Västerbottens läns landsting

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING
Inkom 2018 -04- 13
Dnr:

MISSIV

2018-04-12

REV 16:3–2017
REV 44:4–2017

Landstingsstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Nämnden för funktionshinder
och habilitering

Följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll

Vi har genomfört två granskningar av följsamheten till fullmäktiges reglemente för intern kontroll. Den ena granskningen (Gr 14/2017) är inriktad mot landstingsstyrelsens uppsikt över att övriga nämnder år 2017 följde reglementet för intern kontroll. Den andra granskningen (Gr 13/2017) är inriktad mot landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering och i vilken grad de uppfyllde fullmäktiges krav i reglementet.

Landstingsstyrelsens uppsikt

Granskning visar att landstingsstyrelsen inte uppmärksammade att några av landstingets övriga nämnder år 2017 hade låg följsamhet till reglementet. Av granskningen framgår också att landstingsstyrelsen inte i tillräcklig grad informerade fullmäktige om nämndernas arbete år 2017 med den interna kontrollen. Hösten 2017 beslutade landstingsstyrelsen om reviderade riktlinjer för intern kontroll. Enligt de reviderade riktlinjerna skulle en analys av landstingets samlade system för intern kontroll göras i samband med delårsrapporten per augusti. Landstingsstyrelsens information i delårsrapporten var dock endast översiktlig. I delårsrapporten informerade landstingsstyrelsen inte om att några av landstingets nämnder inte uppfyllde kraven i fullmäktiges reglemente för intern kontroll. I årsredovisningen lämnade landstingsstyrelsen ingen information till fullmäktige om styrelsernas och nämndernas arbete med den interna kontrollen.

Vi vill uppmärksamma att fullmäktige beslutat om att landstingsstyrelsen i samband med årsredovisningen ska utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll. Enligt fullmäktiges reglemente för internkontroll ska landstingsstyrelsen i samband med årsredovisningen rapportera om:

- Omfattningen och resultat av den uppföljning som är genomförd av styrelser och nämnder.
- Vilka åtgärder styrelser och nämnder vidtagit med anledning av den uppföljning som är genomförd.
- Förslag på åtgärder för att förbättra de landstingsgemensamma riktlinjerna för intern kontroll.

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

Med anledning av våra iakttagelser lämnar vi följande rekommendationer till landstingsstyrelsen:

- Säkerställ att det finns rutiner i syfte att kontrollera att övriga nämnder uppfyller fullmäktiges reglemente och landstingsstyrelsens anvisningar för intern kontroll. Landstingsstyrelsen bör bland annat kontrollera att nämnderna:
    - Beslutar om riskanalyser och internkontrollplaner. Av internkontrollplanerna bör det metodmässigt framgå hur kontrollerna ska genomföras och rapporteras.
    - Säkerställer att kontrollerna i internkontrollplanerna blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet. Att tillräckliga åtgärder vidtas om kontrollerna visar på avvikelser.
    - Utvärderar sina arbeten med den interna kontrollen. Att nämnderna vidtar åtgärder om det finns brister i arbetet med den interna kontrollen.
- Lämnar rapporter till fullmäktige i enlighet med reglementet för intern kontroll.

Utveckla kvaliteten

Granskning visar att kvaliteten på landstingsstyrelsens, hälso- och sjukvårdsnämndens och nämnden för funktionshinder och habiliterings arbete med den interna kontrollen utvecklades år 2017 (Gr 13/2017). Av granskningen framgår dock att det fanns kontroller som hade metodmässiga brister och att uppföljningen av kontrollerna behövde utvecklas. Med anledning av iakttagelserna lämnar vi följande rekommendationer till landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering:

- Fortsätt arbetet med att utveckla internkontrollplanerna. Se till att alla kontroller är tillräckligt specifika. Av internkontrollplanerna bör det tydligare framgå hur och med vilken omfattning kontrollerna ska göras
- Se till att kontrollerna blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet. Besluta om åtgärder i händelse av att brister blir identifierade.
- Utvärdera arbetet med den interna kontrollen. Vidta lämpliga åtgärder om utvärderingen visar att det finns brister i arbetet med den interna kontrollen.

Vid revisorernas överläggning den 12 april 2018 beslöt revisorerna enhälligt att ställa sig bakom slutsatser och rekommendationer i detta missiv. Missiv

och underliggande rapporter (Gr 13/2017 och Gr 14/2017) 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 27 september 2018.

För landstingets revisorer

Christer Fessé
Ordförande

Bert Öhlund
Vice ordförande

LANDSTINGSREVISIONEN

Landstingsstyrelsens uppsikt år 2017 över följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll

Rapport Gr 14/2017

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

April 2018
Richard Norberg, revisionskontoret
Diarienummer: REV 16:2–2017

Innehåll

1. SAMMANFATTANDE ANALYS **3**

1.1 REKOMMENDATIONER 3

2. BAKGRUND **5**

2.1 IAKTTAGELSER I 2016 ÅRS GRANSKNING 5
2.2 LANDSTINGSSTYRELSENS YTTRANDE 6
2.3 REVISIONSFRÅGOR OCH REVISIONSKRITERIER 6
2.4 METOD OCH GENOMFÖRANDE 7

3. REGLER OCH RIKTLINJER **7**

3.1 FULLMÄKTIGES REGLEMENTE FÖR INTERN KONTROLL 7
3.2 LANDSTINGSSTYRELSENS RIKTLINJER 8
3.3 VÅR KOMMENTAR 9

4. GRANSKNINGENS RESULTAT **9**

4.1 LANDSTINGSSTYRELSENS ANSVAR SOM STYRELSE 9
4.2 VÅR KOMMENTAR 12
4.3 LANDSTINGETS SAMTLIGA STYRELSER OCH NÄMNDER 12
4.4 VÅR KOMMENTAR 13
4.5 UPPFÖLJNING AV 2016 ÅRS REKOMMENDATIONER 13
4.6 VÅR KOMMENTAR 14
4.7 SVAR PÅ REVISIONSFRÅGOR 14
4.8 REKOMMENDATIONER 15

1. Sammanfattande analys

Av granskningen framgår att landstingsstyrelsen för år 2017 inte hade uppsikt över att samtliga nämnder hade en tillräcklig kvalitet i arbetet med den interna kontrollen. Landstingsstyrelsen uppmärksammade inte att några av nämnderna hade låg följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll. Granskningen visar att landstingsstyrelsen inte i tillräcklig grad analyserade nämndernas arbete med den interna kontrollen.

Av granskningen framgår också att landstingsstyrelsen inte i tillräcklig grad informerade fullmäktige om styrelsers och nämnders arbete år 2017 med den interna kontrollen. Landstingsstyrelsens information i delårsrapporten var endast översiktlig. I delårsrapporten informerade landstingsstyrelsen inte om att några av nämnderna hade svårt att uppfylla fullmäktiges krav i reglementet för intern kontroll.

I årsredovisningen lämnade landstingsstyrelsen ingen information till fullmäktige om styrelsernas och nämndernas arbete med den interna kontrollen. Av styrelsens reviderade riktlinjer för intern kontroll framgår att en analys av landstingets samlade system för intern kontroll skulle göras i samband med delårsrapporten per augusti.

Vi vill uppmärksamma att fullmäktige beslutat om att landstingsstyrelsen i samband med årsredovisningen ska utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll. Enligt fullmäktiges reglemente för internkontroll ska landstingsstyrelsen i samband med årsredovisningen rapportera om:

- 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.

1.1 Rekommendationer

Mot bakgrund av granskningens iakttagelser lämnar vi följande rekommendationer till landstingsstyrelsen:

- Se till att samtliga kontroller i den egna internkontrollplanen blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet.
- Besluta om tillräckliga åtgärder i händelse av att brister blir identifierade.
- Genomför en mer ingående analys av styrelsens eget arbete som nämnd med den interna kontrollen. Vid identifierade brister i systemet för arbetet med den interna kontrollen bör styrelsen besluta om åtgärder som är tillräckliga för att rätta till bristerna.
- Säkerställ att det finns rutiner i syfte att kontrollera att övriga nämnder uppfyller fullmäktiges reglemente och landstingsstyrelsens anvisningar för intern kontroll. Landstingsstyrelsen bör bland annat kontrollera att nämnderna:

- Beslutar om riskanalyser och internkontrollplaner. Av internkontrollplanerna bör det metodmässigt framgå hur kontrollerna ska genomföras och rapporteras.
- Säkerställer att kontrollerna i internkontrollplanerna blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet. Att tillräckliga åtgärder vidtas om kontrollerna visar på avvikelser.
- Utvärderar sina arbeten med den interna kontrollen. Att nämnderna vidtar åtgärder om det finns brister i arbetet med den interna kontrollen.

- Lämnar rapporter till fullmäktige i enlighet med reglementet för intern kontroll. Enligt reglementet ska landstingsstyrelsen utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll.

2. 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 revisionsplan för år 2017 beslutat att granska om landstingsstyrelsen har haft tillräcklig uppsikt över att övriga styrelser och nämnder följer fullmäktiges reglemente för intern kontroll.

2.1 Iakttagelser i 2016 års granskning

Positivt var att fullmäktiges reglemente och landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll tydligt angav hur arbetet med den interna kontrollen i landstinget skulle vara utformat. Positivt år 2016 var att patientnämnden och den gemensamma måltidsnämnden med Skellefteå kommun i allt väsentligt följde dessa riktlinjer och hade ett tillräckligt utvecklat arbete med den interna kontrollen.

Negativt var att landstingsstyrelsen och övriga nämnder under år 2016 inte i tillräcklig grad uppfyllde fullmäktiges reglemente och landstingstyrelsens riktlinjer för den interna kontrollen. Revisorerna bedömde att landstingsstyrelsen och de övriga nämnderna år 2016 hade för låg kvalitet på arbetet med den interna kontrollen.

Negativt var också att landstingsstyrelsen inte hade en tillräcklig uppsikt över att övriga nämnder följde fullmäktiges reglemente och landstingsstyrelsens anvisningar för intern kontroll. Inom flera områden fanns det behov av att landstingsstyrelsen och övriga nämnder vidtog kraftfulla åtgärder för att utveckla den interna kontrollen. Revisorerna bedömde att landstingsstyrelsen inte tillräckligt hade analyserat landstingets system för arbetet med intern kontroll. Revisorerna ansåg att landstingsstyrelsen inte heller hade agerat tillräckligt med anledning av bristerna i systemet med den interna kontrollen. Mot bakgrund av granskningens iakttagelser lämnade revisorerna följande rekommendationer till landstingsstyrelsen:

- Se till att kontrollerna i den egna internkontrollplanen blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet.
- Besluta om tillräckliga åtgärder i händelse av att brister blir identifierade.
- Genomför en mer ingående analys av styrelsens eget arbete som nämnd med den interna kontrollen. Vid identifierade brister i systemet för arbetet med den interna kontrollen bör styrelsen besluta om åtgärder som är tillräckliga för att rätta till bristerna.
- Genomför en mer ingående analys av landstingets samlade system för den interna kontrollen. 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 har vidtagit med anledning av deras egen uppföljning av den interna kontrollen.
- Förslag på åtgärder för att förbättra de landstingsgemensamma riktlinjerna för intern kontroll.

Därutöver bör landstingsstyrelsen verka för att övriga 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.
- Genomför mer ingående analys av deras arbete med den interna kontrollen. Vid identifierade brister i systemet för arbetet med den interna kontrollen bör nämnderna besluta om åtgärder som är tillräckliga för att rätta till bristerna.

2.2 Landstingsstyrelsens yttrande

I ett yttrande den 9 september 2017 (VLL 947-2017) uppgav landstingsstyrelsen att den instämde med revisorerna om synpunkterna i 2016 års granskning. Styrelsen uppgav att det under år 2017 hade påbörjats ett utvecklingsarbete för att förbättra uppföljningen av internkontrollplaner. En del i detta förbättringsarbete var att styrelsen hade beslutat om nya riktlinjer som innebar att landstingets samlade system för intern kontroll framöver skulle analyseras i samband med både delårsrapporter per augusti och årsredovisningen. Enligt de tidigare riktlinjerna skulle sådana analyser endast göras i samband med årsredovisningen. Syftet med att ställa krav på att analyser även skulle göras i delårsrapporten per augusti var att styrelsen och nämnderna skulle få ett bättre underlag när de skulle besluta om sina internkontrollplaner för kommande år. De analyser som gjordes i årsredovisningen genomfördes först efter det att styrelsen och nämnderna hade beslutat om sina internkontrollplaner för kommande år.

2.3 Revisionsfrågor och revisionskriterier

Granskningen avser år 2017 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?
- Om det är så att det funnits behov för landstingsstyrelsen att besluta om förändringar i systemet för intern kontroll, har landstingsstyrelsen beslutat om sådana åtgärder?
- Har landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av rekommendationer i 2016 års granskning?

- Har landstingsstyrelsen minst två gånger för år 2017 informerat fullmäktige om styrelsens och nämndernas internkontrollarbete?

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

2.4 Metod och genomförande

Granskningens iakttagelser bygger på slutsatser från grundläggande granskningar av styrelser och nämnder. Slutsatser bygger också på iakttagelser från den rapport (Gr 13/2017) som är inriktad mot hur landstingsstyrelsen som nämnd, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering uppfyller fullmäktiges reglemente för intern kontroll. Därutöver har vi genomfört en granskning av styrelsens protokoll. Avstämningar har löpande gjorts med tjänsteman i ledningsstaben med ansvar att i landstinget samordna arbetet med intern kontroll. Som ett led i kvalitetssäkringen av rapporten har denne tjänsteman samt landstingsdirektören och ekonomidirektören getts möjlighet att lämna synpunkter på rapportutkast.

3. Regler och riktlinjer

3.1 Fullmäktiges reglemente för intern kontroll

I fullmäktiges reglemente för internkontroll kan man läsa att landstingsstyrelsen har ett övergripande ansvar att se till att landstinget har en god intern kontroll (VLL 101-2015). 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.

Landstingsstyrelsen ska i samband med årsredovisningen utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll. En rapport till fullmäktige ska innehålla uppgifter om:

- 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.

3.2 Landstingsstyrelsens riktlinjer

I september 2017 beslutade landstingsstyrelsen om reviderade riktlinjer för styrelsers och nämnders arbete med intern kontroll (VLL 1650-2017). Den största förändringen var att landstingsstyrelsen skulle få en analys av landstingets samlade system för intern kontroll i delårsrapporten per augusti och inte i årsredovisningen. Enligt de reviderade riktlinjerna skulle landstingsdirektören också lämna förslag på åtgärder för att förbättra de landstingsgemensamma riktlinjerna för intern kontroll. I riktlinjerna ställde landstingsstyrelsen följande krav på sig själv och på nämnderna:

- Besluta om anpassade riktlinjer för det egna arbetet med intern kontroll.
- Genomför 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 kontroller är genomförda.
- Resultatet av kontrollerna.
- Åtgärder som vidtagits eller ska vidtas med anledning av uppmärksammade brister.

I riktlinjerna ställde landstingsstyrelsen följande krav på landstingsdirektören:

- Se till att alla verksamheter följer landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll. Landstingsdirektören ska rapportera till landstingsstyrelsen om riktlinjerna inte följs.
- Besluta om organisation och arbetssätt på tjänstemannanivå för arbetet med intern kontroll.
- I delårsrapporten per augusti och årsredovisningen 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 landstingsgemensamma riktlinjerna och rutinerna för arbetet med intern kontroll.
- Ta fram underlag till styrelsernas och nämndernas riskanalyser.
- Omedelbart rapportera till landstingsstyrelsen om det upptäcks brott eller allvarliga brister i den interna kontrollen.

3.3 Vår kommentar

Det är positivt att landstingsstyrelsen reviderat riktlinjerna för intern kontroll och ställer krav på att den interna kontrollen ska analyseras redan i samband med delårsrapporten per augusti. Genom att tidigarelägga tidpunkten för analys får styrelsen bättre förutsättningar att agera under innevarande år i händelse av att analysen identifierar avvikelser. Styrelser får också möjlighet att låta analysen ingå som underlag inför beslut om att utveckla det landstingsgemensamma systemet för internkontroll för efterföljande år. Vi vill uppmärksamma landstingsstyrelsen på att fullmäktige ställer krav på att styrelsen även i samband med årsredovisningen ska utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll.

Vi bedömer att landstingsstyrelsen kan förtydliga riktlinjerna för intern kontroll. Bland annat bör det förtydligas vilket ansvar hälso- och sjukvårdsdirektören har inför hälso- och sjukvårdsnämnden för arbetet med intern kontroll. Nedan ger vi exempel på otydligheter i riktlinjerna på ansvarsfördelningen mellan landstingsdirektören och hälso- och sjukvårdsdirektören.

Krav på landstingsdirektören i riktlinjerna för intern kontroll	**Vår kommentar**
Landstingsdirektören ansvarar för att verksamheten arbetar mot uppställda mål.	Vilket ansvar har hälso- och sjukvårdsdirektören för att hälso- och sjukvårdsnämndens verksamheter arbetar mot uppställda mål?
Landstingsdirektören ska se till att alla verksamheter följer landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll.	Vilket ansvar har hälso- och sjukvårdsdirektören att hälso- och sjukvårdsnämndens verksamheter följer riktlinjerna för intern kontroll?
Landstingsdirektören ska besluta om organisation och arbetssätt på tjänstemannanivå för arbetet med den interna kontrollen.	Gäller detta också för hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning?
Landstingsdirektören ska presentera underlag till styrelsens och nämndernas riskanalyser.	Vilket ansvar har hälso- och sjukvårdsdirektören för arbetet med hälso- och sjukvårdsnämndens riskanalys?

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	Vår kommentar
Har landstingsstyrelsen beslutat om riktlinjer för det landstingsövergripande arbetet med intern kontroll	Ja	170929, § 90
Har landstingsstyrelsen säkerställt att övriga styrelser och nämnder beslutat om anpassade anvisningar?	Ja	Se tabell på sida 12.
Har landstingsstyrelsen säkerställt att övriga styrelser och nämnder har tagit fram dokumenterade riskanalyser?	Nej	Folkhögskolestyrelsen saknar en riskanalys för år 2017.
Har landstingsstyrelsen säkerställt att övriga styrelser och nämnder beslutat om internkontrollplaner?	Nej	Folkhögskolestyrelsen har inte beslutat om en årlig internkontrollplan för år 2017.
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	Flera av landstingets styrelser och nämnder behöver metodmässigt utveckla sina internkontrollplaner. Se mer i tabell på sida 12.
Har landstingstyrelsen säkerställt att övriga styrelser och nämnder i samband delårsrapporter per augusti rapporterat till styrelsen om arbetet med intern kontroll?	Nej	Alla nämnder har inte rapporterat till landstingsstyrelsen om resultatet av sitt arbete med den interna kontrollen. Se mer i tabell på sida 12.
Har landstingsstyrelsen i samband med delårsrapporten per augusti till fullmäktige rapporterat om arbetet med intern kontroll?	Ja	Vi bedömer dock att rapporteringen är för översiktlig. *Tabellen fortsätter på nästa sida*

Revisionsfråga	Bedömning	Vår kommentar
Har landstingsstyrelsen i samband med delårsrapporten per augusti utvärderat landstingets samlade system för intern kontroll?	Nej	Vi anser att styrelsen på ett bättre sätt borde ha utvärderat hur det samlade systemet för intern kontroll fungerade. Styrelsen borde ha uppmärksammat att flera nämnder inte hade ett tillfredsställande arbete med den interna kontrollen.
Har landstingstyrelsen säkerställt att övriga styrelser och nämnder i samband med beslut om årsrapporter rapporterat till styrelsen om arbetet med intern kontroll?	Nej	Några av nämnderna följde inte upp resultatet av kontrollerna.
Har landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder i händelse av att utvärdering visat på brister i den interna kontrollen?	Nej	Vi anser att landstingsstyrelsen borde ha agerat kraftfullare med tanke på att flera av nämnderna inte hade ett tillfredsställande arbete med den interna kontrollen.
Har landstingsstyrelsen i samband med årsredovisningen informerat fullmäktige om arbetet med den interna kontrollen?	Nej	

Vår granskning av landstingsstyrelsens delårsrapporter för år 2017 visar att redovisningen av styrelsernas och nämndernas arbete med den interna kontrollen var översiktlig. I delårsrapporten per augusti 2017 uppgav landstingsstyrelsen att styrelsen själv, hälso- och sjukvårdsnämnden, nämnden för funktionshinder och habilitering samt patientnämnden hade följt upp den interna kontrollen. I delårsrapporten kommenterade landstingsstyrelsen inte varför övriga nämnder inte hade lämnat någon redovisning. Landstingsstyrelsen uppgav i delårsrapporten att redovisningen visade att 20 av 18 kontroller hade genomförts enligt plan under perioden januari – augusti 2017. Landstingsstyrelsen konstaterade att resultatet av kontrollerna till största delen var positivt. I delårsrapporten redogjorde landstingsstyrelsen för några av de genomförda kontrollernas resultat och för kontroller som inte var genomförda enligt plan. Enligt landstingsstyrelsen hade vissa åtgärder vidtagits på grund av resultatet av kontrollerna. I delårsrapporten bedömde landstingsstyrelsen att det inte fanns behov av ytterligare åtgärder.

I samband med årsredovisningen lämnade landstingsstyrelsen ingen redovisning av styrelsens och nämndernas samlade arbete med den interna kontrollen.

4.2 Vår kommentar

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 (Gr 13/2017) framgår att landstingsstyrelsen och flera av nämnderna metodmässigt behöver utveckla arbetet med den interna kontrollen. Några av nämnderna hade låg följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll. Vi anser att landstingsstyrelsen i sin uppföljning i delårsrapporten per augusti 2017 borde ha uppmärksammat dessa brister. Vi anser också att det är en brist att landstingsstyrelsen inte gjorde en samlad uppföljning av styrelsens och nämndernas arbete med den interna kontrollen i samband med årsredovisningen.

4.3 Landstingets samtliga styrelser och nämnder

I tabellen nedan finns en sammanställning över hur vi i rapport Gr 13/2017 och i grundläggande granskningar år 2017 bedömt att styrelser och nämnder följde 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.

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

4.4 Vår kommentar

Sammanställningen visar att måltidsnämnden i Skellefteå i huvudsak uppfyllde de krav som fullmäktige beslutat om i reglementet för intern kontroll. Landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering behöver metodmässigt förbättra kvaliteten för några av sina kontroller. I några fall anser vi också att framför allt landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden borde ha agerat mer med anledning av de resultat som kontrollerna visade. Folkhögskolestyrelsen, patientnämnden och kostnämnden hade låg följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll.

4.5 Uppföljning av 2016 års rekommendationer

I tabellen nedan har vi sammanställt svar på frågan om landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av rekommendationer i 2016 års granskning.

Rekommendationer från 2016 års granskning:	Har styrelsen under år 2017 vidtagit tillräckliga åtgärder?	Vår kommentar:
Se till att kontrollerna i den egna internkontrollplanen blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet.	Nej	Kvaliteten har höjts i jämförelse med tidigare år. Granskning (Gr 13/2017) visar dock att metoder och redovisning för flera kontroller behöver utvecklas.
Besluta om tillräckliga åtgärder i händelse av att brister blir identifierade.	Nej	Vi anser att styrelsen borde ha vidtagit fler åtgärder med anledning av kontrollernas resultat och med anledning av brister i arbetet med den interna kontrollen.
Genomför en mer ingående analys av styrelsens eget arbete som nämnd med den interna kontrollen. Vid identifierade brister i systemet för arbetet med den interna kontrollen bör styrelsen besluta om åtgärder som är tillräckliga för att rätta till bristerna.	Delvis	Styrelsens uppföljning av det egna arbetet med den interna kontrollen har utvecklats. Som framgått anser vi att det i styrelsens internkontrollplan för år 2017 fanns kontroller som metodmässigt behövde utvecklas. Vi anser att styrelsen under året borde ha uppmärksammat och rättat till dessa brister.
Genomför en mer ingående analys av landstingets samlade system för den interna kontrollen.	Nej	Uppföljningen i delårsrapporten per augusti 2017 var för översiktlig. I samband med årsredovisningen genomförde landstingsstyrelsen ingen uppföljning eller utvärdering av landstingets samlade system för intern kontroll.

Rekommendationer från 2016 års granskning:	Har nämnden under år 2017 vidtagit tillräckliga åtgärder?	Vår kommentar:
Se till att de kontroller som finns i de övriga 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.	Nej	Flera av nämnderna behöver metodmässigt utveckla sina internkontrollplaner.
Genomför mer ingående analys av övriga nämnders arbete med den interna kontrollen. Vid identifierade brister i systemet för arbetet med den interna kontrollen bör nämnderna besluta om åtgärder som är tillräckliga för att rätta till bristerna.	Nej	Landstingsstyrelsens uppföljning i delårsrapporterna är översiktlig. I samband med årsredovisningen lämnade landstingsstyrelsen ingen redovisning av arbetet med den interna kontrollen. Det saknas en utvärdering av hur systemet med intern kontroll fungerade år 2017.

4.6 Vår kommentar

Vi bedömer att landstingsstyrelsen behöver bli mer aktiv i sin uppsikt över att samtliga styrelser och nämnder uppfyller kraven i fullmäktiges reglemente för intern kontroll.

4.7 Svar på revisionsfrågor

Vi anser att landstingsstyrelsen för år 2017 inte hade tillräcklig uppsikt över övriga nämnders följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll. I tabellen nedan lämnar vi svar på granskningens revisionsfrågor.

Revisionsfrågor	Bedömning	Vår kommentar
Har landstingsstyrelsen säkerställt att övriga styrelser och nämnder följt fullmäktiges reglemente och styrelsens riktlinjer för intern kontroll?	Nej	Några nämnder hade låg följsamhet till reglemente och riktlinjer.
Har landstingsstyrelsen utvärderat landstingets samlade system för intern kontroll?	Nej	Uppföljningen i delårsrapporten var för översiktlig. Saknas utvärdering för hela året.
Om det är så att det funnits behov för landstingsstyrelsen att besluta om förändringar i systemet för intern kontroll, har landstingsstyrelsen beslutat om sådana åtgärder?	Nej	Vi anser att landstingsstyrelsen inta vidtagit tillräckliga åtgärder för att under år 2017 upptäcka och åtgärda brister i nämndernas arbete med den interna kontrollen.
Har landstingsstyrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av rekommendationer i 2016 års granskning?	Nej	
Har landstingsstyrelsen minst två gånger för år 2017 informerat fullmäktige om styrelsens och nämndernas internkontrollarbete?	Nej	Redovisningen i landstingsstyrelsens delårsrapporter är för översiktlig. Det saknas en rapport med utvärdering av landstingets samlade system för internkontroll i samband med årsredovisningen.

4.8 Rekommendationer

Mot bakgrund av granskningens iakttagelser lämnar vi följande rekommendationer till landstingsstyrelsen:

- Se till att samtliga kontroller i den egna internkontrollplanen blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet.
- Besluta om tillräckliga åtgärder i händelse av att brister blir identifierade.
- Genomför en mer ingående analys av styrelsens eget arbete som nämnd med den interna kontrollen. Vid identifierade brister i systemet för arbetet med den interna kontrollen bör styrelsen besluta om åtgärder som är tillräckliga för att rätta till bristerna.
- Säkerställ att det finns rutiner i syfte att kontrollera att övriga nämnder uppfyller fullmäktiges reglemente och landstingsstyrelsens anvisningar för intern kontroll. Landstingsstyrelsen bör bland annat kontrollera att nämnderna:

- Beslutar om riskanalyser och internkontrollplaner. Av internkontrollplanerna bör det metodmässigt framgå hur kontrollerna ska genomföras och rapporteras.
- Säkerställer att kontrollerna i internkontrollplanerna blir genomförda och återrapporterade med tillräcklig kvalitet. Att tillräckliga åtgärder vidtas om kontrollerna visar på avvikelser.
- Utvärderar sina arbeten med den interna kontrollen. Att nämnderna vidtar åtgärder om det finns brister i arbetet med den interna kontrollen.

- Lämnar rapporter till fullmäktige i enlighet med reglementet för intern kontroll. Enligt reglementet ska landstingsstyrelsen utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll.

Umeå den 6 april 2018

Richard Norberg
Certifierad kommunal revisor

LANDSTINGSREVISIONEN

Granskning av intern kontroll år 2017

Rapport Gr 13/2017

Västerbottens läns landsting

April 2018
Anders More, Ernst & Young AB
Diarienummer: REV 44:3-2017

Granskning av intern kontroll 2017

Västerbottens läns landsting

Building a better
working world

Innehåll

1 Sammanfattning 2
2 Inledning 4
2.1 Bakgrund 4
2.2 Syfte och avgränsning 4
2.3 Revisionsfrågor 4
2.4 Revisionskriterier 5
2.5 Metod 5
3 System för intern kontroll inom landstinget 5
3.1 Reglemente för intern kontroll 5
3.2 Riktlinjer för intern kontroll 6
3.3 Organisation 7
3.4 Riskanalys 8
3.5 Kontrollplaner 9
3.6 Rapportering och uppföljning 13
3.7 Åtgärder vid brister 15
4 Landstingsstyrelsens interna kontroll 15
4.1 Riskområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet 15
4.2 Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten 19
4.3 Riskområde Följsamhet till lagar och regler 21
4.4 Bedömning landstingsstyrelsens interna kontroll 23
5 Hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll 24
5.1 Riskområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet 24
5.2 Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten 28
5.3 Riskområde Följsamhet till lagar och regler 30
5.4 Bedömning hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll 35
6 Nämnden för funktionshinder och habiliterings interna kontroll 36
6.1 Riskområden Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet 36
6.2 Riskområde Följsamhet till lagar och regler 38
6.3 Bedömning nämnden för funktionshinder och habiliterings interna kontroll 40
7 Avslutande bedömning 40
7.1 Svar på revisionsfrågorna 40
7.2 Sammanfattande bedömning 42
8 Källförteckning 44

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 antog under 2017 reviderade anpassade riktlinjer för intern kontroll. 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 2017 också delgivits riskbedömning och riskanalys, som är en integrerad del av kontrollplanen. Nämnden för funktionshinder och habilitering antog i september 2017 en ny kontrollplan för 2017.

Resultatet av den interna kontrollen har rapporterats till landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden vid tre tillfällen under året, i samband med delårsrapportering och vid rapportering av årsbokslut. Till nämnden för funktionshinder och habilitering har rapportering skett vid två tillfällen, i samband med delårsrapportering per augusti samt vid rapportering av årsbokslut. För landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden innebär det en mer ambitiös rapportering än vad som fastslås i reglemente och riktlinjer.

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 minst 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 för låg kvalitet. Delvis består kvalitetsbristerna i otydlighet i rapporteringen. Samtliga delar av kontrollerna har inte genomförts alternativt inte rapporterats. I några fall är det i kontrollplanerna otydligt angivet hur kontrollerna ska genomföras. I andra fall saknas helt angivelse av kontrollaktivitet i kontrollplanen. I ytterligare andra fall saknas analys av det rapporterade resultatet. Detta har lett till att det är svårt att dra slutsatser av det rapporterade resultatet och att åtgärder inte har kunnat presenteras och vidtas.

Vi bedömer det som positivt att bedömning och analys av nämndernas och styrelsens system för intern kontroll numera rapporteras i samband med delårsrapportering per augusti. På detta sätt möjliggörs att förändringar och förbättringar av arbetet med intern kontroll kan genomföras inför kommande år. Vi konstaterar dock att en samlad analys av landstingets system för intern kontroll inte har avgivits i samband med delårsrapportering per augusti, något som ska göras enligt landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll. Det har inte heller i samband med årsredovisningen till fullmäktige avgivits en utvärdering av landstingets samlade system för intern kontroll, något som ska göras enligt reglementet för intern kontroll.

De övergripande riktlinjerna som landstingsstyrelsen antagit samt de anpassade riktlinjer som granskade nämnder/styrelsen antagit beskriver hur den interna kontrollen ska genomföras och vilka krav som ställs på rapporteringen. Vår bedömning är att dessa styrdokument inte följs i tillräcklig utsträckning, till följd av att genomförande av kontroller och rapportering av dem i stor utsträckning inte håller tillräcklig kvalitet. Vår rekommendation är att granskade nämnder framgent säkerställer att genomförandet av den interna kontrollen samt rapporteringen av densamma genomförs i enlighet med dessa riktlinjer samt i enlighet med reglementet för intern kontroll.

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 föreskrifter 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 2017 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 2017?
- 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 nämnden 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
- Landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll, antagna i styrelsen 2015-06-02
- Landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll, antagna i styrelsen 2017-09-12

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 per april och augusti 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:

- Ekonomidirektör, ekonomistaben
- Strateg för planering och uppföljning, ekonomistaben
- 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.

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.

Reviderade riktlinjer för intern kontroll antogs av landstingsstyrelsen 2017-09-12. Av dessa framgår att landstingsdirektören i samband med upprättade av delårsrapport per augusti ska rapportera till styrelsen och ge en bedömning och analys av landstingets samlade system för intern kontroll. De tidigare riktlinjerna föreskrev att rapportering skulle ske i samband med årsredovisningens upprättande. Landstingsdirektörens rapport till landstingsstyrelsen har således tidigarelagts. Enligt uppgift har detta gjorts för att möjliggöra att synpunkter från

landstingsdirektörens bedömning och analys ska kunna tas i beaktande inför framtagande av kommande års internkontrollplan.

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 september 2017 reviderades riktlinjerna.

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. Efter revideringen av riktlinjerna i september 2017 anges att denna rapportering ska göras senast i samband med upprättande av delårsrapport per augusti.

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i september 2017 om motsvarande riktlinjer för hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde medan nämnden för funktionshinder och habilitering fattade beslut om nämndens anpassade riktlinjer i november 2017. Riktlinjerna är identiska med landstingsstyrelsens riktlinjer förutom rörande ansvaret för de olika delarna i respektive nämnds internkontrollarbete. Noteras bör att i nämnden för funktionshinder och habiliterings riktlinjer har landstingsdirektörens tidigare ansvar för att biträda nämnden i sitt arbete ändrats till att biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör nu biträder nämnden i sitt arbete med den interna kontrollen. Till följd av att nämnden för funktionshinder och habilitering beslutade om nya riktlinjer i november 2017 innebär detta att rapportering av bedömning och analys av nämndens system för intern kontroll i samband med delårsrapport per augusti inte gällde då delårsredovisning togs i september 2017.

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 punkt 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

Motsvarande ansvar som för hälso- och sjukvårdsnämnden åvilar hälso- och sjukvårdsdirektören gäller numera även för nämnden för funktionshinder och habilitering. Här åvilar dock ansvaret biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör.

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 ekonomistaben 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.* Nämnden för funktionshinder och habilitering antog 2017-09-29 en ny plan för intern kontroll för 2017. Till följd av detta har nämnden under året arbetat med två planer. Nedan beskrivs således innehållet i riskanalys och internkontrollplan för nämnden för funktionshinder och habilitering utifrån två dokument som antagits vid två tillfällen.

Landstingsstyrelsens riskanalys innehåller totalt 31 identifierade risker, hälso- och sjukvårdsnämndens riskanalys innehåller 31 risker och för nämnden för funktionshinder och habilitering innehåller analysen 12 respektive 5 risker. Samtliga risker i riskanalyserna 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, såvida de inte följs upp och kontrolleras på annat sätt, till exempel i månadsrapport. För en risk som identifierats för nämnden för funktionshinder och habilitering, vid antagande av den andra kontrollplanen, har riskvärde 5 erhållits. Denna risk har ändå en kontrollaktivitet som ska följas upp såväl per delår april, augusti som för heläret.

Av internkontrollplanerna för landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden framgår att styrelse respektive nämnd lyft fram och värderat risker som bedöms ha central påverkan för styrelsens/nämndens möjlighet att uppfylla fullmäktiges målsättningar. Det framgår inte hur ofta riskvärderingen genomförs. I protokoll från september 2016 då hälso- och sjukvårdsnämnden antog planen för intern kontroll anges att arbetsutskottet genomförde en riskvärdering vid sitt sammanträde i september av de risker som identifierats. Det anges vidare i protokollet att till grund för utformning av 2017 års plan har bland annat rekommendationer från revisionsrapport om intern kontroll legat.

Av internkontrollplanen för nämnden för funktionshinder och habilitering framgår att de risker som värderats är de som bedömts vara de mest centrala för att kunna uppfylla de målsättningar som fullmäktige fastställt. Riskerna baseras på den riskvärdering som görs i verksamheten, dock ej årligen. I den nya planen för intern kontroll, som togs av nämnden 2017-09-29 framgår samma skrivning rörande risker som för landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. I protokoll från sammanträde i nämnden för funktionshinder och habilitering (2016-09-29) § 67 framgår att till grund för utformningen av 2017 års plan för intern kontroll ligger uppföljningen av intern kontroll från 2015 samt delårsuppföljningen per augusti 2016. Informationen om hur riskanalysen genomförs och vad som ligger till grund för internkontrollplanen varierar alltså mellan nämndprotokollet och planen för intern kontroll. Detta är återkommande från föregående år. I protokoll från 2017-09-29, då den nya reviderade planen antogs anges att den nya planen antas med en ny riskbedömning. Den nya planen ska gälla från och med den 1 oktober 2017. Det saknas skrivningar om hur riskvärderingen har gjorts inför antagande av den nya planen.

3.5 Kontrollplaner

Landstingsstyrelsen beslutade att anta kontrollplan för år 2017 i december 2016 och hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade att anta kontrollplan för år 2017 i september 2016. Nämnden för funktionshinder och habilitering beslutade att anta kontrollplan för 2017 i september 2016. En ny reviderad plan som gäller från och med 1 oktober 2017 antogs av nämnden efter förslag från arbetsutskottet den 29 september 2017.

Planerna innehåller tabeller där kontrollaktivitet, metod och frekvens (förutom i den första planen för nämnden för funktionshinder och habilitering där kolumnen finns men beskrivningar saknas), 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.* I den andra planen för nämnden för funktionshinder och habilitering saknas risker under området *tillförlitlig rapportering och information om verksamheten.*

Av de 31 risker som identifierats inom ramen för landstingsstyrelsens verksamhet har 22 erhållit ett riskvärde om 15 eller högre. 17 av dessa risker har tillskrivits särskild kontroll i

internkontrollplanen. 9 av riskerna sorterar under området *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet,* 3 under området *tillförlitlig rapportering och information om verksamheten* samt 5 under området *följsamhet till lagar och regler.* Att 5 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. 4 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 20 risker (av totalt 31) som erhållit en kontrollaktivitet i internkontrollplanen. Två av dem anges ha ett riskvärde om 5, vilket dock är felaktigt. Vid multiplikation av värdena för sannolikhet och konsekvens ges produkten 15. 7 kontroller sorterar under området *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet,* 3 under området *tillförlitlig rapportering och information om verksamheten* samt 10 under området *följsamhet till lagar och regler.* Utöver dessa risker har i nämndens riskanalys ytterligare 4 risker erhållit ett riskvärde om 15 eller högre. Dessa risker har dock inte erhållit någon kontrollaktivitet i internkontrollplanen, vilket uppges bero på att de följs upp och återrapporteras till nämnd varje månad i månadsrapport, alternativt följs upp månatligen i verksamheterna i varje verksamhetsområde. Samtliga 4 risker sorterar under området *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.*

Av de 12 risker som identifierats i den första planen inom ramen för nämnden för funktionshinder och habiliterings verksamhet har 8 erhållit ett riskvärde om 15 eller högre. 7 av dessa har tillskrivits en kontrollaktivitet och en av dem uppges hanteras inom ramen för månadsrapportering till nämnden. 5 av de 8 riskerna sorterar under området *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet,* en av riskerna under området *tillförlitlig rapportering och information om verksamheten,* och 3 risker under området *följsamhet till lagar och regler. Av* de fyra risker som inte tillskrivits en kontrollaktivitet sorterar en under området *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet,* två under området *tillförlitlig rapportering och information om verksamheten* samt en under området *följsamhet till lagar och regler.* I planen anges endast att för dessa risker sker ingen särskild kontroll i internkontrollplanen. I nämndens andra plan som antogs i september 2017 har fyra av de fem riskerna erhållit ett riskvärde om 15. En av riskerna har erhållit riskvärde 5. Samtliga har dock tillskrivits kontrollaktiviteter. En av riskerna sorterar under området *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet* och övriga fyra risker under området *följsamhet till lagar och regler.*

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 2017

Krav på internkontrollplanens innehåll enligt riktlinjer för intern kontroll	**Framgår**	**Framgår delvis**	**Framgår inte**	**Kommentar**
Riskanalys utifrån områdena ändamålsenlig verksamhet, tillförlitlig rapportering och	X			

information, följsamhet lagar och regler				
Vilka kontrollaktiviteter som ska genomföras	X			
Vilken metod som ska användas för att genomföra kontrollaktiviteterna	X			
När och hur ofta de ska genomföras		X		I några fall otydligt om det är perioden för när kontroll ska genomföras eller period som omfattas av kontrollen som anges i planen.
Vem som ska genomföra kontrollaktiviteten och rapportera den till styrelsen	X			
När resultaten av kontrollerna ska rapporteras till styrelsen	X			

Tabell: Bedömning av hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplan 2017

Krav på internkontrollplanens innehåll enligt riktlinjer för intern kontroll	**Framgår**	**Framgår delvis**	**Framgår inte**	**Kommentar**
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		I två fall saknas angivelse av hur många stickprov som ska tas.
När och hur ofta de ska genomföras		X		I flera fall otydligt om det är perioden för när kontroll ska genomföras eller period som omfattas av kontrollen som anges i planen.
Vem som ska genomföra kontrollaktiviteten och rapportera den till nämnden	X			I två fall anges med namn vem som är ansvarig. I övriga fall anges med funktion.

När resultaten av kontrollerna ska rapporteras till nämnden	X			

Tabell: Bedömning av nämnden för funktionshinder och habiliterings kontrollplan 2017 (plan 1)

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

Tabell: Bedömning av nämnden för funktionshinder och habiliterings kontrollplan 2017 (plan 2)

Krav på internkontrollplanens innehåll enligt riktlinjer för intern kontroll	**Framgår**	**Framgår delvis**	**Framgår inte**	**Kommentar**
Riskanalys utifrån områdena ändamålsenlig verksamhet, tillförlitlig rapportering och information, följsamhet lagar och regler		X		Saknas risker inom området Tillförlitlig rapportering och information.
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			

Vi konstaterar en genomgående brist i angivelse av när och hur ofta kontrollerna ska genomföras, förutom i den reviderade planen för nämnden för funktionshinder och habilitering. Bristen ligger 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. Denna brist har konstaterats tidigare år och det förefaller vara samma skrivning som tidigare år som använts för att beskriva metod för genomförande.

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 minst två tillfällen under ett år. Av landstingsstyrelsens övergripande riktlinjer framgår att det ska ske löpande eller minst i samband med delårsrapport per augusti och årsredovisningens upprättande. Av landstingsstyrelsens protokoll per 2016-12-13, där internkontrollplanen för året antas, anges att planen kommer att följas upp i samband med delårsrapporteringarna per april och augusti samt i samband med årsredovisningen för 2017. Även i protokoll från sammanträde i hälso- och sjukvårdsnämnden anges att planen kommer följas upp i samband med delårsrapportering per april, augusti samt årsrapport. Föregående år skedde också rapportering enligt denna struktur, vilket är en mer återkommande rapportering än vad som av landstingsstyrelsens övergripande riktlinjer fastslås ska göras. Av den kontrollplan (nr 2) som antogs av nämnden för funktionshinder och habilitering i september 2017 framgår också att uppföljning av genomförda kontroller ska rapporteras per såväl april, augusti som för helåret.

Inför 2017 överfördes ansvaret för att sammanställa arbetet med intern kontroll för nämnden för funktionshinder och habilitering från utredare vid ledningsstaben till strateg vid ekonomistaben, vilket innebär att samma funktion numera ansvarar för att samordna arbetet för samtliga tre granskade nämnder. Inför uppföljningen i samband med delårsrapportering för de tre granskade nämnderna har ansvarig strateg vid ekonomistaben till varje kontrollansvarig skickat ett mail med rapporteringsmall och upplysningar om att det är tid att såväl genomföra som rapportera genomförd intern kontroll. Av rapporteringsmallen framgår att ansvarig för kontrollen ska rapportera om kontrollen har genomförts, när, hur ofta, med vilken metod, vad resultatet visade, om resultatet är tillfredsställande, 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.

Motsvarande beställning skickades av strategen vid ekonomistaben i samband med rapportering av genomförda kontroller som ska rapporteras i samband med årsbokslutet.

Genomförda kontroller enligt kontrollplan rapporterades till landstingsstyrelsen i samband med delårsrapportering den 2 juni och den 31 oktober 2017, samt för helåret den 3 april 2018. Till hälso- och sjukvårdsnämnden rapporterades genomförda kontroller i samband med delårsrapportering den 18 maj och den 29 september 2017 samt för helåret den 14 februari 2018.

Rapportering av genomförd intern kontroll för 2017 rapporterades till nämnden för funktionshinder och habilitering i samband med delårsrapportering per augusti 2017-09-29 samt för helåret den 14 februari 2018.

I enlighet med styrelsen och nämndernas anpassade riktlinjer för intern kontroll ska landstingsdirektören, hälso- och sjukvårdsdirektören samt biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör senast i samband med upprättande av delårsrapport per augusti rapportera till respektive styrelse/nämnd och ge en bedömning och analys av styrelsens/nämndens system för intern kontroll. Landstingsdirektören ska även, i enlighet med landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll, i samband med upprättande av delårsrapport per augusti rapportera till styrelsen och ge en bedömning och analys av landstingets samlade system för intern kontroll. Vidare ska landstingsstyrelsen i enlighet med reglementet för intern kontroll i samband med årsredovisningen utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll.

I samband med upprättande och rapportering av genomförd intern kontroll för delåret per augusti 2017 till landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering har analys av respektive nämnds system för intern kontroll avgivits. Det har dock inte avgivits någon analys av landstingets samlade system för intern kontroll, varken i samband med rapporteringen till landstingsstyrelsen per augusti eller i samband med årsredovisningen.

I analysen som förelades landstingsstyrelsen i samband med delårsrapportering per augusti görs en summarisk genomgång av vilka kontroller som genomförts, vilka resultat som uppmätts samt vilka åtgärder som vidtagits efter kontrollernas genomförande. Ett antal brister i kontrollerna konstateras. Det konstateras vidare att utvecklingsarbetet kring den interna kontrollen under året har fortsatt, och att det finns behov av att revidera formalia för flertalet av kontrollerna inför kommande års plan, såsom kontrollmoment, metod, utförande samt ansvarig rapportör och ansvarig för kontrollen.

Den analys som förelades hälso- och sjukvårdsnämnden i samband med delårsrapportering per augusti innehåller även den en kortfattad beskrivning av vilka kontroller som genomförts, vilka resultat som uppmätts samt vilka åtgärder som vidtagits efter kontrollernas genomförande. De förslag på förbättringar som lyfts är identiska med de som förelagts landstingsstyrelsen.

I den analys som förelades nämnden för funktionshinder och habilitering konstateras att flera av de valda kontrollaktiviteterna inte är relevanta utifrån respektive risk samt att metodsvårigheter finns då beskrivning av metod för genomförande av kontrollen samt med vilken frekvens den ska genomföras inte framgår av kontrollplanen. En kortfattad beskrivning görs av de genomförda kontrollerna. Vidare framgår att utbildning avseende intern kontroll under augusti/september för politiker och tjänstemän inom nämndens verksamhetsområde

har genomförts. Dessutom anges att kontrollplanen revideras i september 2017 samt att ny kontrollplan för 2018 ska tas fram med tillämpning av nya kunskaper.

3.7 Åtgärder vid brister

I de fall brott förekommit eller allvarligare brister i den interna kontrollen bedöms föreligga ska detta 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 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 delårsrapportering per augusti 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 samband med avrapporteringen av analys av respektive nämnds system för intern kontroll, som beskrivs i kapitel 3.6, summeras de brister och utvecklingsområden som konstaterats under året i samband med genomförande och rapportering av kontroller.

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 per april och augusti samt 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 bristkompetenser inte går att nå vid rekrytering	Kontroll av antalet utlysta men ej tillsatta tjänster på Offentliga jobb inom styrelsens ansvarsområde	Fullständig kontroll. Genomförs i december.	HR-direktör	ÅR	GRÖN
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. Genomförs månatligen.	Verksam-hetschef Företags-hälsovården	Delår april, augusti och ÅR	GRÖN
verksamhetsstörningar sker till följd av brister i reservmedia (el, värme, vatten)	Kontroll av alla planerade och oplanerade driftavbrott för el avseende: -att verksamheten anslutit känslig utrustning till ups-kraft - att utrustning går tillbaka till driftsläge när strömmen är igång igen	Fullständig kontroll av alla avbrott. Genomförs i december.	Verksam-hetschef Fastighet	ÅR	RÖD

verksamhetsstörningar sker till följd av att planerat underhåll av byggnader inte genomförs	Kontroll av antal nyinkomna ärenden från företagshälsan om byggnadsrelaterad ohälsa och i vilken omfattning de inkluderar: - dålig utrustning - dålig städning - byggnadsåtgärder	Fullständig kontroll av alla ärenden perioden 1 januari – 31 augusti.	Verksam-hetschef Fastighet	Delår per augusti	RÖD
byggfakturor (fakturor i projekt) är felaktiga.	Kontroll att byggfakturor (fakturor i projekt) är korrekta avseende: -timredovisning -materialspecifikation -projektnummer	Stickprov av alla fakturor i tre projekt per kvartal. Genomförs i april, aug och ÅR	Verksam-hetschef Fastighet	Delår per april, aug och ÅR	GUL
avbrottsplaner/reservrutiner inte finns i verksamheten	Kontroll av antal basenheter inom styrelsens ansvarsområden som har en avbrottsplan/reservrutin för: -IT -Telefoni -Elförsörjning -Vattenleverans -Värmebölja	Fullständig kontroll av inskickade planer/rutiner till beredskaps-samordnare. Genomförs i november.	Beredskaps-samordnare	ÅR	GUL
verksamhetsstörning sker till följd av drift för patientkritiska IT-system inte kan säkerställas	Kontroll av antal större IT-störningar som lett till händelseanalys och som påverkat användning av verksamhetskritiska system inom primärvården.	Fullständig kontroll av alla större IT-störningar under perioden februari-maj.	Verksam-hetschef Informatik	Delår per augusti	GUL
behörighet till administrativa system inte avslutas vid avslutad anställning.	Kontroll att attestregistret för beslutsattestanter i Agresso är korrekt avseende: -att rätt personer har behörighet -att behörighet är avslutad för medarbetare som har avslutat sin anställning	Stickprov av 20 slumpmässigt utvalda beslutsattestant er inom styrelsens verksamheter. Genomförs i februari och september.	Ekonomi-direktör	Delår per april och ÅR	GUL
styrelsens uppdrag till förvaltningen inte genomförs	Kontroll att uppdragen i styrelsens uppdragsförteckning har genomförts	Fullständig kontroll. Genomförs i augusti och december.	Landstings-direktör	Delår per augusti och ÅR	GRÖN

Utlysta men ej tillsatta tjänster

Av rapporteringen framgår att antalet utlysta tjänster uppgick till 48 stycken. 41% av dessa, vilket motsvarar 119 utlysta tjänster, har ej tillsatts. Det anges inom vilka yrkesgrupper det förefaller vara svårast att rekrytera, t.ex. grundutbildade sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och specialistläkare.

De problem som tidigare konstaterats i samband med kontrollen, såsom det stora antalet annonser i systemet som inte har avslutats och därför leder till missvisande statistik, kommenteras inte. Problemet bör därför anses vara avhjälpt.

Några särskilda åtgärder konstateras inte i samband med rapporteringen.

Vi bedömer att kontrollen är genomförd och rapporterad i enlighet med kontrollplanen, och bedömer den därför som grön.

Antal läkarbesök med anledning av sjuka hus
Av delårsrapporteringen per april och augusti samt för helåret framgår antalet läkarbesök med anledning av sjuka hus bland personalen fördelat på verksamhetsområdena Service, Primärvård samt Staber och tjänstemannaledning. Det konstateras att en kraftig minskning skett jämfört med motsvarande period förra året.

Arbetet sker enligt VLL:s riktlinje i samarbete mellan verksamhetschef på berörd basenhet, Fastighet och Företagshälsan. I delårsrapporteringen per augusti och i rapporteringen för helåret anges att samtliga anställda med symptom eller misstänkt byggnadsrelaterad ohälsa erbjuds läkarkontroll med blodprov och dokumentation. Ytterligare åtgärd är att i enstaka fall kan medarbetaren erbjudas arbete i andra lokaler. Det konstateras att ingen medarbetare är sjukskriven av Företagshälsan på grund av byggnadsrelaterad ohälsa.

Vi bedömer kontrollen som genomförd och rapporterad i enlighet med kontrollplan. Vi bedömer därför kontrollen som grön.

Planerade och oplanerade driftavbrott för el
Av rapporteringen framgår att det har genomförts planerade avbrott i såväl Skellefteå som i Lycksele och vid NUS. Ett oplanerat avbrott har hanterats utan påverkan på verksamheten. Ett planerat avbrott har också genomförts vilket fått konsekvenser för verksamheten.

De åtgärder som anges ha vidtagits är att de avbrott som har påverkat verksamheten har konsekvensbeskrivits och rutinerna har setts över och uppdaterats.

Av rapporteringen framgår inte om verksamheterna anslutit känslig utrustning till ups-kraft samt om utrustningen går tillbaka till driftläge när strömmen är igång igen, något som enligt kontrollplanen ska göras. Rapporteringen är också otydlig rörande var det avbrott som planerats och som fick konsekvenser inträffade.

Till följd av att kontroll inte har genomförts och rapporterats i enlighet med kontrollplanen bedömer vi kontrollen som ej genomförd och röd.

Antal nyinkomna ärenden från företagshälsan om byggnadsrelaterad ohälsa
Av delårsrapportering per augusti framgår att antalet inkomna ärenden fram till och med 31/8 är 45. Det anges att det i underlaget inte går att se i vilken omfattning dålig utrustning, dålig städning eller byggnadsåtgärder relaterar till inkomna anmälningar. Resultatet föranleder inga åtgärder.

Enligt analysen går det inte heller utifrån inhämtat underlag att utläsa i vilken utsträckning det rör landstingsstyrelsens verksamheter, utan resultatet rör hela VLL.

Till följd av brister i kontrollen samt att det inte görs någon rapportering av om ärendena beror på dålig utrustning, dålig städning eller byggnadsåtgärder bedömer vi kontrollen som röd.

Kontroll att byggfakturor är korrekta
Av delårsrapporten per april framgår att 7 projekt granskats, och att fyra av dessa projekt anges vara felfria. Avvikelserna består i fel i beställarens projektnummer, fel i verifikat på inköpt material samt fel i tidredovisning. Det konstateras att jämfört med tidigare år har antalet fel minskat. Ett antal åtgärder lyfts fram såsom information till personal om krav på fakturainnehåll samt att en beställningsblankett har tagits fram för inköp av material.

Av delårsrapporten per augusti framgår att tre projekt granskats och att dessa innehåller totalt 7 fakturor. I dessa fakturor har 11 avvikelser konstaterats och ingen av de granskade fakturorna uppfyller alla krav som formuleras. Det är framför allt kravet på tidredovisning som brister. Samma åtgärder anges som vid rapporteringen för delår per april.

Av rapporteringen för helåret framgår att 14 fakturor granskats. Det anges inom vilka område avvikelser konstaterats, t.ex. avsaknad av referenskod, projektnummer och timredovisning. Det anges inte om några projekt varit felfria. Antalet projekt som granskats anges inte.

Åtgärd som ska vidtas är att redovisning ska ske till respektive projektledare innan attest av faktura.

Till följd av brister och otydligheter i rapporteringen, framför allt i samband med rapportering för helåret, bedömer vi kontrollen som gul.

Kontroll av basenheter med avbrottsplan
Av rapporteringen framgår att 16 av 33 hälsocentraler har svarat på en enkät. Inom verksamhetsområde Service har 3 av fem basenheter svarat. Det anges att flera av de svarande saknar reservrutiner inom de angivna områdena, framför allt när det gäller hantering av elavbrott, värmebölja och avbrott i vattenförsörjning.

Inga åtgärder uppges ha vidtagits efter genomförd kontroll. Dock föreslås att landstingsstyrelsen uppdrar åt verksamhetsområdeschefer att upprätta reservrutiner inom angivna områden om sådana inte finns.

Rapporteringen är i viss utsträckning otydlig. I rutan för metod och frekvens i kontrollplanen anges att en fullständig kontroll ska göras av inskickade rutiner. Kontrollaktiviteten består dock i att kontroll ska göras av antalet basenheter som har avbrottsplan/reservrutiner för de uppräknade områdena. Det saknas kausalitet mellan beskrivningen av aktivitet och beskrivningen av metod. Vidare konstaterar vi att endast totalt 19 av 38 enheter har skickat in sina rutiner, vilket motsvarar 50%

Till följd av otydlighet i förhållandet mellan metod och kontrollaktivitet, samt utifrån det faktum att endast 50% av de tillfrågade enheterna återkopplat bedömer vi att det finns brister i såväl genomförandet av kontrollen som rapporteringen av densamma. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som gul.

Kontroll av större IT-störningar
Det rapporteras att en fullständig kontroll genomförts den 11 september och att två större IT-störningar har skett, i februari samt i juni. Enligt kontrollplanen skulle dock kontroll göras av IT-störningar under perioden februari-maj.

Händelseanalyser finns för båda störningarna. Analyserna innehåller enligt rapporteringen beskrivning av händelseförloppet samt bakomliggande orsaker och eventuell vårdskada. Samtliga analyser uppges innehålla förslag till åtgärder, återkopplingar samt uppföljning med ansvariga.

Åtgärder som vidtas till följd av kontrollen uppges vara uppdatering av rutiner och processer samt förstärkt proaktivt arbete, samt utökat samarbete med andra enheter såsom TELE och CMTS.

Vår bedömning är att kontrollen har genomförts och rapporterats. Det är dock otydligt utifrån angiven kontrollaktivitet vad som egentligen ska kontrolleras, om det är störningen i sig eller

händelseanalysen. Det anges inte heller på vilket sätt analysen ska kontrolleras. Vidare är det otydligt om de åtgärder som rapporteras är en följd av genomförd kontroll eller åtgärder som framgått av de kontrollerade händelseanalyserna.

Kontrollens redovisade resultat är samma som för motsvarande kontroll inom hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde.

Till följd av dessa otydligheter samt det faktum att kontrollen omfattar en större tidsperiod än vad som framgår av beskrivningen av kontrollen, bedömer vi kontrollen som gul.

Kontroll att attestregistret är korrekt
Av delårsrapport per april framgår att 20 stickprov har tagits i februari och att inget avvikande har funnits. Alla beslutsattestanter är behöriga och har anställning.

Av rapporteringen för helåret anges att resultatet inte visade att några felaktigheter fanns.

Vår bedömning är att rapporteringen av kontrollen brister. Av rapporteringen per helår anges inte hur många stickprov som tagits. Det anges inte inom vilka verksamheter som stickproven tagits. Vår bedömning är vidare att för att komma åt och kontrollera risken att behörighet inte avslutas vid avslutad anställning bör stickprov tas bland attestanter som avslutat sin anställning. Till följd av dessa brister bedömer vi kontrollen som gul.

Kontroll av genomförda uppdrag i uppdragsförteckning
Av rapporteringen framgår att det per 2017-08-31 fanns 12 uppdrag från LTS till landstingsdirektören. Av dessa hade 4 en specificerad tidsangivelse för när uppdraget ska vara färdigställt. Inga försenade uppdrag fanns vid augusti månads utgång.

Risken att uppdrag inte genomförs bedöms som låg då kontinuerliga avstämningar av uppdragslistan görs. En åtgärd som lyfts är att LTS i större utsträckning för de uppdrag där det är möjligt, bör besluta om tidsangivna stopptider för uppdragen.

Vid rapportering av kontrollen per helår anges att det vid årets slut fanns 9 pågående uppdrag till landstingsdirektören. Av dessa hade ett uppdrag en angiven tidsram för då uppdraget skulle vara slutfört. Samma åtgärder anges som vid rapporteringen vid delåret.

Vi bedömer kontrollen som genomförd och rapporterad i enlighet med reglementet. Vi bedömer kontrollen som grön.

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 inte kan fullfölja avtal	Kontroll av följande uppgifter från skattekontoutdrag för alla privata vårdgivare inom Hälsoval: - redovisade arbetsgivaravgifter - redovisad källskatt - underskott skattekonto	Fullständig kontroll av nämnda uppgifter. Genomförs månatligen.	Ekonomi-direktör	Delår per april, augusti och ÅR	GUL

	- skuld till KRM - deklarerat i tid -betalat i tid				
fastslagen ärendeberedningsprocess inte följs	Kontroll att ärenden till styrelsen har följt ärendeberedningsprocessen	Stickprov av 10 slumpmässigt utvalda ärenden upprättade under oktober-november	Landstings-direktör	ÅR	GUL
leverantörsregistret innehåller felaktigheter	Kontroll att informationen om leverantörerna i leverantörsregistret är korrekt avseende: - att aktiva leverantörer har ett giltigt organisations- eller personnummer - att leverantörerna är kontrollerade mot bolagsregistret - att det inte finns dubbletter	Stickprov av 20 slumpmässigt utvalda leverantörer i registret. Genomförs i oktober.	Ekonomi-direktör	ÅR	RÖD

Kontroll av uppgifter från skattekontoutdrag för alla privata vårdgivare inom Hälsoval
Av delårsrapportering per april framgår att kontroll genomfördes den 26 april. Det konstateras att samtliga privata hälsocentraler sköter sina åtaganden gentemot Skatteverket. De skickar in sina kontrolluppgifter gällande källskatt och arbetsgivaravgifter i tid samt betalar i tid. Ingen av de privata vårdgivarna har någon skuld till Skatteverket.

Enligt rapporteringen vidtas inga åtgärder. Samma rapportering görs per augusti där det också förtydligas att samtliga punkter som ska stämmas av enligt kontrollplanen har kontrollerats.

Vid rapporteringen per helår konstateras att för perioden som avser 5 november till 2 december 2017 sköter samtliga privata vårdgivare sina åtaganden gentemot Skatteverket.

Av rapporteringen per april anges att kontroll har genomförts i april i av rapporteringen för helåret anges att kontroll gjorts i december 2017. Enligt metodbeskrivningen ska kontroll göras månatligen. Till följd av detta gör vi bedömningen att korrekt metod för kontrollen inte helt har tillämpats, varför vi bedömer kontrollen som gul.

Ärenden har följt ärendeberedningsprocessen
Av rapporteringen framgår att ett av 10 ärenden uppfyllde tre av sex kriterier. 5 av 10 ärenden uppfyllde samtliga kriterier. Bedömningen som görs är att beredningsprocessen följs till stor del.

Åtgärder som anges är att arbetet med att utveckla ärendeberedningsprocessen fortsätter.

Vår bedömning är att det finns brister i rapporteringen. Rapporteringen säger ingenting om vilka kriterierna är samt vilka kriterier som för vissa ärenden inte uppfylls. Det redovisas vidare endast resultat för 6 av de 10 stickproven. För övriga fyra stickprov anges inget resultat.

Vi bedömer att det finns brister i kontroll och rapportering. Vi bedömer kontrollen som gul.

Kontroll att information om leverantörerna i leverantörsregistret är korrekt
Av rapporteringen framgår att två fakturor fanns med samma organisationsnummer men med olika bankgiro. Det visade sig ändå vara korrekt.

Inga åtgärder rapporteras.

Det saknas beskrivning av genomförd kontroll. Det saknas information om kontroll har gjorts i enlighet med vad som beskrivs i kontrollplanen. Till följd av omfattande brister i rapporteringen av genomförd kontroll och hur den har genomförts bedömer vi kontrollen som ej genomförd och röd.

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 upphandling som LD har fattar är i enlighet med delegationsordning	Fullständig kontroll av alla tilldelningsbeslut under perioden januari-april	Landstings-direktör	Delår per april	GRÖN
inköp görs utanför avtal	Kontroll att inköp görs enligt avtal inom styrelsens verksamheter	Stickprov av alla inköp inom tio slumpmässigt utvalda kostnadsställen under 2 veckor i mars	Verksam-hets-områdes-chef Service	Delår per april	GUL
riktlinjer för tillåtna bisysslor inte följs	Kontroll att landstingets anvisade rutiner för kontroll av medarbetares bisysslor tillämpas.	Stickprov genom intervju med 10 slumpmässigt utvalda verksamhetsche fer. Genomförs i oktober.	HR-direktör	ÅR	RÖD
Tjänsteskrivelsemallen inte används i tillräcklig utsträckning	Kontroll att tjänsteskrivelser har använts i beredningen av ärenden, i de fall där det är befogat.	Stickprov av 10 slumpmässigt utvalda ärenden under november och december.	Lands-tingsdirektör	ÅR	GUL
det finns anställda inom styrelsens verksamheter som saknar giltig legitimation (legitimationsyrken)	Kontroll att det finns en notering i personalsystemet om att en kontroll av legitimation har genomförts (inkluderar kontroll mot Socialstyrelsens register) för alla som anställs inom den 21 legitimationsyrkena under 2016. I de fall en sådan notering saknas görs en kontroll mot Socialstyrelsens register.	Fullständig kontroll av alla som anställs under innevarande år. Genomförs för perioderna 1 januari-30 juni samt 1 juli – 31 december.	Ekonomi-direktör	Delår per augusti och ÅR	GUL

Tilldelningsbeslut vid upphandlingar har fattats enligt delegationsordning
Av delårsrapporteringen per april anges att kontroll genomfördes den 19 april. Det anges att kontroll har gjorts genom sök i Platina på tilldelningsbeslut och sedan har dessa jämförts

med delegationsförteckningen. Det anges att tilldelningsbeslut under perioden har fattats i enlighet med delegationsförteckningen. Inga åtgärder behöver vidtas.

Det anges inte hur många tilldelningsbeslut som kontrollerats.

Kontrollen har genomförts och rapporterats. Viss beskrivning av hur kontrollen har genomförts förekommer. Vi bedömer kontrollen som grön.

Inköp görs enligt avtal
I delårsrapportering per april framgår att kontroll utförts under två veckor i mars. Det framgår med nummer vilka tio kostnadsställen som har kontrollerats. 100 inköp kontrollerades och 96 av dessa har genomförts enligt avtal. Fyra inköp upptäcktes där en närmare bedömning av avtalsenligheten krävs. Det anges inte om detta har gjorts och vad den bedömningen i sådana fall har visat.

Det konstateras att inköp i mycket hög grad sker enligt avtal. Åtgärd som anges är att ansvarig verksamhetschef har meddelats om de inköp där det inte direkt kunde fastställas att de har gjorts enligt avtal.

Kontrollen är genomförd men rapporteringen uppvisar brister. Bristerna består framför allt i att avtalstrohet inte har kontrollerats för samtliga 100 inköp som kontrollerades. 4 inköp har inte bedömts. Vidare finns otydligheter i beskrivningen av metod och frekvens för kontrollen. Det anges att stickprov ska tas av alla inköp inom tio slumpmässigt utvalda kostnadsställen under två veckor i mars. Det är otydligt om de 100 inköpen som kontrollerats är stickprov eller om det är samtliga inköp som gjorts. Det är vidare otydligt om det är kontrollen som ska genomföras under två veckor i mars eller om det är de inköp som gjorts under dessa två veckor som ska kontrolleras. Vi bedömer kontrollen som gul.

Vi konstaterar även att kontrollens redovisade resultat är samma som för motsvarande kontroll inom hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde.

Landstingets anvisade rutiner för kontroll av bisysslor tillämpas
Av rapporteringen framgår att en enkätundersökning genomförts som vänt sig till verksamhetschefer i landstinget. Totalt var det 243 respondenter med en svarsfrekvens på 81%. Inom HSNs verksamhetsområde tillfrågades 120 personer. Det anges inte hur stor svarsfrekvensen var bland dessa.

Resultatet som presenteras är att 88% av de tillfrågade inom hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsområde vet var man kan hitta riktlinjer kring bisysslor, 51% anser att de har goda kunskaper kring bestämmelserna och 44 % anger att de har någon kunskap på området. Det anges inte hur stor andelen är inom landstingsstyrelsens verksamhetsområde.

Några åtgärder lyfts inte fram i redovisningen.

Kontroll har inte genomförts i enlighet med angiven metod i kontrollplanen. Resultatet redovisas inte heller för landstingsstyrelsens verksamhetsområde. Vår bedömning är att kontroll av om riktlinjer följs inte på bästa sätt genomförs varken genom intervjuer med verksamhetschefer eller genom enkäter till verksamhetschefer. Kontrollaktiviteten borde istället bestå av kontroll av medarbetares bisysslor, alternativt genom ett antal stickprov som ett komplement till genomförda intervjuer. Rapporteringen av kontrollen säger inte någonting om huruvida cheferna följer riktlinjerna för bisysslor, utan endast om kännedom om riktlinjerna samt kunskap om deras innehåll.

Då kontroll inte har genomförts i enlighet med kontrollplan och då genomförd kontroll inte heller ger en bild av vad som ska kontrolleras bedömer vi kontrollen som ej genomförd och röd. Vidare konstaterar vi att redovisat resultat är identiskt med redovisat resultat för hälso- och sjukvårdsnämnden.

Tjänsteskrivelser har använts i beredning av ärenden
Av rapporteringen framgår att mallen har använts i 7 av 10 ärenden. I två av de tre fall där den inte använts anges det att det inte varit befogat att använda mallen då ärendena bestått av redovisning av utredning samt sammanställning av VLLs aktieportfölj. För det tredje ärendet hade det varit önskvärt att tjänsteskrivelsemallen använts.

Det konstateras att arbetet med att implementera tjänsteskrivelsemallen i organisationen ska fortsätta.

Det anges inte när stickproven tagits. Vidare bedömer vi att kontroll av tio ärenden är för litet för att kunna göra en fullgod bedömning av om mallen används i tillräcklig utsträckning.

Till följd av bristerna i antalet kontrollerade ärenden bedömer vi kontrollen som gul.

Kontroll att det finns notering i personalsystemet om att kontroll av legitimation har genomförts
Av rapportering i samband med delårsrapportering framgår att samtliga personer som anställts under perioden 1 januari till 30 juni 2017 har kontrollerats mot Socialstyrelsens register vid anställningstillfället. I samtliga fall har giltig legitimation bekräftats av Socialstyrelsen. Några åtgärder rapporteras inte.

Av rapporteringen för helåret framgår att samtliga personer som anställts under perioden 1 januari till 12 december har kontrollerats. Vid samtliga fall har giltig legitimation bekräftats.

I kontrollplanen samt vid de två rapporteringarna anges att kontroll skulle göras av alla som anställts under 2016. Året för kontroll borde vara 2017. Den kontroll som gjorts har dock enligt rapporteringen gjorts för anställda under 2017.

Vi konstaterar dock att kontroll inte har gjorts enligt angiven metod där det anges att kontroll ska göras för perioden 1 januari till 30 juni samt 1 juli till 31 december. Av rapporteringen framgår att kontroll gjordes för perioden 1 januari till 12 december, vilket innebär att hela året inte har kontrollerats. Till följd av detta bedömer vi att det finns brister i den genomförda kontrollen. Därför bedömer vi kontrollen som gul.

Vi konstaterar att rapporteringen av resultatet är samma som för hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsområde. Förvisso har giltig legitimation kunnat bekräftas i samtliga fall men det är av vikt att kontroll genomförs på ett sätt som möjliggör att resultat kan rapporteras separat för landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden.

4.4 Bedömning landstingsstyrelsens interna kontroll

Riskområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
Av totalt nio kontroller som genomförts bedöms tre ha genomförts och rapporterats i enlighet med kontrollplan och riktlinjer.

Fyra av kontrollerna har genomförts men rapporteringen uppvisar brister. Bristerna består huvudsakligen i otydlighet hur kontrollerna genomförts samt otydlighet i kontrollplanen hur kontrollen ska genomföras.

Två av kontrollerna bedöms vara röda, vilket innebär att de har så stora brister att de inte kan bedömas vara genomförda. I bägge fallen bedöms inte kontrollerna ha genomförts i enlighet med kontrollplanen.

Sammanfattningsvis konstaterar vi att tre kontroller bedöma ha genomförts och rapporterats i enlighet med reglementet för intern kontroll.

Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten
Två av de tre kontrollerna bedöms ha genomförts men uppvisar brister i kvalitet. Bristerna består i otydlighet i rapportering samt i ett fall att kontroll inte har genomförts i enlighet med vad som anges i kontrollplanen.

En av kontrollerna bedöms vara ej genomförd då det helt saknas beskrivning av genomförd kontroll.

Riskområde Följsamhet till lagar och regler
Av de fem kontroller som genomförts inom området bedöms en av dem ha genomförts och rapporterats i enlighet med reglementet för intern kontroll.

Tre kontroller bedöms vara gula. I ett fall bedömer vi att antalet stickprov är för litet för att en bedömning ska kunna göras. I de andra fallen beror bedömningen på brister i att kontroll inte gjorts i enlighet med angiven metod.

Bedömning
Av de totalt 17 kontrollerna bedömer vi att fyra (23%) har genomförts i enlighet med kontrollplan och rapporterats enligt kraven i riktlinjerna för intern kontroll. Nio kontroller bedömer vi ha genomförts och rapporterats men har brister, och fyra kontroller bedöms vara ej genomförda. Totalt sett kan vi konstatera att en liten förbättring skett jämfört med föregående år då 3 av 16 kontroller bedömdes som godkända.

Slutsatsen vi drar är att det fortfarande finns brister i landstingsstyrelsens genomförande och avrapportering av intern kontroll. Likt tidigare består bristerna framför allt i otydlighet i rapporteringen vilket försvårar eller omöjliggör analys av resultatet, alternativt att följsamhet till metod enligt kontrollplan ej har förelegat. Landstingsstyrelsen bör med enkla medel framgent kunna förbättra sitt resultat rörande genomförande och rapporteringen 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 bristkompetenser inte går att nå vid rekrytering	Kontroll av antalet utlysta men ej tillsatta tjänster på Offentliga jobb inom nämndens ansvarsområden.	Fullständig kontroll. Genomförs i december.	Rekryterings chef	ÅR	GRÖN
beläggningsgraden på vårdplatser är för hög	Kontroll av beläggningsgrad på samtliga kliniker inom nämndens verksamhetsområde.	Fullständig kontroll. Genomförs månadsvis.	Hälso- och sjukvårds-direktör	Delår per april, augusti och ÅR	GRÖN
Att verksamhetsstörningar uppstår p.g.a. byggnadsrelaterad ohälsa	Kontroll av antal nyinkomna ärenden från företagshälsan om byggnadsrelaterad ohälsa och i vilken omfattning de inkluderar: -dålig utrustning -dålig städning -byggnadsåtgärder	Fullständig kontroll av alla ärenden perioden 1 januari – 31 augusti.	Verksam-hetschef Fastighet	Delår per augusti	RÖD
avbrottsplaner/reservrutin er inte finns bland nämndens basenheter	Kontroll av antal basenheter inom nämndens ansvarsområde som har en avbrottsplan/reservrutin för: -IT -Telefoni -Elförsörjning -Vattenleverans -Värmebölja	Fullständig kontroll av inskickade rutiner till beredskapssam ordnare. Genomförs i november.	Beredskaps-samordnare	ÅR	GUL
utbytesfördröjningen av datorer och skärmar påverkar arbetssituationen för vårdpersonal negativt	Kontroll av följsamhet till informatikens roll-outplan för utbyte av datorer och skärmar	Fullständig kontroll av andel kliniker där utbyte har skett enligt plan perioden januari-augusti.	Verk-samhetschef Informatik	Delår per augusti	RÖD
verksamhetsstörning sker till följd av att drift för patientkritiska IT-system inte kan säkerställas	Kontroll av antal större IT-störningar som lett till händelseanalys och som påverkat användningen av verksamhetskritiska system inom sjukhusvård och tandvård	Fullständig kontroll av alla större IT-störningar under perioden februari-maj	Verk-samhetschef Informatik	Delår per augusti	GUL
behörighet till administrativa system inte avslutas vid avslutad anställning	Kontroll att attestregistret för beslutsattestanter i Agresso är korrekt avseende: -att rätt personer har behörighet - att behörighet är avslutad för medarbetare som har avslutat sin anställning	Stickprov av 20 slumpmässigt utvalda beslutsattestant er inom nämndens verksamheter. Genomförs i februari och september.	Redovis-ningschef	Delår per april och ÅR	GUL

Utlysta men ej tillsatta tjänster

Av rapporteringen framgår att kontroll genomförts i december och att antalet utlysta tjänster uppgick till 1380 stycken. Av dessa har 453 ej tillsatts, vilket motsvarar 33%. Bland de yrkesgrupper som prognostiseras vara svårt att tillsätta tjänster för finns bland annat

grundutbildade sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, barnmorskor, biomedicinska analytiker och specialistläkare.

De problem som tidigare konstaterats i samband med kontrollen, såsom det stora antalet annonser i systemet som inte har avslutats och därför leder till missvisande statistik, kommenteras inte. Problemet bör därför anses vara avhjälpt.

Det redovisas inga åtgärder till följd av genomförd kontroll.

Vi bedömer att kontrollen är genomförd och rapporterad i enlighet med kontrollplanen, och bedömer den därför som grön.

Beläggningsgrad på samtliga kliniker
Enligt rapportering per delår framgår att beläggningsgraden för VO Sjukhusvård jan-april var 96,1% och för jan-aug 96%. För helåret 2017 var den totala beläggningsgraden 95,6%. I tabell redovisas beläggningsgraden per månad för kliniker inom verksamhetsområde sjukhusvård. De enheter som en eller flera månader haft 100 % beläggning eller mer nämns särskilt, såväl vid rapportering per april som per augusti. Ambitionen är att nå en beläggning på 93% vilket skulle innebära ökad flexibilitet och att risken att behöva flytta patienter mellan kliniker minskar.

Åtgärder som anges i samband med delårsrapportering per april är att en simuleringsmodell för vårdbehov har tagits fram. Vidare har det även tagits fram underlag för kommande vårdplatsdimensionering. Det uppges också att det förs diskussion med kommunerna om utskrivningsklara patienter. Det anges också att det i vissa fall är nödvändigt med personalförstärkningar när vårdtrycket ökar.

Åtgärder som redovisas i samband med delårsrapportering per augusti är att översyn av vårdflöden, vårdtider och möjlighet till ytterligare poliklinisering pågår. Vidare anges att 4 veckovårdplatser har tillförts kirungcentrum i Skellefteå. Geriatriskt centrum och psykiatricentrum ges i uppdrag att se över de långvårdtiderna och den höga vårdkonsumtionen.

I samband med rapporteringen för helåret anges inte ytterligare åtgärder.

Vi bedömer att kontrollen är genomförd och rapporterad i enlighet med kontrollplan, varför vi bedömer kontrollen som grön.

Nyinkomna ärenden från företagshälsan och byggnadsrelaterad ohälsa
Av delårsrapportering per augusti framgår att antalet inkomna ärenden från företagshälsan om byggnadsrelaterad ohälsa är 42. Det anges att det i underlaget inte går att se i vilken omfattning dålig utrustning, dålig städning eller byggnadsåtgärder finns bedömda.

En åtgärd som lyfts är att det ska tydliggöras för företagshälsan att fullständiga kontroller ska göras enligt internkontrollplanen. Det anges att nya kontroller ska genomföras på nytillkomna ärenden från oktober till december och redovisas i årsrapporten. Vi konstaterar att det inte redovisas i årsrapporten.

Enligt landstingsstyrelsens analys går det inte utifrån inhämtat underlag att utläsa i vilken utsträckning det rör landstingsstyrelsens verksamheter, utan resultatet rör hela VLL. Det är till följd av denna skrivning märkligt att resultaten av landstingsstyrelsens kontroll och hälso- och sjukvårdsnämndens kontroll är olika. Landstingsstyrelsen rapporterar 45 ärenden om byggnadsrelaterad ohälsa och hälso- och sjukvårdsnämnden rapporterar 42 ärenden.

Till följd av brister i kontrollen samt att det inte görs någon rapportering av om ärendena beror på dålig utrustning, dålig städning eller byggnadsåtgärder bedömer vi kontrollen som röd.

Kontroll av basenheter med avbrottsplan
Rapporteringen gör gällande att kontroll har genomförts i december 2017 i form av att en enkät har skickats till samtliga berörda basenheter. Inom sjukhusvården har 21 av 24 basenheter lämnat in svar. Inom folktandvården har 13 av 32 enheter lämnat in svar. Det redogörs i rapporteringen hur många av de enheter som inkommit med svar som har avbrottsplaner/reservrutiner för de områden som ska kontrolleras enligt kontrollplanen.

Inför fortsatt intern kontroll ska hälso- och sjukvårdsdirektören förtydliga basenheternas uppdrag kring reservrutiner.

Rapporteringen är i viss utsträckning otydlig. I resultatet anges att en enkät har skickats ut till basenheterna. I rutan för metod och frekvens i kontrollplanen anges att en fullständig kontroll ska göras av inskickade rutiner. Kontrollaktiviteten består dock i att kontroll ska göras av antalet basenheter som har avbrottsplan/reservrutiner för de uppräknade områdena. Det saknas kausalitet mellan beskrivningen av aktivitet och beskrivningen av metod. Vidare konstaterar vi att endast totalt 34 av 56 enheter har skickat in sina rutiner, vilket motsvarar 61%.

Till följd av otydlighet i förhållandet mellan metod och kontrollaktivitet, samt utifrån det faktum att endast 61% av de tillfrågade enheterna återkopplat bedömer vi att det finns brister i såväl genomförandet av kontrollen som rapporteringen av densamma. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som gul.

Följsamhet till informatikens rolloutplan
Av rapporteringen framgår att fullständig kontroll har genomförts den 11 september. En prioriteringsplan har gjorts utifrån ålder på datorer. Skärmar har ingen beslutad utbytesplan.

Det framgår i rapporteringen att utbyte av datorer följer planen utifrån tilldelad budget. Till och med augusti hade ca 60% av årsplanen genomförts, vilket innebär att drygt 1000 datorer har bytts ut. Det konstateras dock att det finns en risk att utbytestakten inte är tillräckligt hög för att klara en utbytestakt om vart fjärde år. De datorer som bytts ut under året har en ålder på cirka fem år.

Det anges att ett avtal har upprättats med extern leverantör vilket innefattar utbyte av datorer. Detta ska möjliggöra en mer flexibel anpassning av utbytestakten.

Av kontrollaktiviteten framgår att kontroll ska göras av följsamhet till plan för utbyte av datorer och skärmar. Det konstateras att det inte finns någon plan för utbyte av skärmar, vilket leder till att kontroll av detta inte kan göras. Vidare konstateras att utbytestakten ska vara fyra år, medan de datorer som bytts ut i år har varit ca 5 år gamla. Detta konstateras samtidigt som det anges att utbytet av datorer följer årets plan.

Vår bedömning är att kontrollen brister i att det inte finns någon plan att kontrollera mot vad gäller utbyte av skärmar. Vidare är redovisningen otydlig och motsägelsefull. Till följd av dessa brister bedömer vi kontrollen som röd.

Kontroll av större IT-störningar
Det rapporteras att en fullständig kontroll genomförts den 11 september och att två större IT-störningar har skett, i februari samt i juni. Enligt kontrollplanen skulle dock kontroll göras av IT-störningar under perioden februari-maj.

Händelseanalyser finns för båda störningarna. Analyserna innehåller enligt rapporteringen beskrivning av händelseförloppet samt bakomliggande orsaker och eventuell vårdskada. Samtliga analyser uppges innehålla förslag till åtgärder, återkopplingar samt uppföljning med ansvariga.

Åtgärder som vidtas till följd av kontrollen uppges vara uppdatering av rutiner och processer samt förstärkt proaktivt arbete, samt utökat samarbete med andra enheter såsom TELE och CMTS.

Vår bedömning är att kontrollen har genomförts och rapporterats. Det är dock otydligt utifrån angiven kontrollaktivitet vad som egentligen ska kontrolleras, om det är störningen i sig eller händelseanalysen. Det anges inte heller på vilket sätt analysen ska kontrolleras. Vidare är det otydligt om de åtgärder som rapporteras är en följd av genomförd kontroll eller åtgärder som framgått av de kontrollerade händelseanalyserna. Till följd av dessa otydligheter samt det faktum att kontrollen omfattar en större tidsperiod än vad som framgår av beskrivningen av kontrollen, bedömer vi kontrollen som gul.

Kontrollens redovisade resultat är samma som för motsvarande kontroll inom landstingsstyrelsens verksamhetsområde.

Kontroll att attestregistret är korrekt
Av delårsrapport per april framgår att 20 stickprov har tagits i februari och att inget avvikande har funnits. Alla beslutsattestanter är behöriga och har anställning. Detsamma konstaterades i samband med rapportering per helår, där kontroll gjordes den 11 september.

Kontrollens redovisade resultat är samma som för motsvarande kontroll inom landstingsstyrelsens verksamhetsområde.

Vår bedömning är att rapporteringen av kontrollen brister. Det anges inte inom vilka verksamheter som stickproven tagits. Vår bedömning är vidare att för att komma åt och kontrollera risken att behörighet inte avslutas vid avslutad anställning bör stickprov tas bland attestanter som avslutat sin anställning. Till följd av dessa brister 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 återrapporteras till nämnden	Kontroll att delegationsbeslut fattade av LD, HSD och VO-chefer/direktörer återrapporteras till nämnden	Stickprov av fattade delegationsbeslut v. 36-40 och om de har återrapporterats	LD-assistent	ÅR	GRÖN

		till nämnd senast i december			
nämnden inte ges möjlighet att fullt ut framföra fullödigt underlag om verksamhet och ekonomiska förutsättningar inför beredning av budget	Kontroll att nämnden i tid lämnar in skriftliga underlag till LTS i budgetprocess samt har två träffar med LTS för budgetsamtal	Fullständig kontroll. Genomförs i juni.	Hälso- och sjukvårds-direktör	Delår per augusti	GRÖN
det förekommer brister i hantering och utbetalning av lönetillägg	Kontroll om lönetillägg är korrekta avseende: -att beslutsfattare framgår -att orsak till lönetillägg framgår -att utbetalningar inte fortgår efter beslutat datum för avslut	Stickprov genom ett slumpmässigt urval av 20 procent av alla lönetillägg som finns registrerade den 1 april 2016	HR-strateg, HR-staben	Delår per april	GRÖN

Fattade beslut återrapporteras till nämnden
Enligt rapporteringen har kontrollen genomförts under vecka 50 och resultatet visade att samtliga fattade delegationsbeslut under de aktuella veckorna har anmälts till nämnden.

Inga åtgärder rapporteras.

Det anges inte i kontrollplanen hur många stickprov som ska tas, vilket är en brist i beskrivningen av metod för genomförande av kontrollen. I samband med rapporteringen anges dock att samtliga 25 delegationsbeslut kontrollerats. Således har mer omfattande kontroll genomförts än vad som enligt kontrollplanen ska göras. Vi bedömer kontrollen som grön. Vi önskar dock lyfta vikten av att i kontrollplanen ange hur många stickprov som ska tas för att bedömning ska kunna göras av kontrollens kvalitet.

I tid inlämning av skriftliga underlag till LTS i budgetprocessen samt två träffar med LTS för budgetsamtal
Av rapporteringen framgår att fullständig kontroll genomförts i juni. Det anges att nämnden lämnat skriftligt underlag till LTS inför budgetprocessen enligt tidplan i april 2017. Det anges vidare att HSNs presidium träffat LTS-AU vid ett tillfälle under maj samt har ett tillfälle planerat till oktober 2017.

Vår bedömning är att kontroll och rapporteringen genomförts enligt riktlinjerna varför vi bedömer kontrollen som grön. Här är dock värt att nämna att en kontroll av huruvida budgetunderlag har lämnats in i tid samt att två träffar har genomförts med LTS för budgetsamtal enligt vår bedömning inte är att betrakta som intern kontroll. Detta är rimligen något nämnden borde känna till utan att en kontroll genomförs.

Korrekta lönetillägg
Enligt rapporteringen har stickprov genomförts enligt kontrollplan, totalt 237 tillägg vilket motsvarar 20%. Redovisning görs att det i 84% framgår vem som är beslutsfattare, i 93% finns uppgift om orsak till lönetillägget och samtliga fall är tidsbegränsade.

Det konstateras att insatser för fortsatta förbättringar behöver göras vad gäller att beslutsfattare för lönetillägg och orsak för tillägget ska framgå av registreringen. I samband med att underlag för den årliga löneöversynen tas fram görs en översyn av samtliga lönetillägg. HR-staben har i uppdrag att tillse att eventuella brister som framkommer i granskningen korrigeras. Vidare anges att information ska gå ut till verksamhetschefer om att tillägg som inte är tidsbegränsat och orsaksbeskrivet ska plockas bort.

Vi noterar att det i kontrollplanen anges att kontroll ska göras av lönetillägg som finns registrerade 1 april 2016. Rimligen borde kontrollen avse 2017, vilket också är det datum som anges i rapporteringen. Vi tolkar felet som ett misstag vid framtagande av kontrollplan för året.

Vi bedömer kontrollen som genomförd och rapporterad och att rapporteringen möjliggör en bedömning av resultatet. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som grön.

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 ärendeberedningsprocess inte följs	Kontroll att ärenden till nämnden har följt ärendeberedningsprocessen	Stickprov av 10 slumpmässigt utvalda ärenden under maj och juni	Nämnd-sekreterare HSN	Delår per augusti	GUL
tjänsteskrivelsemallen inte används i tillräcklig utsträckning	Kontroll att tjänsteskrivelser har använts i beredning av ärenden, i de fall där det är befogat.	Stickprov av 10 slumpmässigt utvalda ärenden under november och december	Nämnd-sekreterare HSN	ÅR	GUL
kommunallagen inte följs vad gäller att beslut i ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning omfattning eller kvalitet inte får delegeras	Kontroll att beslut om organisatoriska förändringar av basenheter (inom respektive mellan VO) har fattats enligt delegationsordningen.	Fullständig kontroll av samtliga beslut om organisatoriska förändringar under 2016. Genomförs i december.	Sekreterare CSG	ÅR	GRÖN
det fattas beslut utan stöd av delegationsordning	Kontroll att tilldelningsbeslut vid upphandlingar har fattats av behörig person.	Fullständig kontroll av alla tilldelningsbeslut vid upphandling som LD har fattat perioden 1 januari-30 april.	LD-assistent	Delår per april	GUL
nämndens uppdrag till hälso- och sjukvårdsdirektören inte genomförs	Kontroll att uppdragen i nämndens uppdragsförteckning har genomförts.	Fullständig kontroll av alla uppdrag. Genomförs i augusti samt i december.	Nämnd-sekreterare HSN	Delår per augusti och ÅR	GRÖN
inköp görs utanför avtal	Kontroll att inköp görs enligt avtal inom nämndens verksamheter.	Stickprov av alla inköp inom tio slumpmässigt utvalda kostnadsställen under 2 veckor i mars	Verk-samhets-områdes-chef Service	Delår per april	GUL
riktlinjer för tillåtna bisysslor inte följs	Kontroll att landstingets anvisade rutiner för kontroll av medarbetares bisysslor tillämpas	Stickprov genom intervju av 10 slumpmässigt utvalda verksamhets-chefer.	HR-strateg, HR-staben	ÅR	RÖD

		Genomförs i oktober.			
det finns anställda inom nämndens verksamheter som saknar giltig legitimation	Kontroll att det finns en notering i personalsystemet om att en kontroll av legitimation har genomförts (inkluderar kontroll mot Socialstyrelsens register) för alla som anställs inom de 21 legitimationsyrkena under 2016. I de fall en sådan notering saknas görs en kontroll mot Socialstyrelsens register.	Fullständig kontroll av alla som anställs under innevarande år. Genomförs för perioderna 1 januari-30 juni samt 1 juli-31 december.	Rekryterings chef	Delår per augusti och ÅR	GUL
rutinen bryts vid användandet och bokning av tjänsteresor (upphandlad leverantör, syfte, deltagare och upplägg)	Fakturakontroll i Agresso. Beslut, syfte och deltagare finns dokumenterade i protokoll från arbetsplatsträffar och nämndssammanträden. Utskrift av reseräkning samt originalkvitto förvaras i pärm på kansliet och sparas i tio år.	Stickprovs-kontroll av 5 reseräkningar 2 ggr/år.	Harriet Boström	Delår per augusti och ÅR	RÖD
fakturor hanteras på felaktigt sätt (korrekta systemkommentarer införda och kontroll mot beställning)	Fakturakontroll i Agresso. Kontroll av pris, mottagare, f-skatt och organisationsnummer.	Stickprovs-kontroll av 10 fakturor 2 ggr/år.	Harriet Boström	Delår per augusti och ÅR	GUL

Ärenden har följt ärendeberedningsprocessen

Av rapporteringen framgår att 10 stickprov har tagits. Kontrollen genomfördes den 10 augusti. Det anges hur många ärenden som uppfyller 6,5,4,3,2 respektive 1 kriterier. Det anges dock inte hur många kriterier som behöver vara uppfyllda för att ärendet ska bedömas följa ärendeberedningsprocessen. Det anges inte heller vilka kriterierna är.

Det konstateras dock att det vanligaste bristerna är att ärendet inte inkommit i tid till nämndsekreteraren.

Inga åtgärder konstateras.

Det går inte av rapporteringen att på ett tydligt sätt utläsa resultatet av kontrollen. Den tolkning som kan göras är att samtliga ärenden innehåller brister. Till följd av detta bör åtgärder konstateras. Till följd av konstaterade brister i rapporteringen och avsaknad av möjlighet att utläsa ett tydligt resultat av kontrollen bedömer vi den som gul.

Tjänsteskrivelser har använts i beredning av ärenden

Rapporteringen gör gällande att tio stickprov av ärenden har tagits, och att kontrollen genomförts under november och december. I fem ärenden har tjänsteskrivelsemallen använts och i fyra fall har den inte använts. I ett ärenden bedöms det inte ha varit befogat att använda mallen.

Resultatet bedöms vara tillfredsställande men behov av att fortsätta kontrollera risken kvarstår. Inga åtgärder vidtas.

Den tolkning vi gör av resultat är att det är fyra ärenden som har kontrollerats där tjänsteskrivelsemallen ska ha varit relevant att använda och ändå bedöms resultatet som tillfredsställande. I 40 % av ärendena som kontrollerats har alltså inte mallen använts trots att den borde använts.

Vår bedömning är att kontroll av tio ärenden är för litet för att kunna göra en bedömning av om mallen används i tillräcklig utsträckning.

Till följd av bristerna i antalet kontrollerade ärenden samt otydligheten rörande bedömningen av resultatet bedömer vi kontrollen som gul.

Beslut om organisatoriska förändringar av basenheter
Rapporteringen gör gällande att kontroll har genomförts och tre fall av beslut som rör organisatoriska förändringar har fattats. Ett av dessa har fattats av hälso- och sjukvårdsdirektören och rör förändring inom VO-sjukhusvård och två beslut har fattats av nämnden som rör organisatoriska förändringar mellan sjukhusvård och primärvård.
Det framgår att samtliga tre beslut fattats i enlighet med delegationsordningen. Vidare anges i såväl kontrollplan som i rapportering av kontrollen avser beslut fattade under 2016. Det förstås dock att kontrollerna avser beslut fattade under 2017.

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

Tilldelningsbeslut vid upphandling har fattats av behörig person
Av delårsrapporteringen per april anges att kontroll gjorts av alla tilldelningsbeslut som HSD fattat under perioden 1 januari-30 april. Det konstateras att 29 tilldelningsbeslut kontrollerades och samtliga hade fattats av behörig person.

Det anges inte om de 29 kontrollerade tilldelningsbesluten är samtliga beslut, något som i kontrollplanen anges ska kontrolleras. Vidare konstaterar vi att det i kontrollplanen anges att kontroll ska göras av beslut fattade av landstingsdirektör medan det i redovisningen anges att det rör kontroll av tilldelningsbeslut fattade av hälso- och sjukvårdsdirektör. Rimligen bör det vara beslut fattade av hälso- och sjukvårdsdirektören som ska kontrolleras.

Kontrollen har genomförts och rapporterats men med brister enligt beskrivningen ovan. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som gul.

Uppdragen i uppdragsförteckning har genomförts
Av rapporteringen per augusti framgår att kontroll genomförts av alla uppdrag den 14 augusti. Av 19 pågående uppdrag hade 11 ett datum för när det skulle vara färdigställt. Tre försenade uppdrag konstaterades. Risken att uppdrag inte genomförs bedöms som låg.

I rapporteringen för helåret anges att kontroll genomfördes 21 december och att kontrollen omfattade sammanlagt 37 uppdrag. Av dessa anges 34 vara klara och avslutade och tre uppdrag pågår. Samtliga tre uppdrag är försenade. Olika anledningar till förseningarna redovisas. Risken att uppdrag inte genomförs bedöms som mycket låg.

Inga åtgärder rapporteras behöva vidtas med anledning av kontrollens resultat.

Vi bedömer att kontrollen genomförts och rapporteras enligt riktlinjerna. Vi bedömer kontrollen som grön.

Inköp görs enligt avtal
I delårsrapportering per april framgår att kontroll utförts under två veckor i mars. Det framgår med nummer vilka tio kostnadsställen som har kontrollerats. 100 inköp kontrollerades och 96 av dessa har genomförts enligt avtal. Fyra inköp upptäcktes där en närmare bedömning av avtalsenligheten krävs. Det anges inte om detta har gjorts och vad den bedömningen i sådana fall har visat.

Det konstateras att inköp i mycket hög grad sker enligt avtal. Åtgärd som anges är att ansvarig verksamhetschef har meddelats om de inköp där det inte direkt kunde fastställas att de har gjorts enligt avtal.

Kontrollens redovisade resultat är samma som för motsvarande kontroll inom landstingsstyrelsens verksamhetsområde.

Kontrollen är genomförd men rapporteringen uppvisar brister. Bristerna består framför allt i att avtalstrohet inte har kontrollerats för samtliga 100 inköp som kontrollerades. 4 inköp har inte bedömts. Vidare finns otydligheter i beskrivningen av metod och frekvens för kontrollen. Det anges att stickprov ska tas av alla inköp inom tio slumpmässigt utvalda kostnadsställen under två veckor i mars. Det är otydligt om de 100 inköpen som kontrollerats är stickprov eller om det är samtliga inköp som gjorts. Det är vidare otydligt om det är kontrollen som ska genomföras under två veckor i mars eller om det är de inköp som gjorts under dessa två veckor som ska kontrolleras. Vi bedömer kontrollen som gul.

Landstingets anvisade rutiner för kontroll av bisysslor tillämpas
Av rapporteringen framgår att avsteg gjorts från kontrollmetoden och istället har en analys av en rapport rörande uppföljning av bestämmelser kring bisyssla gjorts. Rapporten bygger på resultatet av en genomförd enkätundersökning som vänt sig till verksamhetschefer i landstinget. Inom HSNs verksamhetsområde tillfrågades 120 personer. Det anges inte hur stor svarsfrekvensen var bland dessa.

Resultatet som presenteras är att 88% av de tillfrågade vet var man kan hitta riktlinjer kring bisysslor, 51% anser att de har goda kunskaper kring bestämmelserna och 44 % anger att de har någon kunskap på området.

Några åtgärder lyfts inte fram i redovisningen.

Vår bedömning är att kontroll av om riktlinjer följs inte på bästa sätt genomförs varken genom intervjuer med verksamhetschefer eller genom enkäter till verksamhetschefer. Kontrollaktiviteten borde istället bestå av kontroll av medarbetares bisysslor, alternativt genom ett antal stickprov som ett komplement till genomförda intervjuer. Rapporteringen av kontrollen säger inte någonting om huruvida cheferna följer riktlinjerna för bisysslor, utan endast om kännedom om riktlinjerna samt kunskap om deras innehåll.

Då kontroll inte har genomförts i enlighet med kontrollplan och då genomförd kontroll inte heller ger en bild av vad som ska kontrolleras bedömer vi kontrollen som ej genomförd och röd.

Rapporteringen är identisk med den som gjorts för landstingsstyrelsens verksamhetsområde.

Kontroll att det finns notering i personalsystemet om att kontroll av legitimation har genomförts
Av rapportering i samband med delårsrapportering framgår att samtliga personer som anställts inom nämndens verksamhetsområde under perioden 1 januari till 30 juni 2017 har

kontrollerats mot Socialstyrelsens register vid anställningstillfället. I samtliga fall har giltig legitimation bekräftats av Socialstyrelsen. Några åtgärder rapporteras inte.

Av rapporteringen per helår framgår att kontroll har gjorts av samtliga personer anställda mellan 1 januari och 12 december. För samtliga fall uppges giltig legitimation ha bekräftats.

I kontrollplanen samt vid de två rapporteringarna anges att kontroll skulle göras av alla som anställts under 2016. Året för kontroll borde vara 2017. Den kontroll som gjorts har dock enligt rapporteringen gjorts för anställda under 2017.

Vi konstaterar dock att kontroll inte har gjorts enligt angiven metod där det anges att kontroll ska göras för perioden 1 januari till 30 juni samt 1 juli till 31 december. Av rapporteringen framgår att kontroll gjordes för perioden 1 januari till 12 december, vilket innebär att hela året inte har kontrollerats. Till följd av detta bedömer vi att det finns brister i den genomförda kontrollen. Därför bedömer vi kontrollen som gul.

Vi konstaterar att rapporteringen av resultatet är samma som för landstingsstyrelsens verksamhetsområde. Förvisso har giltig legitimation kunnat bekräftas i samtliga fall men det är av vikt att kontroll genomförs på ett sätt som möjliggör att resultat kan rapporteras separat för landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden.

Rutin vid bokning av tjänsteresor följs

Av rapporteringen per augusti anges att kontroll gjorts enligt kontrollplanen. Urvalet av fakturor gjordes bland samtliga fakturor som översteg 5000 kr. Rapporteringen av resultatet visar att fyra av fakturorna bokförts enligt reglementet och att en av dem saknar uppgifter om vem/vilka som nyttjat biljetterna.

Åtgärd som vidtas är att enhetens controller får i uppdrag att informera verksamheten och be den komplettera fakturan med namn och syfte.

Vid rapporteringen per helår konstateras att kontroll genomförts på samma vis och att resultatet var utan anmärkning då samtliga fakturor uppges ha bokförts enligt reglementet.

Vi konstaterar att kontroll inte genomförts i enlighet med kontrollplan där det anges att beslut, syfte och deltagare ska finnas dokumenterade i protokoll från arbetsplatsträffar och nämndsammanträden. Utifrån redovisningarna har ingen sådan kontroll genomförts. Vidare ska kontrolleras att reseräkningarna skrivits ut och tillsammans med originalkvitton förvaras i pärm på kansliet. Detta har enligt redovisningen inte kontrollerats. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som ej genomförd och röd.

Korrekt hantering av fakturor

Av rapporteringen per augusti anges att 10 fakturor har kontrollerats, i enlighet med kontrollplan. Granskningen gjordes slumpmässigt bland olika konton och olika basenheter. Inga avsteg från regelverket rörande pris, mottagare och organisationsnummer konstaterades. Det saknas angivelse om F-skatt även kontrollerades, något som enligt kontrollplanen ska göras.

Inga åtgärder vidtas utifrån kontrollen vid delår per augusti annat än att det konstateras att vid kontrollen för helår ska 50 fakturor kontrolleras.

Vid rapporteringen per helår anges att ett stickprov om 50 fakturor tagits bland fakturor som översteg 5000 kr. En av fakturorna som avsåg representation saknade namn på närvarande personer. Övriga fakturor var utan anmärkning.

Vi konstaterar att i beskrivningen av kontrollaktivitet i kontrollplanen ska inom ramen för kontrollen inte kontrolleras om personer var angivet vid representationskostnader. Till följd av detta kan slutsatsen dras att kontroll inte har genomförts i enlighet med vad som fastslås i kontrollplanen. Vi konstaterar vidare att det vid rapporteringen per augusti inte anges om kontroll av F-skatt skett. Vi konstaterar även att stickprov tagits bland fakturor som överstiger 5000 kr, trots att detta inte anges i kontrollplanen. Av erfarenhet kan konstateras att felaktigheter och slarv lättare sker vid hantering av fakturor som rör mindre belopp. Bedömningen är således att det är väsentligt att stickprov tas bland samtliga fakturor.

Till följd av dessa brister bedömer vi kontrollen som genomförd och rapporterad men med brister. Vi bedömer kontrollen som gul.

5.4 Bedömning hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll

Riskområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
Två av de sju kontrollerna inom området bedöms ha genomförts med så låg kvalitet att det inte går att dra några slutsatser av resultatet alternativt genomförts på ett annat sätt än vad som framgår av kontrollplanen.

Tre kontroller bedöms ha genomförts med vissa brister i rapporteringen, såsom för litet underlag för att en bra bedömning av resultatet kan göras och otydlighet i beskrivningen av metod och kontrollaktivitet.

Två av kontrollerna bedöms ha genomförts och rapporterats på ett tydligt sätt i enlighet med kontrollplanen.

Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten
Samtliga tre kontroller inom området bedöms ha genomförts och rapporterats med tillräcklig kvalitet. Några brister konstateras dock, såsom i ett fall avsaknad av angivelse av antalet stickprov som ska tas. Samtliga beslut har dock kontrollerats varför vi ändå bedömt kontrollen hålla tillräcklig kvalitet.

I ett annat fall konstaterar vi att kontroll av om underlag lämnats av nämnden i tid inte är att betrakta som intern kontroll utan är något som nämnden borde känna till utan att kontroll görs.

Riskområde Följsamhet till lagar och regler
Av de tio kontrollerna inom området har två bedömts röda. I dessa fall har kontroll inte genomförts och rapporterats i enlighet med kontrollplan.

Sex kontroller bedöms ha genomförts men har ej rapporterats med tillräcklig kvalitet. Bristerna består bland annat i otydligheter i rapporteringen vilket gör att det inte går att utläsa resultatet av genomförd kontroll, otydlighet i bedömningen av resultatet samt att kontroll inte skett av hela perioden som anges ska kontrolleras.

Två kontroller bedöms ha genomförts och rapporterats på ett korrekt sätt och i enlighet med riktlinjerna.

Bedömning
Av de totalt 20 kontrollerna inom hälso- och sjukvårdsnämndens område bedöms sju (35 %) hålla tillräcklig kvalitet. Förra året bedömdes tre av 18 kontroller som gröna, vilket motsvarar 17 %. Antalet kontroller inom nämndens områden har ökat med 2 stycken från förra året.

Slutsatsen vi drar är att det fortfarande finns brister i hälso- och sjukvårdsnämndens genomförande och avrapportering av intern kontroll, även om ett något bättre resultat kan konstateras jämfört med förra året. I flera fall hade tydligare rapportering av hur kontrollerna genomförts och rapporterats kunnat leda till att kontrollerna bedömts som gröna. I några andra fall hade följsamhet till beslutad metod för kontroll lett till att de bedömts som gröna. Vi konstaterar således fortsatt att nämnden har goda möjligheter att med enkla medel förbättra sitt resultat rörande avrapporteringen av intern kontroll.

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).

Då nämnden för funktionshinder och habilitering under året arbetat med två olika kontrollplaner redovisas och bedöms de separat nedan. För delårsrapportering per augusti har bedömningar gjorts utifrån skrivningarna i den första kontrollplanen och för rapportering per helår har bedömningar gjorts utifrån skrivningarna i den andra kontrollplanen. Till följd av detta har vi vid bedömning bortsett från utebliven rapportering per helår för kontroller som lyfts i plan 1 och per april och augusti för kontroller som lyfts i plan 2.

6.1 Riskområden Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

Tabell 7: Kontroller Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet (plan 1)

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[1] och ÅR	RÖD
projekt: Förstärkt primärvård för personer med funktionsnedsättning inte går enligt plan	Avge lägesrapport		Bitr. hälso- och sjukvårds-direktör	Delår och ÅR	RÖD
organisering av samverkan enligt hjälpmedelsstrategi 2017-2021 inte har etablerats	Avge lägesrapport		V-chefen vid Hjälpmedel AC	Delår och ÅR	RÖD

Redovisa antal vakanser och orsaken till varför dessa uppstått

[1] I kontrollplanen anges inte vid vilken delårsrapportering som rapport till nämnd av genomförd kontroll ska göras. Nämnden har dock inte erhållit någon rapportering av genomförda kontroller i samband med delårsrapportering per april.

Av rapporteringen per augusti framgår att kontrollen gjorts 4/9 och att resultatet visar att pensionsavgångar samt vikarier pga sjukdom är den främsta orsaken till uppkomna vakanser/lediga tjänster.

Den åtgärd som rapporteras är att revidering av kontrollplanen ska göras avseende risk och kontrollaktivitet.

I kontrollplanen anges inte vilken metod som ska tillämpas för att genomföra kontrollen och inte heller med vilken frekvens kontrollen ska genomföras. I rapporteringen redovisas inte antalet vakanser. Det är av redovisningen svårt att göra en bedömning av resultatet då antalet vakanser inte redovisas. Till följd av dessa brister bedömer vi kontrollen som röd.

Lägesrapport rörande projekt förstärkt primärvård för personer med funktionsnedsättning

Det rapporteras att kontroll genomförts 31/8, samt att nämnden har tagit del av lägesrapport och att projektägare är utsedd, projekt är initierat och projektledare rekryterad.

Åtgärd som rapporteras är att kontrollplanen ska revideras och att denna kontroll utgår och risken ska följas upp på annat sätt.

Vår bedömning är att avge lägesrapport för hur ett projekt fortgår inte är att betrakta som en kontrollaktivitet att lyfta in i en kontrollplan. Det ges ingen detaljerad beskrivning av vad lägesrapporten innehåller. Risken som kontrollen kommer från bedömer vi dock som relevant. Vidare saknas även för denna kontroll beskrivning av metod och frekvens. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som röd.

Förslag till ny hjälpmedelsstrategi

I rapporteringen per augusti anges att kontroll har genomförts 31/8, samt att nämnden har tagit del av lägesrapport, att strategi inte är implementerad och att samordnare ännu ej är rekryterad.

Åtgärd som rapporteras är att kontrollplanen ska revideras och att denna kontroll utgår och risken ska följas upp på annat sätt.

Likt kontrollen ovan bedömer vi att rapportering huruvida en strategi har antagits inte är att betrakta som en kontrollaktivitet att lyfta in i kontrollplanen. I kontrollplanen saknas också metod och frekvensangivelser för kontrollen.

Vi bedömer kontrollen som röd.

Tabell 8: Kontroller Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet (plan 2)

Risk att...	Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontroll-ansvarig	Tidpunkt för rapport till nämnd	Vår bedömning
basenheter saknar avbrottsplaner/reservrutiner avseende IT, telefoni och el	Kontroll att alla basenheter inom nämndens ansvarsområde har en årligen uppdaterad avbrottsplan/reservrutin för: - IT - Telefoni - Elförsörjning	Fullständig kontroll att angiven uppdaterad rutin finns inom varje basenhet. Genomförs i april och i december.	Beredskaps-samordnare	Delår per april och ÅR	GRÖN

Kontroll av basenheter med avbrottsplan
I rapporteringen anges att kontroll har genomförts i december 2017, och att det konstateras att hjälpmedelscentralen och habiliteringen har uppdaterade rutiner för IT-avbrott och teleavbrott men att det saknas uppdaterad rutin för elavbrott.

Det konstateras att inga omedelbara åtgärder behöver vidtas, men det föreslås att nämnden uppdrar åt VOC att upprätta/komplettera reservrutiner inom angivna områden om sådana inte finns.

Vi bedömer att kontrollen är genomförd och rapporterad i enlighet med kontrollplanen. Vi bedömer kontrollen som grön.

6.2 Riskområde Följsamhet till lagar och regler

Tabell 9: Kontroller Följsamhet till lagar och regler (plan 2)

Risk att...	Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontroll-ansvarig	Tidpunkt för rapport till nämnd	Vår bedömning
fastslagen ärendeberedningsprocess inte följs	Kontroll att ärenden till nämnden har hanterats i enlighet med ärendeberedningsprocessen	Stickprov av 3 slumpmässigt utvalda ärenden i NFH från perioden januari-april, maj-augusti samt september-december Genomförs inför delårsrapportering samt årsrapport	Nämnd-sekreterare NFH	Delår per april, augusti och ÅR	GUL
det finns anställda med legitimationsyrken inom nämndens verksamheter som saknas giltig legitimation	Kontroll att det finns en notering i personalsystemet om att kontroll av legitimation har genomförts (för alla som anställts inom de 21 legitimationsyrkena under vald period). Notering om kontroll innebär att kontroll mot Socialstyrelsens register skett och att legitimation finns	Fullständig kontroll av alla som anställs under innevarande år. Genomförs för perioderna december-mars, april-juli samt augusti-november	HR-strateg	Delår per april, augusti och ÅR	GUL
fakturor hanteras på felaktigt sätt avseende betalning till rätt mottagare	Fakturakontroll i Agresso. Säkerställ att mottagarens bankgiro och organisationsnummer överensstämmer med fakturan	Stickprov av 5 slumpmässigt utvalda fakturor i NFH från perioden jan-april, maj-augusti samt september-december. Genomförs inför delårsrapportering samt årsrapport.	VO-strateg	Delår per april, augusti och ÅR	GUL
behöriga attestanters rätt att attestera fakturor inte avslutas vid avslutad eller ändrad anställning	Kontroll att behöriga attestanter har en anställning med beslutad attesträtt inom angiven verksamhet	Fullständig kontroll i Agresso av beslutsattestanter inom nämndens verksamhets-område.	Redovis-ningschef	Delår per april, augusti och ÅR	GRÖN

		Genomförs i april, augusti och december.			

Ärenden har följt ärendeberedningsprocessen
Av rapporteringen framgår att nio slumpmässigt utvalda ärenden har kontrollerats från nämndens möten i april, maj, september och november. Sex punkter har kontrollerats för varje ärende, utifrån vad som anges i ärendeberedningsprocessen. Hur många av kontrollerade ärenden som godkänts för varje punkt redovisas.

Resultatet bedöms som tillfredsställande utifrån rapporteringen.

Åtgärder som behöver vidtas är att poängtera vikten av att hålla stoppdatum och att använda tjänsteskrivelser. Vidare kommer utbildning i dokumenthantering erbjudas.

Det är av redovisningen svårt att avgöra om resultatet är bra eller inte. Resultatet bedöms som tillfredsställande trots att det för ingen punkt redovisas ett resultat om att samtliga ärenden lever upp till punkten i fråga. Till följd av otydligheterna kring hur resultatet ska tolkas bedömer vi kontrollen som gul.

Kontroll att det finns notering i personalsystemet om att kontroll av legitimation har genomförts
Av rapporteringen framgår att fullständig kontroll har gjorts av alla som anställts under perioden 1 januari till 11 december har kontrollerats mot Socialstyrelsens register vid anställningstillfället. Vid samtliga fall har giltig legitimation bekräftats.

Vi konstaterar att det i kontrollplanen anges att kontroll ska göras av samtliga som anställts under året. I redovisningen rapporteras samtliga som anställts fram till och med 11 december, vilket innebär att kontroll av hela året inte har gjorts. Till följd av detta bedömer vi att det finns brister i genomförandet av kontrollen i relation till beskrivning av hur kontrollen ska genomföras. Vi bedömer kontrollen som gul.

Korrekt hantering av fakturor
Av rapporteringen framgår att stickprov tagits bland de fakturor som översteg 5000 kr. Resultatet visade inga avvikelser gällande bankgiro- och organisationsnummer, varför inga ytterligare åtgärder konstateras.

Vi konstaterar att stickprov tagits bland fakturor som överstiger 5000 kr, trots att detta inte anges i kontrollplanen. Av erfarenhet kan konstateras att felaktigheter och slarv lättare sker vid hantering av fakturor som rör mindre belopp. Bedömningen är således att det är väsentligt att stickprov tas bland samtliga fakturor.

Vidare konstaterar vi att fem stickprov är ett litet urval och inte utgör ett tillräckligt underlag för att göra en bedömning av att fakturahanteringen fungerar tillfredsställande.

Till följd av bristerna bedömer vi kontrollen som gul.

Behöriga attestanter

I rapporteringen anges att fullständig kontroll har utförts av beslutsattestanter inom nämndens ansvarsområde. Kontrollen genomfördes i december och visade att behöriga attestanter har en anställning med beslutad attesträtt.

Vi bedömer att kontrollen är genomförd och rapporterad i enlighet med kontrollplan varför vi bedömer kontrollen som grön.

6.3 Bedömning nämnden för funktionshinder och habiliterings interna kontroll

Riskområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
Samtliga tre kontroller som genomförts inom området och som avrapporterats vid delårsrapport per augusti bedöms som röda. Detta beror framför allt på att det i underlaget inte framgår när och hur kontrollerna har genomförts. I två av fallen bedömer vi även att någon egentlig kontrollaktivitet för identifierad risk inte finns i kontrollplanen.

Den kontroll som genomförts i enlighet med kontrollplan 2, och som avrapporterats i samband med årsredovisningen, bedömer vi håller en tillräcklig kvalitet.

Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten
Nämnden har för år 2017 inte identifierat några risker som lyfts in i kontrollplanen inom riskområdet.

Riskområde Följsamhet till lagar och regler
Tre av de fyra kontroller som genomförts inom området har bedömts ha brister, varför de bedömts gula. Bristerna består i otydlighet att göra en bedömning utifrån redovisat resultat, att kontroll inte har gjorts utifrån vad som anges i kontrollplanen samt brister i storleken rörande antalet stickprov.

En av kontrollerna bedöms ha genomförts och rapporterats på ett tydligt sätt i enlighet med kontrollplanen.

Bedömning
Vår bedömning är att rapporteringen av genomförd intern kontroll per augusti har omfattande brister. Det saknas information om hur och när kontrollerna har genomförts. Motsvarande information om hur de ska genomföras saknas också i kontrollplanen.

Den andra kontrollplanen som antogs efter delårsrapportering per augusti är tydligare och visar på att förbättringar har gjorts inom ramen för arbetet med intern kontroll. Av de fem kontroller som planen innehåller har tre av dem rapporterats men innehåller brister. Två av de fem kontrollerna håller tillräcklig kvalitet. Med enkla medel, såsom genomförande av kontroll i enlighet med plan samt ett större antal stickprov hade lett till att ytterligare ett par kontroller hade bedömts gröna. Nämnden borde således framgent med enkla medel kunna förbättra sitt resultat rörande avrapporteringen av intern kontroll.

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 antagit anpassade riktlinjer för intern kontroll för respektive verksamhet. Revidering av riktlinjerna har skett under 2017. Riktlinjerna innehåller beskrivningar av hur såväl arbets- som ansvarsprocessen ser ut för respektive nämnd. Ansvar att föredra den interna kontrollen har för nämnden för funktionshinder och habilitering flyttats från utredare vid ledningsstaben till biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör.

Strateg vid ekonomistaben som tidigare ansvarat för processen att samla in och sammanställa rapporteringen av intern kontroll för landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har nu också ansvar för detta arbete för nämnden för funktionshinder och habilitering.

- 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 2017 också delgivits riskbedömning och riskanalys. I riktlinjerna för intern kontroll 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 2017?

Ja, landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering har samtliga under september och december 2016 beslutat om internkontrollplan för 2017. Nämnden för funktionshinder och habilitering beslutade om att anta en ny kontrollplan för 2017 i september 2017.

Enligt landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll ska internkontrollplanen för året antas i samband med att verksamhetsplanen utarbetas.

- 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 i huvudsak tydligt vilka områden som ska kontrolleras genom de olika kontrollaktiviteterna. I den första kontrollplanen för nämnden för funktionshinder och habilitering är det delvis tydligt vilka områden som ska kontrolleras. I flera fall saknas angivelse av vilka kontrollaktiviteter som ska genomföras för att kontrollera risken. Till följd av detta saknas även angivelse av metoden för kontroll. I den andra kontrollplanen som antogs i september 2017 är det tydligt angivet vilka kontroller som ska genomföras, vem som har ansvaret samt när uppföljning ska ha genomförts.

- 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 genomförts i enlighet med kontrollplanerna och riktlinjerna för intern kontroll. 13 av totalt 45 (29%) granskade kontroller bedöms hålla tillräcklig kvalitet och möta kraven i reglemente och riktlinjer. Detta visar dock på en förbättring mot föregående år då 15% av de genomförda kontrollerna bedömdes hålla tillräcklig kvalitet.

- 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 många 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.

I något fall konstaterar vi att det förekommer kontroller inom landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden som uppvisar identiska resultat. Slutsatsen är att det är samma kontroller som genomförts, och att resultatet inte kan delas upp på landstingsstyrelsen respektive hälso- och sjukvårdsnämndens respektive ansvarsområden, vilket är en brist.

- 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 och hälso- och sjukvårdsnämnden har i samband med avrapporteringen av genomförd intern kontroll inte beslutat om åtgärder till följd av brister identifierade genom genomförda internkontrollaktiviteter.

Nämnden för funktionshinder och habilitering beslutade i samband med avrapporteringen av delår per augusti 2017 om revidering av internkontrollplanen 2017, med en ny riskbedömning som bör gälla från 1 oktober 2017. Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör fick då i uppdrag att till nämndens möte i november 2017 följa upp vilka av nämndens risker som inte är relevanta i en internkontrollplan.

Landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering har inte i samband med avrapportering av analys av styrelsens och nämndernas system för intern kontroll i samband med delårsrapportering per augusti beslutat om några särskilda åtgärder.

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 minst 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 för låg kvalitet. Delvis består kvalitetsbristerna i otydlighet i rapporteringen. Samtliga delar av kontrollerna har inte genomförts alternativt inte rapporterats. I några fall är det i kontrollplanerna otydligt angivet hur kontrollerna ska genomföras. I andra fall saknas helt angivelse av kontrollaktivitet i kontrollplanen. I ytterligare andra fall saknas analys av det rapporterade resultatet. Detta har lett till att det är svårt att dra slutsatser av det rapporterade resultatet och att åtgärder inte har kunnat presenteras och vidtas.

I några fall konstaterar vi också att rapporteringen för landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden uppvisar identiska resultat. Slutsatsen vi drar är att det är samma kontroller som genomförts men som redovisas separat för de båda nämnderna. Det är av stor vikt att kontroller genomförs och där resultatet rapporteras separat för båda nämnderna.

Vi bedömer det som positivt att bedömning och analys av nämndernas och styrelsens system för intern kontroll numera rapporteras i samband med delårsrapportering per augusti. På detta sätt möjliggörs att förändringar och förbättringar av arbetet med intern kontroll kan genomföras inför kommande år. Vi konstaterar dock att en samlad analys av landstingets system för intern kontroll inte har avgivits i samband med delårsrapportering per augusti, något som ska göras enligt landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll. Det har inte heller i samband med årsredovisningen till fullmäktige avgivits en utvärdering av landstingets samlade system för intern kontroll, något som ska göras enligt reglementet för intern kontroll. Detta bedömer vi vara en brist.

De övergripande riktlinjerna som landstingsstyrelsen antagit samt de anpassade riktlinjer som granskade nämnder/styrelsen antagit beskriver hur den interna kontrollen ska genomföras och vilka krav som ställs på rapporteringen. Vår bedömning är att dessa styrdokument inte följs i tillräcklig utsträckning, till följd av att genomförande av kontroller och rapportering av dem i stor utsträckning inte håller tillräcklig kvalitet. Vår rekommendation är att granskade nämnder framgent säkerställer att genomförandet av den interna kontrollen samt rapporteringen av densamma genomförs i enlighet med dessa riktlinjer.

Umeå den 12 april 2018

Anders More
Certifierad kommunal revisor

8 Källförteckning

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

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

Riktlinjer för intern kontroll, antagna av landstingsstyrelsen 2017-09-12

Anpassade riktlinjer för intern kontroll inom Landstingsstyrelsens ansvarsområde, antagna av landstingsstyrelsen 2015-10-20 och reviderade 2017-09-12

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

Anpassade riktlinjer för intern kontroll inom Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde, antagna av hälso- och sjukvårdsnämnden 2017-09-29

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

Anpassade riktlinjer för intern kontroll inom Nämnden för funktionshinder och habiliterings ansvarsområde, antagna av nämnden för funktionshinder och habilitering 2017-11-29

Landstingsstyrelsen – Plan för intern kontroll inklusive riskanalys 2017, fastställd av landstingsstyrelsen 2016-12-13

Hälso- och sjukvårdsnämnden – Plan för intern kontroll inklusive riskanalys 2017, fastställd av hälso- och sjukvårdsnämnden 2016-09-29

Nämnden för funktionshinder och habilitering – Internkontrollplan 2017 inklusive riskvärdering, fastställd av nämnden för funktionshinder och habilitering 2016-09-29

Nämnden för funktionshinder och habilitering – Plan för intern kontroll inklusive riskanalys 2017, fastställd av nämnden för funktionshinder och habilitering 2017-09-29

Avrapportering av intern kontroll per april 2017 - Protokoll sammanträde landstingsstyrelsen 2017-05-30

Avrapportering av intern kontroll per april 2017 - Protokoll sammanträde hälso- och sjukvårdsnämnden 2017-05-18

Avrapportering av intern kontroll per augusti 2017 - Protokoll sammanträde landstingsstyrelsen 2017-10-31

Avrapportering av intern kontroll per augusti 2017 - Protokoll sammanträde hälso- och sjukvårdsnämnden 2017-09-29

Avrapportering av intern kontroll per augusti - Protokoll sammanträde nämnden för funktionshinder och habilitering 2017-09-29

Avrapportering av intern kontroll för helåret 2017 – Protokoll sammanträde landstingsstyrelsen 2018-04-03

Avrapportering av intern kontroll för helåret 2017 – Protokoll sammanträde hälso- och sjukvårdsnämnden 2018-02-14

Avrapportering av intern kontroll för helåret 2017 – Protokoll sammanträde nämnden för funktionshinder och habilitering 2018-02-14

Analys av systemet för intern kontroll – Protokoll sammanträde landstingsstyrelsen 2017-10-31

Analys av systemet för intern kontroll – Protokoll sammanträde hälso- och sjukvårdsnämnden 2017-09-29

Analys av systemet för intern kontroll – Protokoll sammanträde nämnden för funktionshinder och habilitering 2017-09-29