Under rubriken *Åtgärder* anges ett antal metoder för rekrytering. Huruvida detta är åtgärder som har vidtagits/ska vidtas till följd av kontrollen framgår inte.

Till följd av att kontrollen inte har kunnat genomföras som planerat och inte lyckats mäta det den ämnat mäta bedömer vi kontrollen som ej genomförd, varför kontrollen bedöms röd.

Antal läkarbesök med anledning av sjuka hus
Av rapporteringen framgår att kontroll har gjorts av samtliga inkommande beställningar. Det framgår inte vad som menas med beställningar. Resultatet presenteras rörande totalt antal nybesök med anledning av sjuka hus under året. Resultat presenteras dock endast fram till och med september. Detta tolkas dock som att resultatet är noll för resterande månader. Under rubriken *Åtgärder* anges att arbetet sker i enlighet med landstingets riktlinje "arbetsmiljöproblem i inomhusmiljön inom VLL". Huruvida detta är en åtgärd till följd av genomförd kontroll anges inte.

Det finns otydligheter i hur resultatet ska tolkas samt att det är otydligt om några åtgärder har eller ska vidtas. Till följd av detta bedömer vi att det finns brister i hur kontrollen har rapporterats, varför vi bedömer kontrollen som gul.

Korrekta byggfakturor
Av rapporteringen framgår att kontroll har genomförts av tre slumpmässigt utvalda fakturor i tre pågående projekt i maj. Resultatet av kontrollen redovisas och flera brister konstateras. Flera åtgärder presenteras som ska genomföras till följd av uppmätt resultat.

Vi bedömer att kontrollaktiviteten är genomförd och rapporterad, varför vi bedömer kontrollen som grön.

Fungerande elförsörjning vid simulerad störning
Av underlaget framgår att testkörningar har genomförts enligt plan, och att alla funktioner har varit utan anmärkning vid samtliga testkörningar. Inga åtgärder planeras med anledning av kontrollresultatet.

Vi bedömer kontrollen som grön.

Antal verksamhetsstörningar som sker till följd av att planerat underhåll ej genomförs
Av underlaget framgår att granskning har gjorts av samtliga 11 avvikelser under kontrollperioden. Ingen av avvikelserna har varit relaterad till bristande underhåll. Rörande åtgärdet fastslås att planerat fastighetsunderhåll är nödvändigt och genomförs.

Av kontrollplanen anges att stickprov ska tas (framgår dock ej hur många) av avvikelser. Kontrollen som har genomförts har dock omfattat samtliga avvikelser. Mer omfattande kontroll har således genomförts än vad som fastslås i kontrollplanen.

Vi bedömer kontrollen som genomförd och avrapporterad. Vidare är det av underlaget möjligt att bedöma hur kontrollen har genomförts samt resultatet av den. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som grön.

Antal basenheter som har en avbrottsplan/reservrutin
Av underlaget framgår att kontroll har gjorts genom en enkätundersökning som tillsänds samtliga verksamhetschefer inom samtliga verksamhetsområden. Enkäten innehöll ett par frågor om verksamheten har reservrutiner som gör att verksamheten kan bedrivas på en tolerabel nivå, samt hur personalens kunskapsnivå om reservrutinen upprätthålls. Svarsfrekvensen på enkäten var 54 %. Resultatet redovisas och det konstateras att det är många verksamheter som saknar reservrutiner. Åtgärder som ska vidtas till följd av kontrollen presenteras inte.

Vår bedömning är att kontrollen inte har genomförts i enlighet med angiven metod där det fastslogs att kontroll av antalet basenheter som har en reservrutin ska göras genom fullständig kontroll av inskickade rutiner. Kontrollen har dock genomförts som en enkät, som hade en förhållandevis låg svarsfrekvens. Även fast enkätresultatet visar på brister nödvändiga att åtgärda bedömer vi att korrekt kontrollaktivitet inte har genomförts och återrapporterats. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som röd.

Antal avvikelser som rapporterats i förhållande till patientkritiska IT-system
Av rapporteringen framgår att kontroll har genomförts och att det fastslås att 35 avvikelser har konstaterats till följd av störningar i driften av patientkritiska IT-system. Av rapporteringen framgår hur avvikelserna är fördelade mellan landstingets verksamhetsområden. Samtliga avvikelser har granskats och det fastslås att flera bedöms vara kopplade till kapacitetsproblem inom AC-net samt fel i hårdvara. Rörande åtgärder fastslås att infrastruktur ska ha högsta prioritet inom ramen för budgetering.

Av kontrollplanen framgår att stickprov ska tas för att genomföra kontrollen. Av rapporteringen framgår att samtliga avvikelser har granskats. Mer omfattande kontroll har således genomförts än vad som fastslås av kontrollplanen.

Vi bedömer att kontrollen har genomförts och att resultatet av kontrollen tydligt framgår av rapporteringen. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som grön.

Kontroll att uppdragen i styrelsens uppdragsförteckning har genomförts
Av underlaget framgår att fullständig kontroll har gjorts av graden av genomförande avseende alla uppdrag i styrelsens uppdragsförteckning per december. Vid delårsrapporteringen hade kontroll gjorts per augusti.

Vid delårsrapporteringen anges att av totalt 59 uppdrag är 38 genomförda, 15 påbörjade och 6 stycken ej genomförda. De sex uppdrag som inte är genomförda redovisas, samt uppdragets status och konsekvens.

Vid avrapporteringen för helåret framgår att av totalt 71 uppdrag är 31 genomförda och 40 påbörjade. Av de 40 uppdrag som konstateras vara påbörjade anges att majoriteten av dessa har beslutats i slutet av 2015, alternativt avser upphandling där genomförandetiden är längre.

Vår bedömning är att kontrollen är genomförd och tydligt rapporterad, varför vi bedömer kontrollen som grön. Värt att notera är dock att det vid avrapporteringen per augusti angavs att 38 uppdrag var genomförda, medan vid rapporteringen för delåret endast var 31 uppdrag som var genomförda. Således har 7 uppdrag lyfts bort från listan alternativt vid kontrollen för helåret inte bedömts vara genomförda.

4.2 Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten

I detta avsnitt redovisas kontroller som genomförts som sorterar under riskområdet Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten.

Tabell 2: Kontroller Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten

Risk att...	Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontroll-ansvarig	Tidpunkt för rapport till LST	Vår bedömning
utförare inom Hälsoval går i konkurs och ej kan fullfölja avtal	Kontroll av uppgifter från skattekontoutdrag för alla privata vårdgivare inom Hälsoval	Fullständig kontroll av redovisade arbetsgivaravgifter, redovisad källskatt, underskott skattekonto, skuld KRM, deklarerat i tid, betalat i tid. Genomförs månatligen.	Linda Axheim	Delår och ÅR	GRÖN
fastslagen ärendeberedningsprocess inte följs	Kontroll att ärenden till styrelsen har följt ärendeberedningsprocessen	Stickprov av 10 slumpmässigt utvalda ärenden under oktober-november	Sofia Jonsson	ÅR	GRÖN

Kontroll att uppgifter från skattekontoutdrag för alla privata vårdgivare inom Hälsoval
Av underlaget framgår att fullständig kontroll har gjorts av redovisade arbetsgivaravgifter, redovisad källskatt, underskott skattekonto, skuld KRM, deklarerat i tid och betalat i tid. Kontrollen har gjorts månatligen.
Resultatet per område presenteras övergripande. Det konstateras att en vårdgivare har betalat för sent vid tre tillfällen, i övrigt inga anmärkningar.

Uppföljning av den vårdgivare som har betalat för sent kommer noggrant följas upp för att se om ytterligare förseningar sker. Om det visar sig att detta sker kommer vårdgivaren att kontaktas av redovisningschef.

Vår bedömning är att kontrollaktiviteten är genomförd och resultatet har rapporterats på korrekt vis i enlighet med riktlinjerna för intern kontroll, varför vi bedömer kontrollen som grön.

Kontroll att ärenden till styrelsen har följt ärendeberedningsprocessen
Av rapporteringen framgår att kontroll av 10 slumpmässigt utvalda ärenden har gjorts. Det anges mot vilka sex kriterier som granskning har genomförts samt hur många av ärendena som uppfyller 3,4,5 och 6 kriterier. Anledning till varför somliga ärenden inte lever upp till kriterierna analyseras. Det konstateras att resultatet inte är tillfredsställande och att fortsatt kontroll är nödvändig.

Rörande åtgärder konstateras att arbete med att utveckla ärendeberedningsprocessen pågår, bland annat genom utbildning av tjänstemän.

Vi bedömer att kontrollen är genomförd och rapporterad i enlighet med riktlinjerna. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som grön.

4.3 Riskområde Följsamhet till lagar och regler

I detta avsnitt redovisas kontroller som genomförts som sorterar under riskområdet Följsamhet till lagar och regler.

Tabell 3: Kontroller Följsamhet till lagar och regler

Risk att...	Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontroll-ansvarig	Tidpunkt för rapport till LST	Vår bedömning
det fattas beslut utan stöd av delegationsordning	Kontroll att tilldelningsbeslut vid upphandlingar har fattats av behörig person	Stickprov av tilldelningsbeslut vid upphandlingar gjorda 1 maj – 1 juli	Henrik Sandberg	Delår och ÅR	GUL
lokala brandplaner inte finns inom primärvården	Kontroll att alla hälsocentraler har en lokal brandplan	Fullständig kontroll. Andel HC som har skickat in sin brandplan till primärvårdsstaben per sista augusti	Gunilla von Bergen	Delår	GRÖN
inköp görs utanför ramavtal	Kontroll att inköp görs enligt ramavtal	Stickprov av tio kostnadsställen under 2 veckor i oktober	Ulf Olofsson	ÅR	GRÖN

Tilldelningsbeslut vid upphandlingar har fattats av behörig person
Av underlaget framgår att kontroll har genomförts av samtliga tilldelningsbeslut vid upphandling som fattades under perioden 1 maj-1 juli. Totalt fattades två tilldelningsbeslut under perioden, varför båda besluten kontrollerades trots att det i metoden anges att ett stickprov ska tas. Det saknas dock angivelse i metoden hur många stickprov som skulle tas.

Resultatet av kontrollen redovisas och det konstateras att rätt person enligt delegationsordningen har fattat besluten, varför inga åtgärder presenteras.

Vi konstaterar att kontrollen avrapporteras både vid delårsuppföljning samt vid rapportering av helåret. Någon ytterligare kontroll har dock inte genomförts sedan delårsrapporteringen, varför exakt samma kontrollresultat rapporteras.

Vår bedömning är att kontrollen har genomförts enligt plan. Till följd av att dock endast två tilldelningsbeslut har kontrollerats gör att vi bedömer att kontrollen inte håller tillräcklig kvalitet. Med förhållandevis enkla medel borde ytterligare tilldelningsbeslut, som fattats tidigare under året, ha kunnat kontrolleras. Till följd av detta bedömer vi att kontrollaktiviteten inte håller tillräcklig kvalitet, varför vi bedömer kontrollen som gul.

Kontroll att alla hälsocentraler har en lokal brandplan
Av redovisningen framgår att brandplan har begärts in från samtliga enheter inom verksamhetsområde Primärvård. Resultatet visar att 94 % av basenheterna har skickat in brandplan. Två enheter har trots upprepade påminnelser inte skickat in brandplan utan hänvisar till fastighetsägaren. Omfattningen av planerna varierar men samtliga innehåller rutinen Rädda-Larma-Släck. I övrigt har ingen värdering gjorts av innehållet i planerna.

Som åtgärd redovisas att mall för brandplan samt reviderade riktlinjer för brandskydd har skickats ut till alla verksamhetschefer. Förnyad kontroll för de två enheter som inte skickade in sina brandplaner görs under hösten.

Vår bedömning är att kontroll är utförd och rapporterad i enlighet med riktlinjerna, varför vi bedömer kontrollen som grön.

Kontroll att inköp görs enligt ramavtal
Av underlaget framgår att stickprov har tagits enligt plan. Redovisat resultat är att avtalstroheten är god för de kostnadsställen som kontrollerades. Av totalt 47 inköp hade 94 % av dessa genomförts enligt avtal. Det fastslås att avvikelserna är försumbara och allt medicinskt förbrukningsmaterial var inköpt enligt avtal. Inga åtgärder planeras med anledning av kontrollresultatet.

Vår bedömning är att kontroll är genomförd och att det av underlaget går att bedöma resultatet av kontrollen, varför vi bedömer kontrollen som grön.

4.4 Bedömning landstingsstyrelsens interna kontroll

Riskområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
Fem av de åtta kontrollerna som genomförts inom området bedöms ha genomförts och rapporterats med sådan kvalitet att de godkänns. I ett par fall anges i kontrollplanen att stickprov ska tas, dock ej hur många. Vid rapportering av kontrollen anges att fullständig kontroll har gjorts, vilket innebär att mer omfattande kontroll har gjorts än vad som fastslagits i kontrollplanen. Trots detta har vi bedömt att kontrollerna är godkända.

En kontroll som genomförts inom området har bedömts vara genomförd men med brister i rapporteringen. Det är svårt att tyda det rapporterade resultatet och det är oklart om åtgärder har vidtagits eller kommer att vidtas till följd av kontrollen.

Två kontroller bedöms vara röda, vilket innebär att de har så stora brister att de inte kan bedömas vara genomförda. I ett fall beror detta dels på brister i rekryteringsverktyget som inte kan mäta antalet tillsatta tjänster, dels på att det av resultatet inte går att utläsa vilka kompetenser landstinget har svårt att knyta till sig samt hur omfattande problemet med detta är. I det andra fallet där kontrollen bedöms röd rör det sig om brister i genomförandet av kontrollen, och att kontrollen inte genomförts i enlighet med vad som fastslagits i kontrollplanen.

Sammanfattningsvis gör vi bedömningen att endast drygt hälften (62 %) av de genomförda kontrollerna inom området är godkända och har genomförts och rapporterats i enlighet med riktlinjerna för intern kontroll.

Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten
Båda kontrollerna som genomförts inom området bedöms ha genomförts och rapporterats med sådan kvalitet att de godkänns, vilket gör att samtliga kontroller inom området bedöms hålla tillräcklig kvalitet.

Riskområde Följsamhet till lagar och regler
Av de tre kontrollerna som genomförts inom området bedöms två av dem ha genomförts och rapporterats i enlighet med kontrollplan och riktlinjer, varför de bedöms gröna. I ett av fallen kan dock ifrågasättas varför granskning av innehållet i brandplanerna inte har gjorts, utan kontrollen har utgjorts endast av kontroll att brandplan finns. Detta föranleder dock inte en annan bedömning av kontrollen.

En kontroll bedöms vara gul. Detta beror på att kontrollen endast utgjorts av kontroll av två tilldelningsbeslut. Med förhållandevis enkla medel borde kontrollen ha kunnat utökas till att omfatta fler tilldelningsbeslut vilket hade lett till en mer omfattande kontroll med högre kvalitet.

Två av tre kontroller inom området bedöms således hålla tillräcklig kvalitet i genomförande och rapportering.

Bedömning
Av de totalt 13 kontrollerna bedömer vi att nio har genomförts i enlighet med kontrollplan och rapporterats enligt kraven i riktlinjerna för internkontroll. Två av kontrollerna har genomförts och återrapporterats men har brister, och två av kontrollerna bedöms vara ej genomförda. Således har 70 % av de genomförda kontrollerna genomförts och återrapporterats i enlighet med kontrollplan och riktlinjer för intern kontroll.
Jämfört med förra året, då 7 av totalt 12 kontroller (58 %) bedömdes gröna, har en viss förbättring av andelen godkända kontroller skett. Dock har i år två kontroller (15 %) bedömts vara ej genomförda/röda. Förra året bedömdes ingen kontroll som röd. Slutsatsen är att brister finns i landstingsstyrelsens genomförande och rapportering av intern kontroll.

5 Hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll

Bedömningen utgår från samma modell som användes för att bedöma landstingsstyrelsens interna kontroll (beskrivs i avsnitt 2.5).

5.1 Riskområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

I detta avsnitt redovisas kontroller som genomförts som sorterar under riskområdet Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.

Tabell 4: Kontroller Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

Risk att...	Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontroll-ansvarig	Tidpunkt för rapport till nämnd	Vår bedömning
eftersökta kompetenser ej går att nå vid rekrytering	GAP-analys av samtliga utlysta och tillsatta tjänster inom nämndens ansvarsområde	Fullständig kontroll. Genomförs per delår (aug) och ÅR	Ewelina Stenberg	Delår och ÅR	RÖD
sjukskrivningar ökar till följd av att åtgärder inte genomförts i tillräcklig grad kopplat till inomhusmiljöproble matik	Rapportering av antalet sjukskrivna som relateras till inomhusmiljöproblem atik, inom nämndens verksamhetsområde	Fullständig kontroll. Genomförs per delår (aug) och ÅR	Carina Johannes son	Delår och ÅR	GUL
hög beläggningsgrad på vårdplatser	Kontroll av beläggningsgrad på samtliga kliniker inom nämndens verksamhetsområde	Fullständig kontroll. Genomförs månadsvis.	Ann-Christin Sundberg	Delår och ÅR	GUL

GAP-analys av utlysta och tillsatta tjänster

Av rapporteringen framgår att kontroll har gjorts för perioden januari till december. (Vid avrapportering i samband med delåret anges att kontroll har gjorts för perioden januari till juni.) Kontroller har gjorts av antalet annonser, antalet annonserade tjänster och antalet ansökningar. Samma analys görs som i rapporteringen av samma kontroll till landstingsstyrelsen, det vill säga att det finns brister i rekryteringsverktyget som gör att det inte går att mäta antalet tillsatta tjänster. Resultatet av mätningen säger heller ingenting om vilka kompetenser som landstinget har svårt att nå och hur omfattande problemet är. Under rubriken *Åtgärder* anges ett antal metoder för rekrytering. Huruvida detta är åtgärder som har vidtagits/ska vidtas till följd av kontrollen framgår inte. I augusti fick landstingsdirektören i uppdrag av nämnden att åtgärda problem med mätmetoden. Kontroll och rapportering av resultat har gjorts på samma sätt som för landstingsstyrelsen.

Till följd av att kontrollen inte har kunnat genomföras som planerat och inte lyckats mäta det den ämnat mäta bedömer vi kontrollen som ej genomförd, varför kontrollen bedöms röd.

Antal sjukskrivna som relateras till inomhusmiljöproblematik

Av redovisningen framgår att kontrollen har genomförts kvartalsvis via uttag av data från Diver. Datan visar antal sjukskrivna med anledning av inomhusproblematik. Resultatet visar att det inte fanns några sjukskrivna för inomhusmiljöproblem via Företagshälsan.

Det konstateras dock att det finns indikation på att det är svårt att få en sådan sjukskrivning godkänd, vilket resulterar i att eventuella sjukskrivningar hänförs till andra grunder.

Kontrollen har genomförts och rapporterats i enlighet med kontrollplan. Dock finns det risk för att kontrollens genomförande inte fångar det den egentligen ämnar kontrollera. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som gul, då brister i metoden för kontroll har identifierats.

Beläggningsgrad på samtliga kliniker
Av underlaget framgår att kontrollen har genomförts månadsvis via uttag av data från Diver. Datan visar procentuell beläggning på samtliga kliniker uppdelat per månad.

Resultatet presenteras per månad. Den genomsnittliga beläggningen under årets första åtta månader, januari-augusti, uppmättes till 94 %. Det konstateras att beläggningsgraden är hög. Ambitionen är att nå närmare 90 % beläggningsgrad, vilket skulle öka flexibiliteten.

Vid avrapporteringen per helåret 2015 rapporteras mätresultat per månad för hela året. Den genomsnittliga beläggningen för hela året uppmättes till 93 %. En iakttagelse vi gör är att vid rapporteringen av helårets resultat anges ett annat resultat för årets första åtta månader än vad som rapporterades vid delåret.

Några åtgärder planeras inte med anledning av kontrollresultatet.

Vår bedömning är att kontrollaktiviteten genomförts och avrapporterats i enlighet med riktlinjerna. Då olika beläggningsgrad rapporteras för årets första åtta månader vid avrapportering i samband med delåret respektive helåret bedömer vi att brister finns i underlaget för kontroll. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som gul.

5.2 Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten

I detta avsnitt redovisas kontroller som genomförts som sorterar under riskområdet Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten.

Tabell 5: Kontroller Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten

Risk att...	Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontroll-ansvarig	Tidpunkt för rapport till nämnd	Vår bedömning
delegationsbeslut inte återförs till nämnden	Granskning att fattade delegationsbeslut återrapporteras till nämnden	Stickprov av fattade delegationsbeslut av LD och VO-chefer under v 36-40 och om de återrapporterats till nämnd senast 25/11	Ulla-Britt Carlsson	ÅR	GUL
nämnden ej ges möjlighet att fullt ut framföra fullödigt underlag om verksamhet och ekonomiska förutsättningar inför beredning av budget	Nämnden i tid lämnar in skriftliga underlag till LTS i budgetprocess samt har två träffar med LTS för budgetsamtal	Fullständig kontroll delår per augusti	Ann-Christin Sundberg	ÅR	GUL

Fattade beslut återrapporteras till nämnden

Av underlaget framgår att delegationsbeslut fattade av landstingsdirektören har återrapporterats kontinuerligt vid nämndens sammanträden i september, oktober och november. Inga delegationsbeslut av VO-chefer har återrapporterats under perioden.

Det framgår att det pågår ett arbete med att ta fram en systemlösning för återföring av vidaredelegerade beslut. Vidare anges att det pågår planering för utbildning om delegationsordningen.

Av underlaget anges inte hur kontrollaktiviteterna har genomförts, och inte heller hur många stickprov som tagits. Till följd av dessa brister bedömer vi kontrollen som gul.

I tid inlämning av skriftliga underlag till LTS i budgetprocessen samt två träffar med LTS för budgetsamtal
Av underlaget framgår endast att kontrollen har genomförts, samt att nämnden har lämnat in skriftligt underlag samt haft två träffar med LTS för budgetsamtal. Det fastslås att inga ytterligare åtgärder planeras med anledning av kontrollresultatet.

Det tydliggörs inte i rapporteringen när och hur kontrollaktiviteterna har genomförts. Det saknas också information om nämnden lämnade in underlaget i tid.

Till följd av otydligheterna enligt ovan bedömer vi kontrollen som gul.

5.3 Riskområde följsamhet till lagar och regler

I detta avsnitt redovisas kontroller som genomförts som sorterar under riskområdet Följsamhet till lagar och regler.

Tabell 6: Kontroller Följsamhet till lagar och regler

Risk att...	Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontroll-ansvarig	Tidpunkt för rapport till nämnd	Vår bedömning
fastslagen ärendeberedningspr ocess inte följs	Kontroll att ärenden till nämnden följt ärendeberedningspro cessen	Stickprov av 10 slumpmässig t utvalda ärenden under oktober/nove mber	Magdalen a Flemströ m	ÅR	GRÖN
det fattas beslut utan stöd av delegationsordning	Kontroll att tilldelningsbeslut vid upphandlingar har fattats av behörig person	Kontroll att tilldelningsbe slut vid upphandlinga r har fattats av behörig person 1 maj-1juli	Henrik Sandberg	Delår	GUL

Ärenden har följt ärendeberedningsprocessen
Av underlaget framgår att kontroll har genomförts i enlighet med kontrollplan. Tio stickprov har tagits och samtliga ärenden uppvisar olika typer av brister inom ramen för ärendeberedningsprocessen. Vilka brister som har identifierats anges i underlaget. Det

fastslås att resultatet av kontrollen inte är tillfredsställande och att risken kvarstår och bör fortsätta kontrolleras.

Rörande åtgärder som vidtas till följd av kontrollresultatet anges att staben för planering och styrning fortsätter utvecklingsarbetet för ärendeberedningsprocessen.

Vi bedömer att kontrollen genomförts och avrapporterats i enlighet med kraven i riktlinjerna, varför vi bedömer kontrollen vara grön.

Tilldelningsbeslut vid upphandlingar har fattats av behörig person
Av underlaget framgår att kontroll har genomförts av alla tilldelningsbeslut vid upphandling som fattades under perioden 1 maj-1 juli. Totalt fattades två tilldelningsbeslut under perioden.

Resultatet av kontrollen redovisas och det konstateras att rätt person enligt delegationsordningen har fattat besluten, varför inga åtgärder presenteras med anledning av kontrollens resultat.

Vår bedömning är att kontrollen har genomförts enligt plan. Till följd av att endast två tilldelningsbeslut har kontrollerats gör att vi bedömer att kontrollen inte håller tillräcklig kvalitet. Med förhållandevis enkla medel borde ytterligare tilldelningsbeslut, som fattats tidigare under året, ha kunnat kontrolleras. Till följd av detta bedömer vi att kontrollaktiviteten inte håller tillräcklig kvalitet, varför vi bedömer kontrollen som gul.

5.4 Bedömning hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll

Riskområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
Två av de tre kontrollerna inom området bedöms ha genomförts men brister i kvalitet. För en av kontrollerna konstateras att den sannolikt inte fångar det den ämnar kontrollera, till följd av att sjukskrivning till följd av inomhusmiljöproblematik sällan förefaller godkännas. Den andra kontrollen brister i det att olika resultat redovisas för årets första månader vid delårsrapportering respektive vid helårsrapportering. Detta leder till att korrektheten i underlaget kan ifrågasättas.

En av kontrollerna inom området bedöms inte ha genomförts. Detta beror på brister i rekryteringsverktyget som inte kan mäta antalet tillsatta tjänster.

Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten
Båda kontrollerna som har genomförts inom området bedöms ha brister. I båda fallen saknas angivelse av hur kontrollerna har genomförts. I ett fall saknas även angivelse av hur många stickprov som tagits.

Riskområde Följsamhet till lagar och regler
En av de två kontroller som genomförts inom området bedöms som genomförd och rapporterad i enlighet med kontrollplan och riktlinjer för intern kontroll varför den bedöms grön.

Den andra kontrollen som genomförts inom området bedöms brista i omfattning då endast två tilldelningsbeslut har kontrollerats. Med förhållandevis enkla medel borde ytterligare tilldelningsbeslut ha kunnat kontrolleras för att stärka kvaliteten i kontrollen. Till följd av detta har kontrollen bedömts som gul.

Bedömning
En (14 %) av de totalt sju kontroller som genomförts inom hälso- och sjukvårdsnämndens område bedöms hålla tillräcklig kvalitet.

Förra året bedömdes 9 av 32 kontroller som gröna, vilket motsvarar 28 %. Här kan således en markant försämring av andelen ej godkända kontroller konstateras, trots att det totala antalet kontroller har minskat med 25. Slutsatsen är att omfattande brister finns i hälso- och sjukvårdsnämndens genomförande och avrapportering av intern kontroll. I flera fall hade dock tydligare rapportering av hur kontrollerna har genomförts kunnat leda till ett bättre resultat, något som med enkla medel bör kunna åtgärdas till kommande år.

6 Nämnden för funktionshinder och habiliterings interna kontroll

Bedömningen utgår från samma modell som användes för att bedöma landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll (beskrivs i avsnitt 2.5).

6.1 Riskområden Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

Tabell 7: Kontroller Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

Risk att...	Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontroll-ansvarig	Tidpunkt för rapport till nämnd	Vår bedömning
vakanser uppstår på grund av att kompetens ej finns att tillgå vid rekrytering	Redovisa antal vakanser och orsaken till varför dessa uppstått		V-chef vid respektive basenhet	Delår och ÅR	RÖD
metoder för relevanta könsrelaterade data inte utarbetas	Avrapporteras vid delårsrapporterna och i årsrapporten		V-chefer vid respektive basenhet	Delår och ÅR	RÖD
avtal med länets kommuner för hjälpmedelsupphandling och support för 2016 inte finns	Avrapporteras vid delårsrapporten per augusti		V-chefen vid Hjälpmedel – AC	Delår och ÅR	RÖD

Redovisa antal vakanser och orsaken till varför dessa uppstått
Av underlaget som rapporterats till nämnd per delår framgår att det finns vakans vid tjänst som legitimerad psykolog i Lycksele. Vidare redovisas att det saknas psykologkompetens inom vuxenhabilitering i Skellefteå, trots två rekryteringsomgångar. Vidare finns vakans vid tjänst som administratör/teckenspråkstolk då rekrytering misslyckades. Ytterligare en vakant tjänst som inköpare finns, som inte har gått att rekrytera.

Vid avrapportering per helår anges att personalomsättningen är låg samt att psykologtjänster har varit vakanta under året, men att Hab C inte hade några vakanser vid årsskiftet, medan Tolk C har en vakans.

Av underlaget framgår inte när och hur kontrollen har genomförts. I kontrollplanen anges inte heller vilken metod som ska tillämpas för att genomföra kontrollen och inte heller med vilken frekvens kontrollen ska genomföras. Om några åtgärder som ska vidtas till följd av

kontrollens resultat redovisas inte i underlaget. Till följd av dessa brister bedömer vi kontrollen som röd.

Metoder för relevanta könsrelaterade data (mätes)
Av underlaget framgår att det finns metoder för att ta fram könsrelaterad data vid verksamheterna. Det konstateras dock att det är mycket tidskrävande att ta fram underlag. Rapporteringen är samma i delåret som i helåret.

Av underlaget framgår inte när och hur kontrollen har genomförts. I kontrollplanen anges inte heller vilken metod som ska tillämpas för att genomföra kontrollen och inte heller med vilken frekvens kontrollen ska genomföras. Om några åtgärder som ska vidtas till följd av kontrollens resultat redovisas inte i underlaget. Till följd av dessa brister bedömer vi kontrollen som röd.

Avtal med länets kommuner för hjälpmedelsupphandling och support finns inte (mätes)
Av underlaget för avrapportering vid delår framgår att avtal för 2016 ännu ej är klart. Ärendet ska dock behandlas vid kommande socialchefsmöte. Vid avrapportering för helåret anges att avtal för 2016 är klara.

Av underlaget framgår inte när och hur kontrollen har genomförts. I kontrollplanen anges inte heller vilken metod som ska tillämpas för att genomföra kontrollen och inte heller med vilken frekvens kontrollen ska genomföras. Det finns vidare en diskrepans i kontrollplanen, där det dels anges att avrapportering sker vid delårsrapportering per augusti, dels anges att rapportering av kontrollen ska ske till nämnd såväl vid delårsuppföljning som vid årsbokslut. Om några åtgärder som ska vidtas till följd av kontrollens resultat redovisas inte i underlaget. Till följd av dessa brister bedömer vi kontrollen som röd.

6.2 Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten

Tabell 8: Kontroller Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten

Risk att...	Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontroll-ansvarig	Tidpunkt för rapport till nämnd	Vår bedömning
delegationsbeslut inte återförts till nämnden	Granskning att fattade delegationsbeslut återrapporterats till NFH		Föredragande i NFH	ÅR	RÖD

Återrapportering av fattade delegationsbeslut
Av underlaget framgår att anmälan av delegationsbeslut görs vid varje nämndssammanträde.

Det framgår inte om kontroll har gjorts samt hur och när. I kontrollplanen anges inte heller vilken metod som ska tillämpas för att genomföra kontrollen och inte heller med vilken frekvens kontrollen ska genomföras. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som röd.

6.3 Riskområde Följsamhet till lagar och regler

Tabell 9: Kontroller Följsamhet till lagar och regler

Risk att...	Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontroll-ansvarig	Tidpunkt för rapport till nämnd	Vår bedömning
ärendeberedningspr ocessen inte följs – fastställs av NFH 150520	Kontroll genom stickprov av 5 slumpmässigt utvalda ärenden under oktober-november		Föredrag ande i NFH	ÅR	GUL
det förekommer ej tillåtna bisysslor	Redovisas i årsrapport		V-chef för respektive basenhet	ÅR	RÖD

Stickprov av ärendeberedningsprocessen
Av underlaget för rapportering framgår att kontroll har genomförts i enlighet med kontrollplan. Vilka de fem stickproven är återges i rapporteringen. Enligt rapporteringen konstateras avvikelser från ärendeberedningsprocessen rörande rutiner för beredning av ärendelista inför AU samt att ärende inte inkommit i tid.

Av rapporteringen framgår inte vilka åtgärder som har och/eller ska vidtas som följd av kontrollen.

Till följd av bristerna rörande rapporteringen av eventuella åtgärder bedömer vi kontrollen som gul.

Ej tillåtna bisysslor
Av rapporteringen framgår att det för en del av verksamheten inte har gjorts någon systematisk kontroll under 2015. För övriga två delar av verksamheten anges att inga bisysslor är inrapporterade respektive att alla redovisade bisysslor är tillåtna.

Det anges inte hur och när kontrollen är genomförd. Inte heller anges vilka eventuella åtgärder resultatet leder till. För en av de tre verksamheterna som omfattas av kontrollen har inte kontroll genomförts. Till följd av dessa brister bedömer vi kontrollen som röd.

6.4 Bedömning nämnden för funktionshinder och habiliterings interna kontroll

Riskområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
Samtliga tre kontroller som genomförts inom området bedöms som röda. Detta beror framför allt på att det i underlaget inte framgår när och hur kontrollerna har genomförts. Inte i något fall redovisas heller om åtgärder har eller ska vidtas till följd av kontrollernas resultat.

Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten
Enligt kontrollplanen ska en kontroll genomföras inom området. Av rapporteringen framgår dock inte om, hur eller när kontrollen har gjorts, varför den bedömts som röd.

Riskområde Följsamhet till lagar och regler
En av de två kontroller som genomförts inom området har bedömts ha brister, varför den bedömts gul. Kontrollen har genomförts och brister har konstaterats, men det anges inte om åtgärder, och i sådana fall vilka, som ska vidtas.

Den andra kontrollen saknar angivelse av hur och när kontrollen är genomförd, varför den bedömts röd. För en av de tre verksamheterna som kontrollen omfattar har inte kontroll genomförts.

Bedömning
Vår bedömning är att rapporteringen av genomförd intern kontroll har omfattande brister. I samtliga fall utom ett saknas det information om hur och när kontrollerna har genomförts. Detta beror sannolikt på att motsvarande information saknas även i kontrollplanen. Det bör vara förhållandevis enkelt att ange hur och när kontrollerna har genomförts, varför möjligheterna till positiv utveckling av hur den interna kontrollen genomförs och rapporteras bedöms som goda. I samtliga fall saknas även angivelse av om resultatet av den genomförda kontrollen föranleder att åtgärder av något slag vidtas.

7 Avslutande bedömning

7.1 Svar på revisionsfrågorna

- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering för det egna ansvarsområdet upprättat en organisation med tydlig arbets- och ansvarsprocess för den interna kontrollen?

Ja, såväl landstingsstyrelsen som hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering har under 2015 antagit anpassade riktlinjer för intern kontroll för respektive verksamhet. Riktlinjerna innehåller beskrivningar av hur såväl arbets- som ansvarsprocessen ser ut för respektive nämnd.

Vid staben för planering och styrning finns en strateg som ansvarar för processen med att samla in och sammanställa rapporteringen av intern kontroll för landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. För nämnden för funktionshinder och habilitering ansvarar en annan tjänsteman vid staben för rapportering.

- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt att det finns dokumenterade riskbedömningar?

Ja, landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering har samtliga i samband med att beslut fattades om kontrollplan för 2015 också delgivits riskbedömning och riskanalys. I de nya riktlinjerna för intern kontroll som antagits fastslås att riskanalys på nämndnivå ska vara en integrerad del av kontrollplanen.

- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering beslutat om internkontrollplaner för år 2015?

Ja, landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering har samtliga under mars/april 2015 beslutat om internkontrollplan för 2015.

Enligt landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll ska internkontrollplanen för året antas i samband med att verksamhetsplanen utarbetas, vilket inte skedde inför 2015.

- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt att deras internkontrollplaner beskriver vilka kontroller som ska

genomföras, vem som har ansvaret för kontrollerna och när uppföljning ska ha genomförts?

I kontrollplanerna för landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden är det tydligt vilka områden som ska kontrolleras genom de olika kontrollaktiviteterna. I kontrollplanen för nämnden för funktionshinder och habilitering är det delvis tydligt vilka områden som ska kontrolleras. I några fall saknas angivelse av vilka kontrollaktiviteter som ska genomföras för att kontrollera risken. Otydligheten i detta beror i stor utsträckning på att det saknas angivelse av metoden för kontroll.

- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt att kontrollerna i planerna är genomförda?

Nej, för samtliga granskade nämnder är vår bedömning att redovisningen av ett stort antal kontroller håller så pass låg kvalitet att det inte går att säga att de har genomförts i enlighet med kontrollplanerna. För nämnden för funktionshinder och habilitering bedöms redovisningen av samtliga kontroller hålla för låg kvalitet. I stor utsträckning beror detta på avsaknad av beskrivning av metod och frekvens för kontrollerna.

- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt en tillfredsställande återrapportering till styrelsen och nämnderna av genomförda kontroller?

Nej, vår bedömning är att återrapporteringen inte är tillräckligt utförlig för att styrelsen och nämnderna ska kunna säkerställa att tillräcklig kontroll har genomförts i enlighet med reglemente och riktlinjer för intern kontroll. I flera fall håller rapporteringen av de genomförda kontrollerna för låg kvalitet. I andra fall finns det brister i metoden för kontroll vilket lett till att kontrollen inte kunnat mäta det den ämnat mäta, varför bedömningen är att kontrollen inte har genomförts.

- Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering beslutat om åtgärder i händelse av att den interna kontrollen visat på brister?

Landstingsstyrelsen gav i samband med avrapporteringen av intern kontroll vid delårsrapporteringen uppdrag till landstingsdirektören att ta fram rutiner som möjliggör mätning av gapet mellan utlysta och tillsatta tjänster, en brist som konstaterades då kontrollen av detta skulle genomföras. Styrelsen vidtog också åtgärder för att bl.a. säkerställa att reservrutiner upprättas i verksamheten och att arbetet med att säkerställa att fakturor är korrekta fortsätter.

Hälso- och sjukvårdsnämnden gav i samband med avrapporteringen av intern kontroll vid delårsrapporteringen i uppdrag till landstingsdirektören att ta fram rutiner som möjliggör mätning av gapet mellan utlysta och tillsatta tjänster, en brist som konstaterades då kontrollen av detta skulle genomföras. I övrigt konstateras att det pågår utvecklingsarbete inom de områden där kontrollerna har visat på störst brister, vilket är följsamhet till ärendeberedningsprocessen samt rapportering av delegationsbeslut till nämnden. Detta har dock inte föranlett särskilda beslut av nämnden.

Nämnden för funktionshinder och habilitering har inte vid avrapportering av den interna kontrollen fattat några beslut om särskilda åtgärder med anledning av resultatet från den interna kontrollen. Inte i något fall har efter genomförd kontroll några behov av åtgärder konstaterats.

I samband med avrapporteringen av den interna kontrollen i respektive nämnd lämnade landstingsdirektören en särskild analys av årets arbete med intern kontroll. Här konstateras att årets utvecklingsarbete har inneburit nya styrdokument och arbetsformer samt nya rutiner för framtagande av kontrollplan och rapportering. Ett förslag till förbättring till nästkommande år är att analys av nämndernas/styrelsernas och det övergripande internkontrollsystemet genomförs i samband med delårsrapporten per augusti och inte i samband med årsrapporten som för i år. Detta för att analysen ska kunna utgöra ett underlag för kommande års internkontrollplaner som antas under hösten i samband med verksamhetsplaneringen.

7.2 Sammanfattande bedömning

Syftet i denna revisionsrapport är att granska i vilken grad landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt nämnden för funktionshinder och habilitering följer fullmäktiges reglemente för intern kontroll. Granskningen avser landstingsstyrelsen som nämnd, hälso- och sjukvårdsnämnden samt nämnden för funktionshinder och habilitering.

Vår bedömning är att reglementet för intern kontroll följs i viss grad. Vi baserar detta på följande:

- Granskade nämnder/styrelser har samtliga antagit anpassade riktlinjer för den interna kontrollens organisation och funktion
- Granskade nämnder/styrelser har antagit en plan för intern kontroll innehållande riskbedömning
- Granskade nämnder/styrelser har två gånger under året följt upp den interna kontrollen inom verksamheten

Den avgörande brist som framkommit i granskningen, och som gäller samtliga granskade nämnder är att en stor del av kontrollerna som rapporterats håller låg kvalitet. Kvalitetsbristerna består huvudsakligen i avsaknad av beskrivning av metod och frekvens för kontroll, undermålig beskrivning av kontrollens resultat samt avsaknad av beskrivning av vilka åtgärder som ska vidtas till följd av kontrollens resultat. I viss utsträckning består kvalitetsbristerna även i att tillämpad metod för kontroll varit felaktig vilket lett till att kontrollen inte mätt det den ämnat mäta.

Nämndernas kontrollplaner har dock inte antagits i samband med att verksamhetsplanerna utarbetats, något som enligt de övergripande riktlinjerna för intern kontroll ska göras.

Vår bedömning är att de övergripande riktlinjer som landstingsstyrelsen antagit samt de anpassade riktlinjer som de granskade nämnderna/styrelsen antagit på ett tydligt sätt beskriver hur den interna kontrollen ska genomföras och vilka krav som ställs på rapporteringen, vilket är positivt. Vår rekommendation är därför att granskade nämnder framgent säkerställer att den interna kontrollen samt rapporteringen av densamma genomförs i enlighet med dessa riktlinjer.

I granskningen framkommer också att den riskbedömning som ligger till grund för nämndernas kontrollplaner inte genomförs årligen. Vi ser det som positivt att riskbedömningar nu för samtliga granskade nämnder ligger till grund för kontrollplanerna, något som inte varit fallet tidigare år. Vår rekommendation är dock att nämnderna årligen genomför riskbedömningar i sina respektive verksamheter för att säkerställa att väsentliga risker lyfts in i kontrollplanen för året.

Umeå den 15 april 2016

Anders More

Gunnar Uhlin

8 Källförteckning

Reglemente för intern kontroll - Västerbottens läns landsting, 2015-02-17

Riktlinjer för intern kontroll, antagna av landstingsstyrelsen 2015-06-02

Anpassade riktlinjer för intern kontroll inom Landstingsstyrelsens ansvarsområde, antagna av landstingsstyrelsen 2015-10-20

Anpassade riktlinjer för intern kontroll inom Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde, antagna av hälso- och sjukvårdsnämnden 2015-11-25

Anpassade riktlinjer för intern kontroll inom Nämnden för funktionshinder och habiliterings ansvarsområde, antagna av nämnden för funktionshinder och habilitering 2015-10-27

Protokoll sammanträde Landstingsstyrelsen 2015-04-07

Protokoll sammanträde Hälso- och sjukvårdsnämnden 2015-03-17—18

Protokoll sammanträde Nämnd för funktionshinder och habilitering, 2015-04-15

Landstingsstyrelsen – Internkontrollplan 2015 inklusive riskbedömning

Hälso- och sjukvårdsnämnden – Internkontrollplan 2015 inklusive riskvärdering

Nämnden för funktionshinder och habilitering – Internkontrollplan 2015 inklusive riskvärdering

Avrapportering per augusti – Landstingsstyrelsens internkontrollplan 2015

Avrapportering hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan augusti 2015

Redovisning av aktiviteter per den 31 augusti 2015 i enlighet med Nämnden för funktionshinder och habilitering – Internkontrollplan 2015 inklusive riskvärdering

Avrapportering 2015 – Landstingsstyrelsens internkontrollplan 2015

Avrapportering hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan december 2015

Redovisning av aktiviteter per den 31 december 2015 i enlighet med Nämnden för funktionshinder och habilitering – Internkontrollplan 2015 inklusive riskvärdering

Analys av system för intern kontroll i Västerbottens läns landsting 2015

Hälso- och sjukvårdsdirektörens analys av Hälso- och sjukvårdsnämndens system för intern kontroll 2015

Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektörens analys av Nämnden för funktionshinder och habiliterings system för intern kontroll 2015

LANDSTINGSREVISIONEN

Landstingsstyrelsens uppsikt över följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll

Rapport nr 28/2015

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

April 2016
Richard Norberg, revisionskontoret
Diarienummer: REV 55:2-2015

Innehåll

1. SAMMANFATTANDE ANALYS 3

BAKGRUND 4

1.1. IAKTTAGELSER I 2014 ÅRS GRANSKNING 4
1.2. REVISIONSFRÅGOR OCH REVISIONSKRITERIER 4
1.3. METOD OCH AVGRÄNSNING 5

2. RESULTAT AV GRANSKNINGEN 5

3.2 FULLMÄKTIGES REGLEMENTE FÖR INTERN KONTROLL 5
3.3 LANDSTINGSSTYRELSENS RIKTLINJER 6

4 GRANSKNINGENS RESULTAT 7

4.1 LANDSTINGSSTYRELSENS ANSVAR SOM STYRELSE 7
4.2 VÅR KOMMENTAR 9
4.3 LANDSTINGETS SAMTLIGA STYRELSER OCH NÄMNDER 10
4.4 VÅR KOMMENTAR 10
4.4 UPPFÖLJNING AV 2014 ÅRS REKOMMENDATIONER 11
4.4 VÅR KOMMENTAR 11
4.5 SVAR PÅ REVISIONSFRÅGOR 11
4.6 REKOMMENDATIONER 12

1. Sammanfattande analys

Positivt är att fullmäktige beslutat om nytt reglemente och landstingsstyrelsen om nya riktlinjer för intern kontroll. De båda styrdokumenten anger hur styrelser och nämnder ska arbeta med den interna kontrollen. Positivt är också att patientnämnden i allt väsentligt följer reglementet och riktlinjerna.

Negativt är att flertalet av landstingets övriga styrelser och nämnder inte i tillräcklig grad följer reglementet och riktlinjerna för den interna kontrollen. Negativt är också att kvaliteten på arbetet med den interna kontrollen bland flera styrelser och nämnder är allt för låg.

En slutsats från granskningen är att landstingsstyrelsen inte haft tillräcklig uppsikt över att styrelser och nämnder följer fullmäktiges reglemente för intern kontroll. Inom flera områden finns det behov av att landstingsstyrelsen och övriga styrelser och nämnder vidtar kraftfulla åtgärder för att utveckla den interna kontrollen. Mot bakgrund av granskningens iakttagelser lämnar vi följande rekommendationer till landstingsstyrelsen:

- Se till att de kontroller som finns i styrelsens egen internkontrollplan är tillräckligt specifika. Av internkontrollplanerna bör det framgå hur och med vilken omfattning kontrollerna ska göras
- Se till att kontrollerna i internkontrollplanen blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet.
- Besluta om tillräckliga åtgärder i händelse av att brister blir identifierade.
- Se till att fullmäktige minst två gånger per år får rapporter om det samlade systemet i landstinget för intern kontroll.

Därutöver bör landstingsstyrelsen verka för att övriga styrelser och nämnder:

- Ser till att de kontroller som finns i deras internkontrollplaner är tillräckligt specifika. Av internkontrollplanerna bör det tydligare framgå hur och med vilken omfattning kontrollerna ska göras
- Säkerställer att kontroller i internkontrollplaner blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet.
- Beslutar om tillräckliga åtgärder i händelse av att brister blir identifierade.

Bakgrund

Styrelser och nämnder ska inom sina ansvarsområden se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig. Landstingsstyrelsen ska ha uppsikt över övriga styrelser och nämnders verksamheter. Revisorerna har i sin granskningsplan för år 2015 beslutat att granska hur landstingsstyrelsen i egenskap av styrelse har uppsikt över att övriga styrelser och nämnder följer fullmäktiges reglemente för intern kontroll.

1.1. Iakttagelser i 2014 års granskning

I 2014 år granskning (nr 35/2014 och 36/2014) konstaterade revisorerna att det fanns brister i styrelser och nämnders följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll. Med anledning av iakttagelserna lämnade revisorerna följande rekommendationer till landstingsstyrelsen:

- Verka för att övriga styrelser och nämnder såg till att de kontroller som fanns i deras internkontrollplaner var tillräckligt specifika. Av internkontrollplanerna borde det framgå hur och med vilken omfattning kontrollerna skulle göras.
- Verka för att övriga styrelser och nämnder säkerställde att kontroller i deras internkontrollplaner blev genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet. Av redovisningen borde det framgå:
    - Metod och omfattningen av kontrollerna
    - Resultatet av kontrollerna
    - Åtgärder för att rätta till identifierade brister
- Verka för att övriga styrelser och nämnder beslutade om åtgärder i händelse av att brister blev identifierade.

Vid avrapporteringen av den interna kontrollen för år 2014 konstaterade även landstingsdirektören att det i flera fall fanns brister i såväl metoder för kontroller som i underlagen till respektive styrelse och nämnd. Med anledning av rapporteringen gav landstingsstyrelsen den 7 april 2015 i uppdrag till landstingsdirektören att senast i juni 2015 ge förslag på hur landstingets styrdokument för intern kontroll kunde revideras. Enligt landstingsstyrelsens beslut skulle landstingsdirektören lämna förslag på krav på internkontrollplaners innehåll och kontrollernas kvalitet. Landstingsdirektören skulle också lämna förslag på metoder för kontroller och hur resultatet av kontrollerna skulle hanteras och värderas.

1.2. Revisionsfrågor och revisionskriterier

Granskningen avser år 2015 och är avgränsad till landstingsstyrelsens ansvar som styrelse. Enligt fullmäktiges reglemente för intern kontroll ska landstingsstyrelsen årligen utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll. Vid behov ska landstingsstyrelsen besluta om förändringar i systemet för internkontroll. Vi har formulerat följande revisionsfrågor:

- Har landstingsstyrelsen säkerställt att övriga styrelser och nämnder följt fullmäktiges reglemente och styrelsens riktlinjer för intern kontroll?
- Har landstingsstyrelsen utvärderat landstingets samlade system för intern kontroll?
- Har det funnits behov för landstingsstyrelsen att besluta om förändringar i systemet för intern kontroll? Om så är fallet, har landstingsstyrelsen beslutat om sådana åtgärder?
- Har landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av rekommendationer i 2014 års granskning?
- Har landstingsstyrelsen minst två gånger för år 2015 informerat fullmäktige om styrelsens och nämndernas internkontrollarbete?

Utgångspunkten för våra bedömningar är kommunallagen (6 kap. 1§) och fullmäktiges reglemente för intern kontroll

1.3. Metod och avgränsning

Granskningens iakttagelser bygger på slutsatser från grundläggande granskningar av styrelser och nämnder: Granskningens iakttagelser bygger också på slutsatser från den fördjupade granskning (27/2015) som är gjord av landstingsstyrelsens, hälso- och sjukvårdsnämndens och nämnden för funktionshinder och habiliterings följsamhet till fullmäktiges reglemente för interna kontroll. Därutöver har vi genomfört en granskning av styrelsens protokoll. Avstämningar och kvalitetssäkring är gjord med tjänstemän som har ansvar att stödja landstingsstyrelsen i arbetet med att följa fullmäktiges reglemente för intern kontroll. Granskningen är avgränsad till år 2015. I granskningen ingår inte i vilken grad samverkansnämnden och de tre nämnderna för folkhälsa och primärvård följer reglementet för intern kontroll. Denna avgränsning har vi gjort mot bakgrund av att dessa fyra nämnder inte har ansvar för någon stab eller basenhet.

2. Resultat av granskningen

3.2 Fullmäktiges reglemente för intern kontroll

I landstingets reglemente för intern kontroll (VLL 101-2015) har fullmäktige beslutat att landstingsstyrelsen har ett övergripande ansvar att se till att landstinget har en god intern kontroll. Ansvaret innebär enligt fullmäktige att landstingsstyrelsen ska:

- Besluta om landstingsövergripande riktlinjer för hur styrelser och nämnder ska tillämpa fullmäktiges reglemente för intern kontroll.
- Löpande eller minst två gånger per år informera fullmäktige om styrelsens och nämndernas arbete med intern kontroll.
- Utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll och vid behov besluta om nödvändiga förändringar.
- Vid behov föreslå fullmäktige nödvändiga förändringar av reglementet för intern kontroll.

I samband med årsredovisningen ska landstingsstyrelsen till fullmäktige rapportera:

- Omfattningen av utförd uppföljning av styrelser och nämnder.
- Resultatet av denna uppföljning.
- Vilka åtgärder styrelser och nämnder vidtagit med anledning av deras egen uppföljning av den interna kontrollen.
- Förslag på åtgärder för att förbättra de landstingsgemensamma riktlinjerna för intern kontroll

I reglementet kan man också läsa att övriga styrelser och nämnder minst två gånger per år i samband med delårsrapporterna ska rapportera till landstingsstyrelsen om sin uppföljning av den interna kontrollen.

3.3 Landstingsstyrelsens riktlinjer

Av landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll (VLL 414:1-2015) framgår att varje nämnd ska:

- Besluta om anpassade riktlinjer för det egna arbetet med intern kontroll.
- Genomföra en riskanalys i enlighet med en särskilt framtagen mall.
- Besluta om årlig internkontrollplan för sitt ansvarsområde.
- Löpande styra och följa upp arbetet med den interna kontrollen.
- Vara aktiv och vidta åtgärder om brister i verksamheten eller arbetet med den interna kontrollen uppmärksammas.

Vid uppföljningen ska nämnderna löpande, eller minst i samband med delårsrapporten per augusti och i årsrapporten följa upp sina internkontrollplaner. Av denna redovisning ska det framgå:

- När och hur kontrollaktiviteter är genomförda.
- Resultatet av kontrollaktiviteterna.
- Åtgärder som eventuellt vidtagits med anledning av uppmärksammade brister.

De landstingsövergripande riktlinjerna omfattar också landstingsdirektören. Enligt styrelsens riktlinjer har landstingsdirektören följande ansvar:

- Se till att alla verksamheter följer landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll. Landstingsdirektören ska rapportera till landstingsstyrelsen om riktlinjerna inte följs.
- Besluta om tjänstemannaorganisationens metoder och organisering för arbetet med intern kontroll.
- Årligen lämna en rapport till landstingsstyrelsen med en analys och bedömning av landstingets samlade system för intern kontroll. I denna analys ska landstingsdirektören redogöra för omfattningen av de kontroller som är genomförda av styrelser och nämnder, resultatet av styrelsernas och nämndernas uppföljning samt vilka åtgärder de vidtagit med anledning av identifierade brister. Vid behov ska

landstingsdirektören lämna förslag på åtgärder för att utveckla det landstingsövergripande arbetet med intern kontroll.
- Ta fram underlag till styrelsernas och nämndernas riskanalyser.
- Rapportera omedelbart till landstingsstyrelsen om det upptäcks brott eller allvarliga brister i den interna kontrollen.

I samband med att nämnderna beslutar om sina verksamhetsplaner ska nämnderna också anta planer för sin interna kontroll. Enligt styrelsens anvisningar ska planerna innehålla:

- Riskbedömningar.
- Uppgifter om vilka kontroller som ska genomföras och följas upp.
- Omfattningen på kontrollaktiviteterna.
- Vem som har ansvar för att utföra uppföljning.
- Till vem uppföljningen ska rapporteras.
- När rapportering ska göras.

4 Granskningens resultat

4.1 Landstingsstyrelsens ansvar som styrelse

I tabellen nedan finns en sammanställning över i vilka delar vi bedömer att landstingsstyrelsen följer fullmäktiges reglemente i egenskap av styrelse.

Revisionsfråga	Bedömning Ja/Nej	Vår kommentar
Har landstingsstyrelsen beslutat om riktlinjer för det landstingsövergripande arbetet med intern kontroll	Ja	150602, § 116
Har landstingsstyrelsen säkerställt att övriga styrelser och nämnder beslutat om anpassade anvisningar?	Ja	Se tabell på sida 10.
Har landstingsstyrelsen säkerställt att övriga styrelser och nämnder har tagit fram dokumenterade riskanalyser?	Nej	Alla styrelser och nämnder har inte tagit fram dokumenterade riskanalyser. Se mer i tabell på sida 10.
Har landstingsstyrelsen säkerställt att övriga styrelser och nämnder beslutat om internkontrollplaner?	Nej	Alla styrelser och nämnder har inte internkontrollplaner. Se mer i tabell på sida 10. *Tabellen fortsätter på nästa sida*

Revisionsfråga	Bedömning Ja/Nej	Vår kommentar
Har landstingsstyrelsen säkerställt att övriga styrelser och nämnder i sina internkontrollplaner beskriver vilka kontroller som ska genomföras, vem som ansvarar för kontrollerna och när uppföljning ska vara genomförd?	Nej	Se tabell på sida 10.
Har landstingstyrelsen säkerställt att övriga styrelser och nämnder i samband delårsrapporter per augusti rapporterat till styrelsen om arbetet med intern kontroll?	Nej	Alla styrelser och nämnder har inte rapporterat till landstingsstyrelsen om sitt arbete med den interna kontrollen. Se mer i tabell på sida 10.
Har landstingsstyrelsen i samband med delårsrapporten per augusti till fullmäktige rapporterat om arbetet med intern kontroll?	Nej	
Har landstingstyrelsen säkerställt att övriga styrelser och nämnder i samband med beslut om årsrapporter rapporterat till styrelsen om arbetet med intern kontroll?	Nej	Alla styrelser och nämnder har inte i samband med beslut om årsrapporter rapporterat till landstingsstyrelsen om arbetet med den interna kontrollen. Se mer i tabell på sida 10.
Har landstingsstyrelsen i samband med årsrapporten utvärderat landstingets samlade system för intern kontroll?	Ja	Utvärderingen är översiktlig och missar att identifiera flera av de brister som revisionen uppmärksammar i sina granskningar. *Tabellen fortsätter på nästa sida*

Revisionsfråga	Bedömning Ja/Nej	Vår kommentar
Har landstingsstyrelsen vidtagit åtgärder i händelse av att utvärdering visat på brister i den interna kontrollen?	Delvis	Landstingsstyrelsen har gett i uppdrag till landstingsdirektören att ändra i styrdokument så att utvärdering av styrelser och nämnders arbete med den interna kontrollen kan göras i samband med beslut om delårsrapporten per augusti. Mot bakgrund av de brister som vi identifierat i 2015 års arbete med intern kontroll borde landstingsstyrelsen ha beslutat om fler och kraftfullare åtgärder.
Har landstingsstyrelsen i samband med årsrapporten informerat fullmäktige om arbetet med den interna kontrollen	Nej	

Av en utvärdering den 5 april 2016 framgår att landstingsstyrelsen ansåg att landstingets system för arbetet med den interna kontrollen hade utvecklats år 2015 jämfört med tidigare år. Landstingsstyrelsen ansåg att fler kontroller än tidigare hade genomförts enligt internkontrollplaner och att metoder för kontrollerna i högre utsträckning hade beskrivits. Enligt landstingsstyrelsen fanns det dock potential för ytterligare förbättringar vad gällde exempelvis kontrollernas kvalitet. Med anledning av utvärderingen gav styrelsen i uppdrag till landstingsdirektören att ta fram förslag på ändringar i styrande dokument så att analyser av internkontrollsystemet skulle kunna genomföras i samband med beslut om delårsrapport per augusti.

4.2 Vår kommentar

Vi bedömer att landstingets system för intern kontroll endast marginellt förbättrats i jämförelse med tidigare år. Förbättringen består av att fullmäktige beslutat om nytt reglemente för intern kontroll, landstingsstyrelsen om nya riktlinjer för intern kontroll och att tillhörande mallar medger en tydligare struktur för hur internkontrollplaner ska vara utformade. Av våra grundläggande granskningar av styrelser och nämnder och av granskningsrapport som avser landstingsstyrelsens, hälso- och sjukvårdsnämndens och nämnden för funktionshinder och habiliterings följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll (nr 27/2015) framgår stora brister i kvaliteten i arbetet

med den interna kontrollen. Vi anser att landstingsstyrelsen inte haft tillräcklig uppsikt och inte agerat tillräckligt kraftfullt med anledning av de identifierade bristerna i den interna kontrollen.

4.3 Landstingets samtliga styrelser och nämnder

I tabellen nedan finns en sammanställning över hur vi bedömer att styrelser och nämnder följer fullmäktiges reglemente och landstingsstyrelsens riktlinjer för internkontroll. Mot bakgrund av att samverkansnämnden och nämnderna för folkhälsa och primärvård inte har ansvar för någon verksamhet så gör vi inte någon bedömning av dessa nämnders följsamhet till reglementet och riktlinjerna.

Utförligare information om styrelser och nämnders arbete med intern kontroll finns i de grundläggande granskningar som årligen tas fram för styrelser och nämnder samt i rapport nr 27/2015.

Revisionsfrågor	Styrelsen	HSN	NFH	Folkhögskolestyrelsen	Patientnämnden	Kostnämnden	Måltidsnämnden
1. Har nämnden beslutat om anpassade anvisningar?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2. Har nämnden säkerställt att det finns dokumenterade riskbedömningar?	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
3. Har nämnden beslutat om internkontrollplan?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
4. Har nämnden säkerställt att internkontrollplanerna beskriver vilka kontroller som ska genomföras, vem som ska genomföra kontrollerna och när uppföljning ska vara genomförd?	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
5. Har nämnden i samband med delårsrapporten per augusti följt upp arbetet med den interna kontrollen?	ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja[2]
6. Har nämnden säkerställt att kontroller i internkontrollplanen är genomförda?	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej[3]
7. Har nämnden bedömt resultatet av genomförd uppföljning av intern kontroll?	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
8. Har nämnden beslutat om åtgärder i händelse av att den interna kontrollen visat på brister?	Delvis	Delvis	Nej	Nej	–[1]	Nej	-[1]
9. Har nämnden senast i samband med årsrapporten till landstingsstyrelsen rapporterat om resultatet från uppföljningen av internkontrollen?	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej

1. Internkontrollen identifierade inga avvikelser.
2. Uppföljning av den interna kontrollen är genomförd i oktober 2015.
3. Det går inte att bedöma i vilken grad kontroller är genomförda eftersom internkontrollplanen inte specificerar omfattningen av kontrollerna.

4.4 Vår kommentar

Sammanställningen visar att patientnämnden uppfyller krav som fullmäktige beslutat om i reglementet för intern kontroll. Övriga styrelser och nämnder har endast i vissa delar uppfyllt kraven. En återkommande brist hos flera av styrelserna och nämnderna är att kvaliteten på internkontrollplaner och dess genomförande är låg. En annan brist är att styrelsen och nämnder inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att rätta till kvalitetsbristerna.

4.4 Uppföljning av 2014 års rekommendationer

I tabellen nedan har vi sammanställt svar på frågan om landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av rekommendationer i 2014 års granskning.

Rekommendationer från 2014 års granskning:	Har nämnden under år 2015 vidtagit tillräckliga åtgärder? Ja/Nej	Vår kommentar:
Verka för att övriga styrelser och nämnder ser till att de kontroller som finns i deras internkontrollplaner är tillräckligt specifika. Av internkontrollplanerna bör det framgå hur och med vilken omfattning kontrollerna ska göras.	Nej	För flera av styrelsernas och nämndernas internkontrollplaner framgår inte tillräckligt tydligt hur kontroller ska genomföras. Flertalet av planerna är av låg kvalitet.
Verka för att övriga styrelser och nämnder säkerställer att kontroller i deras internkontrollplaner blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet.	Nej	Flera av styrelserna och nämnderna har inte säkerställt att kontrollerna blivit genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet.
Verka för att övriga styrelser och nämnder beslutar om åtgärder i händelse av att brister blir identifierade.	Nej	Få beslut om åtgärder med anledning av identifierade svagheter. Stort behov bland styrelser och nämnder att besluta om åtgärder för att utveckla kvaliteten i arbetet med den interna kontrollen

4.4 Vår kommentar

Vi är positiva till att landstingsstyrelsen arbetat med att ta fram nya styrdokument för hur styrelser och nämnder ska arbeta med intern kontroll. Detta har dock inte varit tillräckligt för att landstinget ska ha ett fungerande system för intern kontroll. För många av styrelserna och nämnderna är arbetet med den interna kontrollen alltjämt allt för svagt utvecklat.

4.5 Svar på revisionsfrågor

Vi anser att landstingsstyrelsen inte haft tillräcklig uppsikt över övriga styrelser och nämnders följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll. I tabellen nedan lämnar vi svar på granskningens revisionsfrågor.

Revisionsfrågor	Bedömning Ja/Nej	Vår kommentar
Har landstingsstyrelsen säkerställt att övriga styrelser och nämnder följt fullmäktiges reglemente och styrelsens riktlinjer för intern kontroll?	Nej	Flera styrelser och nämnder har låg följsamhet till reglemente och riktlinjer.
Har landstingsstyrelsen utvärderat landstingets samlade system för intern kontroll?	Ja	Utvärderingen är dock för översiktlig.
Har landstingsstyrelsen beslutat om åtgärder i händelse av att utvärderingen visar på sådant behov?	Delvis	Åtgärderna borda ha varit fler och kraftfullare mot bakgrund av de brister vi identifierat i arbetet med den interna kontrollen.
Har landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av rekommendationer i 2014 års granskning?	Nej	
Har landstingsstyrelsen minst två gånger för år 2015 informerat fullmäktige om styrelsens och nämndernas internkontrollarbete?	Nej	Varken i samband med delårs- eller årsrapporter lämnade styrelsen information till fullmäktige om arbetet med den interna kontrollen

4.6 Rekommendationer

Med utgångspunkt av granskningens iakttagelser lämnar vi följande rekommendationer till landstingsstyrelsen:

- Se till att de kontroller som finns i styrelsens egen internkontrollplan är tillräckligt specifika. Av internkontrollplanerna bör det framgå hur och med vilken omfattning kontrollerna ska göras
- Se till att kontrollerna i internkontrollplanen blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet.
- Besluta om tillräckliga åtgärder i händelse av att brister blir identifierade.
- Se till att fullmäktige minst två gånger per år får rapporter om det samlade systemet i landstinget för intern kontroll.

Därutöver bör landstingsstyrelsen verka för att övriga styrelser och nämnder:

- Ser till att de kontroller som finns i deras internkontrollplaner är tillräckligt specifika. Av internkontrollplanerna bör det tydligare framgå hur och med vilken omfattning kontrollerna ska göras
- Säkerställer att kontroller i internkontrollplaner blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet.
- Beslutar om tillräckliga åtgärder i händelse av att brister blir identifierade.

Umeå den 15 april 2016

Richard Norberg
Certifierad kommunal revisor