

LANDSTINGSREVISIONEN

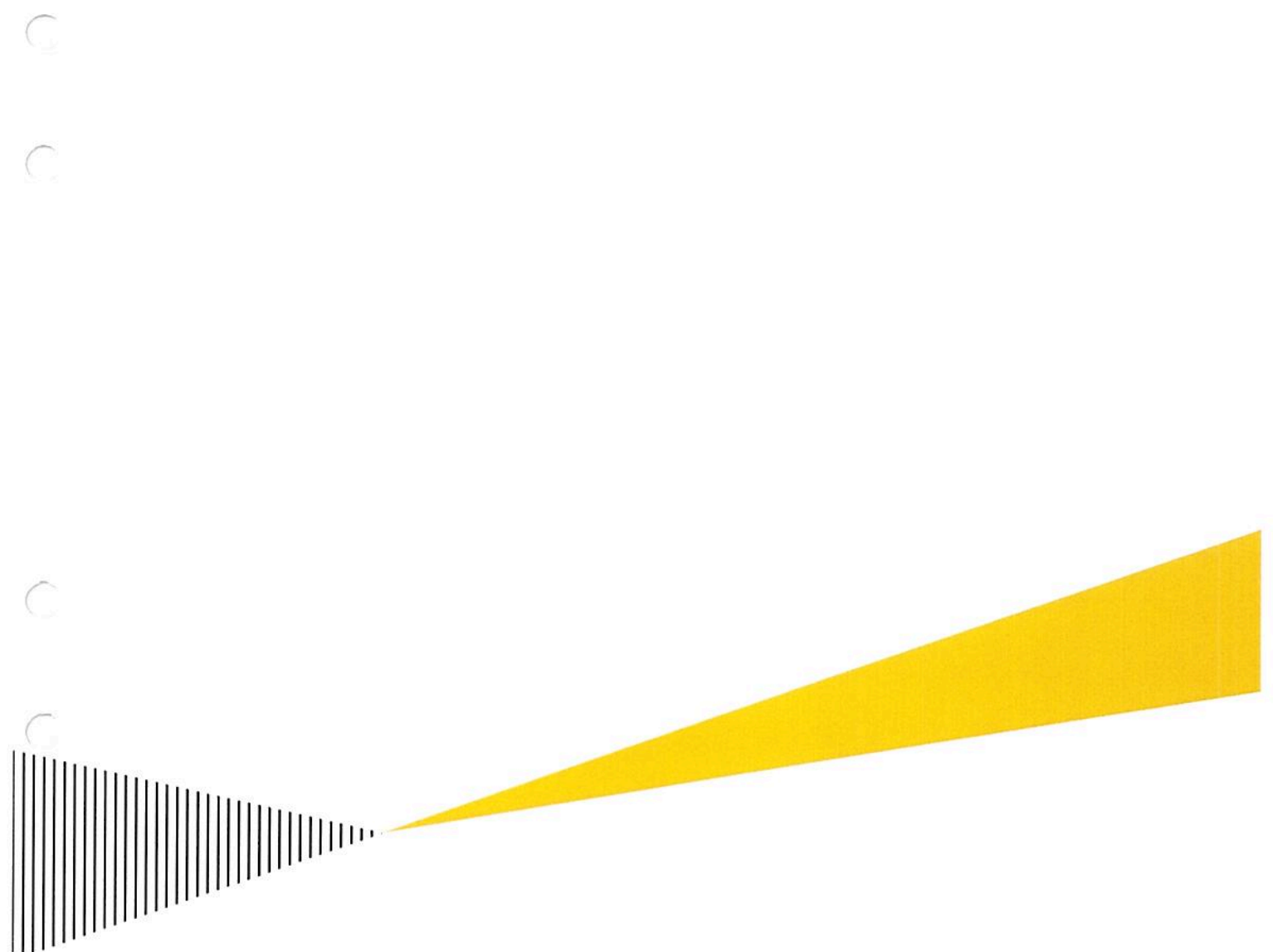
Granskning av följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll

Rapport nr 18/2016



Granskning av intern kontroll 2016

Västerbottens läns landsting



EY

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	Risikanalys.....	8
3.5	Kontrollplaner	9
3.6	Rapportering och uppföljning.....	12
3.7	Åtgärder vid brister	13
4	Landstingsstyrelsens interna kontroll.....	14
4.1	Risikområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.....	14
4.2	Risikområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten	17
4.3	Risikområde Följsamhet till lagar och regler.....	19
4.4	Bedömning landstingsstyrelsens interna kontroll	21
5	Hälsa- och sjukvårdsnämndens interna kontroll	22
5.1	Risikområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.....	22
5.2	Risikområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten	25
5.3	Risikområde Följsamhet till lagar och regler.....	27
5.4	Bedömning hälsa- och sjukvårdsnämndens interna kontroll	30
6	Nämnden för funktionshinder och habiliterings interna kontroll.....	31
6.1	Risikområden Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet.....	31
6.2	Risikområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten	33
6.3	Risikområde Följsamhet till lagar och regler.....	33
6.4	Bedömning nämnden för funktionshinder och habiliterings interna kontroll.....	34
7	Avslutande bedömning	34
7.1	Svar på revisionsfrågorna.....	34
7.2	Sammanfattande bedömning	36
8	Källförteckning.....	38

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 rehabilitering följer fullmäktiges reglemente för intern kontroll.

Såväl landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden som nämnden för funktionshinder och rehabilitering antog under 2015 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 2016 också delgivits riskbedömning och riskanalys, som är en integrerad del av kontrollplanen.

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 rehabilitering 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 utökad rapportering jämfört med tidigare år, och 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 låg kvalitet. Kvalitetsbristerna består dels i otydlighet i rapporteringen. Samtliga delar av kontrollerna har inte genomförts alternativt inte rapporterats. I många fall kan bristerna i rapporteringen även härledas till avsaknad av information i kontrollplanerna om hur och när kontrollerna ska genomföras. I några fall saknas helt angivelse av kontrollaktivitet i kontrollplanen. I ett antal fall saknas analys av det rapporterade resultatet vilket lett till att slutsatser inte kunnat dras och att åtgärder inte har kunnat presenteras.

I granskningen framkommer att de riskbedömningar som ligger till grund för nämnden för funktionshinder och rehabiliterings kontrollplan inte genomförs årligen. Vår rekommendation är att nämnderna årligen genomför riskanalyser och -bedömningar i sina respektive verksamheter för att säkerställa att väsentliga risker lyfts in i kontrollplanerna.

I samband med avrapporteringen av intern kontroll för helåret i hälso- och sjukvårdsnämnden samt nämnden för funktionshinder och rehabilitering har inte bedömning och analys gjorts av nämndernas system för intern kontroll, något som enligt riktlinjerna ska göras. Detta bedömer vi vara en allvarlig brist. En väl genomförd analys av respektive nämnds system för intern kontroll borgar för förbättringar inför kommande år, något som är behövt för såväl styrelsen som granskade nämnder.

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

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 2016 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 2016?
- ▶ 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

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 (1), ekonomistaben
- Strateg för planering och uppföljning (2), ekonomistaben
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Utredare nämnden för funktionshinder och habilitering, ledningsstaben

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.

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

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

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

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

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

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

3.3 Organisation

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

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

1. se till att alla verksamheter följer landstingsövergripande riktlinjer och anvisningar och att åiterrapportering 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 allvarigare 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 allvarigare brister i den interna kontrollen

För nämnden för funktionshinder och habilitering åvilar uppgifterna i punkt 1-4 enligt ovan landstingsdirektören. Landstingsdirektören har dock utsett utredare vid ledningsstaben att företräda honom.

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

Vid ekonomistaben finns 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. Strategen sorterade tidigare organisatoriskt under staben för ledning och styrning. Tjänsten har dock under 2016 flyttats och placerats under ekonomistaben. Sedan februari 2017 finns två strateger vid ekonomistaben som delar på ansvaret för processen för arbetet med intern kontroll.

3.4 Riskanalys

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

Landstingsstyrelsens riskanalys innehåller totalt 30 identifierade risker, hälso- och sjukvårdsnämndens riskanalys innehåller 29 risker och för nämnden för funktionshinder och habilitering innehåller analysen 15 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.

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 november 2015 då hälso- och sjukvårdsnämnden antog plan för intern kontroll 2016 anges att till grund för utformningen av planen har bland annat nämndens uppföljning av den interna kontrollen för 2015 legat. Enligt uppgift från intervjupersonerna har riskanalyserna i huvudsak tagit avstamp i föregående års internkontrollplan samt i de riskområden som under året konstaterats i landstingsrevisionens

rapporter samt i diskussioner med landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. Riskerna har sammanställts av en grupp bestående av föredragande samt företrädare från staben för planering och styrning (sedan sept. 2016 ekonomistaben). En bruttolista med risker har därefter stämts av med ansvarig nämnd.

Av internkontrollplanen för nämnden för funktionshinder och habilitering framgår att riskerna baseras på den riskvärdering som görs i verksamheten, dock ej årligen. I protokoll från sammanträde i nämnden för funktionshinder och habilitering (2015-10-27) § 75 framgår att till grund för utformningen av 2016 års plan för intern kontroll ligger uppföljningen av intern kontroll från 2014 samt delårsuppföljningen per augusti 2015. Informationen om hur riskanalysen genomförs och vad som ligger till grund för internkontrollplanen varierar alltså mellan nämndprotokollet och planen för intern kontroll.

3.5 Kontrollplaner

Landstingsstyrelsen beslutade att anta kontrollplan för år 2016 i december 2015 och hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade att anta kontrollplan för år 2016 i november 2015. Värt att notera är att vid nämndens sammanträde i samband med att kontrollplanen antogs tillfördes ett antal risker kontrollplanen. Nämnden för funktionshinder och habilitering beslutade att anta kontrollplan för 2016 i oktober 2015.

Planerna innehåller tabeller där kontrollaktivitet, metod och frekvens (förutom i planen för nämnden för funktionshinder och habilitering), kontrollansvarig samt tidpunkt för rapportering till nämnd beskrivs. En skillnad från föregående år är att det i landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplaner anges vilken funktion som är ansvarig för kontrollen och inte som tidigare personens namn. Enligt uppgift från intervjupersonerna är det dock samma funktioner som ansvarar för kontrollen som tidigare. Samtliga kontroller sorterar in under ett av de tre övergripande områdena *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet, tillförlitlig rapportering och information om verksamheten* eller *följsamhet till lagar och regler*.

Av de 30 risker som identifierats inom ramen för landstingsstyrelsens verksamhet har 21 erhållit ett riskvärde om 15 eller högre. 16 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 4 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 18 risker (av totalt 29) som erhållit en kontrollaktivitet i internkontrollplanen. 7 kontroller sorterar under området *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet*, 3 under området *tillförlitlig rapportering och information om verksamheten* samt 8 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 dessa följs upp och återrapporteras till nämnd varje månad i månadsrapport alternativt rapporteras till varje delår och år (gäller rapport rörande åtgärder för budget i balans). Samtliga 4 risker sorterar under området *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet*.

Av de 15 risker som identifierats inom ramen för nämnden för funktionshinder och habiliterings verksamhet har 8 erhållit ett riskvärde om 15. 6 av dessa har tillskrivits en kontrollaktivitet. 3 av de 6 riskerna sorterar under området *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet*, en av riskerna under området *tillförlitlig rapportering och information om verksamheten*, och två risker under området *följsamhet till lagar och regler*. De två risker som inte tillskrivits en kontrollaktivitet sorterar båda under området *ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet*. I planen anges att för dessa risker görs uppföljning endera i samband med den månatliga ekonomiska rapporten eller i samband med delårs- och årsrapport.

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

Tabell: Bedömning av landstingsstyrelsens kontrollplan 2016

Krav på internkontrollplanens innehåll enligt riktlinjer för intern kontroll	Framgår	Framgår delvis	Framgår inte	Kommentar
Risicanalys utifrån områdena ändamålsenlig verksamhet, tillförlitlig rapportering och information, följsamhet lagar och regler	X			
Vilka kontrollaktiviteter som ska genomföras	X			
Vilken metod som ska användas för att genomföra kontrollaktiviteterna	X			
När och hur ofta de ska genomföras		X		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 2016

Krav på internkontrollplanens innehåll enligt riktlinjer för intern	Framgår	Framgår delvis	Framgår inte	Kommentar

kontroll				
Risicanalys 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 ett 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			
När resultaten av kontrollerna ska rapporteras till nämnden	X			

Tabell: Bedömning av nämnden för funktionshinder och habiliterings kontrollplan 2016

Krav på internkontrollplanens innehåll enligt riktlinjer för intern kontroll	Framgår	Framgår delvis	Framgår inte	Kommentar
Risicanalys utifrån områdena ändamålsenlig verksamhet, tillförlitlig rapportering och information, följsamhet lagar och regler	X			
Vilka kontrollaktiviteter som ska genomföras		X		Framgår för tre av sex 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			
---	---	--	--	--

Vi konstaterar en genomgående brist i angivelse av när och hur ofta kontrollerna ska genomföras. Här ligger bristen till stor del i den pedagogiska beskrivningen av när och hur ofta kontroll ska ske. Det är i flera fall omöjligt att förstå om det rör sig om att kontrollen ska genomföras under ett särskilt tidsspänn eller om kontrollen ska göras av ärenden/fall i det angivna spannet.

3.6 Rapportering och uppföljning

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

I samband med att det nya reglementet antogs i februari 2015 beslutades att den interna kontrollen ska rapporteras vid 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 2015-12-15, 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 2016. Även i hälso- och sjukvårdsnämndens kontrollplan anges för somliga kontrollaktiviteter att de ska rapporteras till nämnden i samband med delårsrapportering per april månad. Detta är en ambitionshöjning och skillnad mot tidigare år då uppföljning och rapportering har gjorts vid två tillfällen per år.

Inför uppföljningen i samband med delårsrapportering för landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har ansvarig strateg vid staben för planering och styrning (sedan sept. 2016 ekonomistaben) till varje kontrollansvarig skickat ett mail och upplyst om att det är hög tid att såväl genomföra som rapportera genomförd intern kontroll. Deadline för återkoppling av resultat var den 4 maj samt 6 september. I anslutning till mailet bifogades en särskild mall för rapportering av genomförda kontroller. Av mallen 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. Enligt uppgift var det nödvändigt att skicka påminnelsemail för att få in uppgifter om samtliga kontroller.

Motsvarande beställning skickades av strategen vid ekonomistaben i samband med rapportering av genomförda kontroller som ska rapporteras i samband med årsbokslutet. Deadline för återrapportering sattes till 9 januari. Även här har det varit nödvändigt för strategen att skicka påminnelsemail för att få in information om samtliga genomförda kontroller.

Genomförda kontroller enligt kontrollplan rapporterades till landstingsstyrelsen i samband med delårsrapportering den 7 juni och den 25 oktober 2016. Enligt uppgift kommer rapporteringen för helåret avrapporteras till landstingsstyrelsen den 4 april. Till hälso- och sjukvårdsnämnden rapporterades genomförda kontroller i samband med delårsrapportering den 17 maj och den 29 september 2016 samt för helåret den 16 februari 2017.

För uppföljning av kontroller inom ramen för nämnden för funktionshinder och habilitering ansvarar utredare vid staben för planering och styrning (sedan september 2016 ledningsstaben). Utredaren skickade den 1 juni mail till kontrollansvariga om att kontrollerna skulle rapporteras vid nämndssammanträde den 29 september. Deadline för rapportering sattes till 31 augusti. Någon beskrivning av hur rapporteringen av resultatet skulle se ut gavs inte i mailet. I samband med rapportering av genomförda kontroller som ska rapporteras i samband med årsbokslutet skickade utredare mail till kontrollansvariga i slutet av oktober med deadline för leverans den 20 januari. Med mailet skickades en mall för rapportering. Mallen utgjordes av internkontrollplanen, men istället för en kolumn med rubriken *metod och frekvens* återfanns en kolumn med rubriken *redovisa*, där respektive kontrollansvarig hade i uppgift att lyfta in resultatet från genomförda kontroller. Efter sammanställning av inrapporterat resultat presenterades detta för nämnden. Rapportering av genomförd intern kontroll för 2016 rapporterades till nämnden för funktionshinder och habilitering den 16 februari 2017.

I enlighet med styrelsen och nämndernas anpassade riktlinjer för intern kontroll ska landstingsdirektören, hälso- och sjukvårdsdirektören samt föredragande i nämnden för funktionshinder och habilitering senast i samband med årsredovisningens upprättande rapportera till respektive styrelse/nämnd och ge en bedömning och analys av styrelsens/nämndens system för intern kontroll. Avrapportering ska enligt uppgift ske till landstingsstyrelsen den 4 april. I samband med årsredovisningens upprättande och rapportering av genomförd intern kontroll för helåret 2016 till hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering den 16 februari har ingen analys av respektive nämnds system för intern kontroll avgivits.

I analysen som föreläggs landstingsstyrelsen anges att systemet för intern kontroll under året har fortsatt att utvecklas och att metod och utformning av kontroller har varit tydligare. Dock identifieras vissa undantag där kontrollerna inte har lyckats fånga upp de risker som identifierats. Det anges vidare att styrelsen och nämnderna har arbetat för att minska den överlappning som tidigare funnits mellan internkontrollplaner och verksamhetsplaner. De övergripande förbättringsbehov som identifieras är återrapportering av genomförda kontroller samt redovisning av resultat. Det anges att fler kontroller behöver specificeras så att det blir tydligt vilken metod som ska användas samt hur ofta den ska genomföras. En åtgärd som identifieras är behovet att tydliggöra ansvar kring uppföljning.

3.7 Åtgärder vid brister

I de fall brott förekommit eller allvarigare 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 utredare vid staben för planering och styrning/biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör ansvarar för att till respektive nämnd rapportera brott eller allvarigare brister i den interna kontrollen.

Vid avrapporteringen av den interna kontrollen i respektive nämnd i samband med årsredovisningens upprättande ska också ansvarig tjänsteman bland annat föreslå förbättringar av kontrollernas genomförande, vilka brister och utvecklingsområden som framkommit i redovisningen av kontrollaktiviteterna samt vilka åtgärder som har vidtagits i verksamheten med anledning av risken och/eller resultatet av kontrollaktiviteterna.

Som konstaterats ovan har bedömning och analys av hälso- och sjukvårdsnämndens och nämnden för funktionshinder och habiliterings system för intern kontroll inte avgivits i samband med rapportering av årsbokslut. I landstingsstyrelsens analys lyfts behovet av

förtydligade rutiner för kontroll av byggfakturor. Här pågår arbete med en ny rutin och information har gått ut till fastighetspersonal angående krav på fakturainnehåll.

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	Kontrollansvarig	Tidpunkt för rapport till LST	Vår bedömning
eftersökta kompetenser 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.	Rekryteringschef	ÅR	RÖD
sjukskrivningar ökar till följd av att åtgärder inte genomförts i tillräcklig grad kopplat till inomhusproblematik	Kontroll av antal läkarbesök med anledning av sjuka hus bland personal inom styrelsens ansvarsområde	Fullständig kontroll. Genomförs månatligen.	Verksamhetschef Företagshälsovård en	Delår april, augusti och ÅR	GUL
verksamhetsstörningar sker till följd av brister i reservmedia (el, värme, vatten)	Kontroll av planerade och oplanerade driftavbrott för el avseende: -att verksamheten anslutit känslig utrustning till uppskraft - att utrustning går tillbaka till driftsläge när strömmen är igång igen	Fullständig kontroll av alla avbrott. Genomförs i december.	Verksamhetschef 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.	Verksamhetschef Fastighet	Delår per augusti	RÖD

byggfakturer (fakturer i projekt) är felaktiga.	Kontroll att byggfakturer (fakturer i projekt) är korrekta avseende: -timredovisning -materialspecifikation -projektnummer	Stickprov av alla fakturer i tre projekt per kvartal. Genomförs i april, aug och ÅR	Verksamhetschef 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 beredskapsordnare. Genomförs i november.	Beredskapsordnare	ÅR	RÖD
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.	Verksamhetschef Informatik	Delår per augusti	GUL
behörighet till administrativa system inte avslutas vid avslutad anställning.	Kontroll att attestregistret för beslutsattester 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 beslutsattester inom styrelsens verksamheter. Genomförs i februari och september.	Redovisningschef	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.	Nämndsekreterare landstingsstyrelsen	Delår per augusti och ÅR	GRÖN

Utlysta men ej tillsatta tjänster

Av rapporteringen framgår att antalet utlysta tjänster och antalet annonser har kontrollerats. Antalet tillsatta tjänster samt antalet avbrutna rekryteringar redovisas. Det konstateras dock att ett stort antal annonser finns i systemet som inte har avslutats vilket ger missvisande statistik rörande antalet rekryterade. Resultatet av mätningen anger inte vilka kompetenser som landstinget har svårt att rekrytera.

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

Antal läkarbesök med anledning av sjuka hus

Av delårsrapporteringen per april och augusti framgår antalet läkarbesök med anledning av sjuka hus bland personalen. I rapporteringen för helåret rapporteras totalt 62 läkarbesök med anledning av sjuka hus under året.

Inga åtgärder anges förutom att arbetet sker enligt VLL:s riktlinje i samarbete mellan verksamhetschef på berörd basenhet, Fastighet och Företagshälsan.

Av rapporteringen framgår ingen analys av uppmätt resultat eller hur resultatet ska tolkas. Vidare anges inte om åtgärder har eller ska vidtas. Till följd av detta bedömer vi att det finns brister i hur kontrollen har rapporterats, varför vi bedömer kontrollen som gul.

Planerade och oplanerade driftavbrott för el

Av rapporteringen framgår att det vanligast förekommande oplanerade avbrottet är el, värme och avlopp. Det konstateras att det under året lett till evakuering av verksamhet. Det framgår inte av rapporteringen om kontroll har gjorts av alla planerade och oplanerade driftavbrott för el och om verksamheten anslutit känslig utrustning till ups-kraft samt om utrustningen återgår till driftläge när strömmen är igång igen. Antalet avbrott redovisas inte.

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 21/9 är 191. Det anges att antalet nya ärenden är 32. Rörande åtgärder uppges att rutin vid misstanke om byggnadsrelaterad ohälsa används. Det framgår inte om detta är en åtgärd som kommer att vidtas eller om rutinen redan tillämpas.

Rapporteringen är otydlig och det preciseras inte vad 191 respektive 32 står för. Vidare görs ingen rapportering av om ärendena beror på dålig utrustning, dålig städning eller byggnadsåtgärder, något som enligt kontrollaktiviteten ska göras.

Till följd av otydlighet samt ett flertal brister i rapporteringen som gör att det inte går att dra några egentliga slutsatser av resultatet bedömer vi kontrollen som röd.

Kontroll att byggfakturor är korrekta

Av delårsrapporten per april framgår att olika personer inom Fastighet har valts ut att granska varje månad. Alla fakturor uppges vara kontrollerade och ett antal har djupgranskats. Resultatet framgår inte av rapporteringen, däremot hänvisas till annat dokument. Av rapportering per augusti anges att 24 projekt granskats och nio av dessa uppvisade fel. För helåret uppges att 85 projekt har granskats och att 34 av dessa uppfyller kriterierna. Det som avviker mest, i 36 fall, är att projektnummer inte anges på fakturorna. I 30 fall är fakturorna inkorrekta avseende tidredovisning.

Åtgärder som uppges ha vidtagits är att information har gått ut till Fastighets personal om krav på fakturainnehåll och att ej kompletta fakturor ska avvisas. Det anges att en rutin för erhållande av projektnummer har skapats.

Till följd av att det i rapporteringen per april görs en hänvisning till annat dokument, vilket uppges vara ett misstag, bedömer vi att brister finns i rapporteringen av genomförd kontroll. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som gul.

Kontroll av basenheter med avbrottsplan

Rapportering av genomförd kontroll saknas. Vi bedömer kontrollen som röd.

Kontroll av större IT-störningar

Det rapporteras att två större IT-störningar har skett under perioden februari-maj. Händelseanalyser finns för båda störningarna. Analyserna har enligt rapporteringen förslag till åtgärder, återkoppling och uppföljning med ansvariga. Resultatet av kontrollen uppges vara gott. Åtgärder som vidtas till följd av kontrollen uppges vara att bättre analyser ska göras av tekniker, systemförvaltare och ägare samt att förändringsprocessen ska följas och att tydligare information ska ges vid förändringar.

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 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. Detsamma gäller rapporteringen för helåret. Alla beslutsattester är behöriga och har anställning.

Vår bedömning är att rapporteringen av kontrollen brister. Det anges inte inom vilka verksamheter som stickproven tagits. Inte heller anges hur många av stickproven som omfattar anställda och hur många som omfattar medarbetare som avslutat sin anställning. Till följd av dessa brister i rapporteringen bedömer vi kontrollen som gul.

Kontroll av genomförda uppdrag i uppdragsförteckning

Av rapporteringen framgår att det per 2016-08-31 fanns 22 pågående uppdrag. Inga försenade uppdrag fanns vid augusti månads utgång.

Enligt rapporteringen per helår fanns 31 pågående uppdrag. Vid december månads utgång fanns sex försenade uppdrag. Risken att uppdrag inte genomförs bedöms som låg då löpande avstämningar av uppdragslistan görs. Några åtgärder rapporteras inte.

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:	Fullständig kontroll av nämnda uppgifter. Genomförs månatligen.	Redovisningschef	Delår per april, augusti och ÅR	GUL

	- redovisade arbetsgivaravgifter - redovisad källskatt - underskott skattekonto - skuld till KRM - deklarerat i tid - betalat i tid				
fastslagen ärendeberegningsprocess inte följs	Kontroll att ärenden till styrelsen har följt ärendeberegningsprocessen	Stickprov av 10 slumpmässigt utvalda ärenden upprättade under oktober-november	Nämndsekreterare Landstingssstyrelsen	ÅR	GRÖN
leverantörsregistret innehåller felaktigheter	Kontroll att information 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 dubletter	Stickprov av 20 slumpmässigt utvalda leverantörer i registret. Genomförs i oktober.	Redovisningschef	ÅR	RÖD

Kontroll av uppgifter från skattekontoutdrag för alla privata vårdgivare inom Hälsoval

Av delårsrapportering per april framgår att kontroll har genomförts 160420. Det konstateras att samtliga vårdgivare förutom Husläkarna har skött sina inbetalningar gällande arbetsgivaravgifter och skatter. Husläkarna var sju dagar sena med sin inbetalning gällande februari. Enligt rapporteringen vidtas inga åtgärder. Samma rapportering görs per augusti.

I samband med rapporteringen per helår anges att samtliga privata hälsocentraler sköter sina åtaganden gentemot Skatteverket.

Av rapporteringen per april anges att kontroll har genomförts i april. För vid övriga rapporteringar anges inga tidpunkter för när kontroller har genomförts. 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 ärendeberegningsprocessen

Av rapporteringen framgår att stickprov har tagits 2016-10-25. Sju av tio ärenden uppfyller samtliga sex kriterier. Två brister i ett kriterium och ett ärende brister i två kriterier. De brister som i huvudsak identifierats efter genomförd kontroll är avsaknad av tjänsteskrivelse med förslag till beslut.

Åtgärder som vidtas är fortsatt arbete med att utveckla ärendeberegningsprocessen.

Vi bedömer kontrollen som genomförd och rapporterad enligt riktlinjerna varför vi bedömer den som grön.

Kontroll att information om leverantörerna i leverantörsregistret är korrekt

Av rapporteringen per helår framgår att resultatet är att det har stängts ner ca 1800 gamla leverantörer som landstinget inte handlat av på två år.

Det saknas beskrivning av genomförd kontroll. Det saknas även information om resultatet av kontrollen. Vi bedömer kontrollen som 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	Kontrollansvarig	Tidpunkt för rapport till LST	Vår bedömning
det fattas beslut utan stöd av delegationsordning	Kontroll att tilldelningsbeslut vid upphandling som LD har fattat är i enlighet med delegationsordning	Fullständig kontroll av alla tilldelningsbeslut under perioden januari-april	LD-assistent	Delår per april	GUL
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	Verksamhetsområdeschef 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 verksamhetschefer. Genomförs i oktober.	HR-strateg, HR-staben	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	Fullständig kontroll av alla som anställs under innevarande år. Genomförs för perioderna 1 januari-30 juni samt 1	Rekryteringschef	Delår per augusti och ÅR	GRÖN

	en sådan notering saknas görs en kontroll mot Socialstyrelsens register.	juli – 31 december.			
--	--	---------------------	--	--	--

Tilldelningsbeslut vid upphandlingar har fattats enligt delegationsordning

Av delårsrapporteringen per april anges ett datum, 2016-04-29, vilket kan antas vara datum för genomförd kontroll. Rörande genomförd kontroll lämnas ingen ytterligare information. Det anges inte hur många tilldelningsbeslut som kontrollerats. I rutan för resultat anges att inga avvikelser har funnits. Ingen åtgärd har vidtagits.

Kontrollen har genomförts och rapporterats, men brister finns på grund av avsaknad av beskrivning av kontrollen. Vi bedömer därför kontrollen som gul.

Inköp görs enligt avtal

I delårsrapportering per april framgår att kontroll utförts under april. I rutan för resultat anges att kontroll genomförts i mars av alla inköp av material vid 10 enheter. Det konstateras att mindre inköp har gjorts utanför ramavtal. Åtgärder som anges vidtas är att upprätthålla god information om befintliga avtal och god service vad gäller inköp.

Det anges inte hur många inköp som gjorts och kontrollerats. Vidare anges inget resultat rörande inköp av större karaktär. Inte heller framgår beloppsgränsen för vad som menas med "mindre inköp".

Kontrollen är genomförd men rapporteringen uppvisar brister varför vi bedömer kontrollen som gul.

Landstingets anvisade rutiner för kontroll av bisysslor tillämpas

Av rapporteringen framgår att intervjuer har genomförts med 11 chefer. De basenheter som granskats uppges ha en geografisk spridning över hela landstinget. Det anges att samtliga intervjuade har angreppssätt för att kontrollera medarbetares bisysslor. I de flesta fall sker kontrollen i samband med medarbetarsamtal och i ett par fall genom skriftlig inhämtning av medarbetares uppgifter om bisysslor.

Vår bedömning är att kontroll av om riktlinjer följs inte på bästa sätt genomförs genom intervjuer med 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 heller någonting om huruvida cheferna följer riktlinjerna för bisysslor, utan endast att det finns angreppssätt för kontroll. Vidare kan vi konstatera att urvalet av chefer sannolikt inte skett slumpvist, då det fastslås att urvalet har en geografisk spridning över hela landstinget.

Till följd av bristerna som konstateras enligt ovan 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 har kontrollerats vid anställningstillfället. I samtliga fall har giltig legitimation bekräftats av Socialstyrelsen. Några åtgärder rapporteras inte.

Vid avrapportering för helåret 2016 anges att det inte anställts någon under 2016 som saknar rätt behörighet.

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

4.4 Bedömning landstingsstyrelsens interna kontroll

Riskområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

Av totalt nio kontroller som genomförts bedöms en ha genomförts och rapporterats i enlighet med kontrollplan och riktlinjer.

Fyra av kontrollerna har genomförts men rapporteringen uppvisar brister. Bristerna rör i huvudsak avsaknad av analys av resultatet av genomförd kontroll eller otydligheter i beskrivningen av kontrollens genomförande eller resultat.

Fyra kontroller bedöms vara röda, vilket innebär att de har så stora brister att de inte kan bedömas vara genomförda. I ett fall konstaterar landstingsstyrelsen själv att det inte varit möjligt att genomföra kontrollen som planerat. I övriga fall beror vår bedömning på att kontroll inte har genomförts i enlighet med den metod som angivits för genomförande i kontrollplanen alternativt att det av kontrollens resultat inte går att dra några slutsatser.

Sammanfattningsvis kan konstateras att en av kontrollerna bedöms vara genomförd och rapporterad i enlighet med reglementet för intern kontroll. Detta att jämföra med föregående år då 62 % av kontrollerna bedömdes som gröna. Detta beror i huvudsak på förändrade/utökade beskrivningar av hur kontrollaktiviteten ska genomföras och vad som ska kontrolleras. Vid rapporteringen återges inte att kontroll enligt beskrivning har genomförts, varför kontrollen då bedöms vara ej genomförd.

Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten

En av de tre kontrollerna har genomförts och rapporterats med tillräcklig kvalitet, en bedöms ha genomförts men rapporteringen håller ej tillräcklig kvalitet. I det fallet saknas angivelse av när kontrollerna har genomförts.

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

Riskområde Följsamhet till lagar och regler

Av de fyra kontroller som genomförts inom området bedöms en av dem ha genomförts och rapporterats i enlighet med kontrollplan och riktlinjer.

Övriga tre kontroller bedöms vara gula. I ett fall beror det på att vi bedömer valet av kontrollmetod som tveksamt. I de andra två fallen bedömer vi att brister finns i beskrivningen av genomförd kontroll samt avsaknad av beskrivning av resultat.

Föregående år bedömdes två av tre genomförda kontroller inom riskområdet hålla tillräcklig kvalitet.

Bedömning

Av de totalt 16 kontrollerna bedömer vi att tre har genomförts i enlighet med kontrollplan och rapporterats enligt kraven i riktlinjerna för intern kontroll. Åtta kontroller har genomförts och återrapporterats men har brister, och fem kontroller bedöms vara ej genomförda. Jämfört med förra året, då 70 %, eller nio av tretton kontroller bedömdes som godkända, har en

betydande försämring skett. Antalet kontroller har dock utökats med tre. Bristerna beror i stor utsträckning dels på otydligheter i rapporteringen, dels på att beskrivningen av vad som ska kontrolleras har utvecklats samtidigt som kontrollerna inte har utvecklats på motsvarande vis. Slutsatsen vi drar är att omfattande brister finns i landstingsstyrelsens genomförande och avrapportering av genomförd intern kontroll enligt kontrollplan.

Flera av de genomförda kontrollerna uppvisar samma resultat som motsvarande kontroller genomförda inom hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsområde. Om kontrollerna genomförts gemensamt säger det redovisade resultatet inget om hur det ser ut inom respektive nämnd utan resultatet ger då en bild av hur det ser ut för de båda nämnderna tillsammans. Resultatet blir då missvisande.

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.	Rekryteringschef	ÅR	RÖD
beläggningsgraden på vårdplatser är för hög	Kontroll av beläggningsgrad på samtliga kliniker inom nämndens verksamhetsområde.	Fullständig kontroll. Genomförs månadsvis.	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Delår per april, augusti och ÅR	GUL
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.	Verksamhetschef Fastighet	Delår per augusti	RÖD
avbrottsplaner/reservrutiner inte finns bland nämndens basenheter	Kontroll av antal basenheter inom nämndens ansvarsområde som har en avbrottsplan/reservrutin för:	Fullständig kontroll av inskickade rutiner till beredskapssamordnare. Genomförs i	Beredskapssamordnare	ÅR	RÖD

	-IT -Telefoni -Elförsörjning -Vattenleverans -Värmebölja	november.			
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.	Verksamhetschef 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	Verksamhetschef Informatik	Delår per augusti	GUL
behörighet till administrativa system inte avslutas vid avslutad anställning	Kontroll att attestregistret för beslutsattester 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 beslutsattester inom nämndens verksamheter. Genomförs i februari och september.	Redovisningschef	Delår per april och ÅR	GUL

Utlysta men ej tillsatta tjänster

Av rapporteringen framgår att antalet utlysta tjänster och antalet annonser har kontrollerats. Det konstateras dock att ett stort antal annonser finns i systemet som inte har avslutats vilket ger missvisande statistik rörande antalet rekryterade. Till följd av detta ges HR-funktionen i uppdrag att ta fram kontrollaktiviteter som möjliggör att kontrollen kan genomföras.

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

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

Beläggingsgrad på samtliga kliniker

Enligt rapportering per delår framgår att beläggingsgraden för VO Sjukhusvård jan-april var 96,2% och för jan-aug 95%. Totalt för helåret rapporteras en beläggingsgrad om 95 %. Vid helårsrapporteringen anges dock inte beläggingsgraden per månad. Ett antal enheter som en eller flera månader haft över 100 % rapporteras såväl vid rapportering per april som per augusti. För dessa anges att beläggingsgraden varit för hög för att flexibiliteten för vårdplatsutnyttjande ska vara optimal. Åtgärder som anges i samband med

delårsrapporteringarna är att fortsatt arbeta med att effektivisera vårdflöden och korta vårdtiderna samt att minska utlokaliserade patienter genom att se över dimensioneringen av vårdplatser mellan basenheterna. För resultatet per helår konstateras att även 95 % är en för hög beläggningsgrad. Åtgärder som lyfts är att HSN kommer samtala med kommunföreträdare avseende hemtagning. Utöver detta planeras inga andra åtgärder annat än att fortlöpande hålla sig informerad över vårdplatsläget.

Vår bedömning är att kontrollen genomförts samt avrapporterats. Då det i kontrollplanen anges att kontrollen ska genomföras månatligen bör även resultatet redovisas per månad samt för hela året. Detta har dock inte gjorts vilket är en brist i rapporteringen. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som gul.

Nyinkomna ärenden från företagshälsan och byggnadsrelaterad ohälsa

Av delårsrapportering per augusti framgår att antalet inkomna ärenden fram till och med 21/9 är 191. Det anges att antalet nya ärenden är 32. Rörande åtgärder uppges att rutin vid misstanke om byggnadsrelaterad ohälsa används. Det framgår inte om detta är en åtgärd som kommer att vidtas eller om rutinen redan tillämpas.

Rapporteringen är otydlig och det preciseras inte vad 191 respektive 32 står för. Vidare görs ingen rapportering av om ärendena beror på dålig utrustning, dålig städning eller byggnadsåtgärder, något som enligt kontrollaktiviteten ska göras.

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

Till följd av otydlighet samt ett flertal brister i rapporteringen som gör att det inte går att dra några egentliga slutsatser av resultatet bedömer vi kontrollen som ej genomförd och röd.

Kontroll av basenheter med avbrottsplan

Rapporteringen gör gällande att 69 % av de tillfrågade verksamhetscheferna har svarat på en enkät. Det anges att en hög andel av verksamheterna har reservrutiner för angivna områden. Under 50 % av de svarande har reservrutiner för avbrott i elförsörjning och vattenförsörjning. Vidare har det uppmätts varierande resultat för om personalen vid enheterna känner till reservrutinerna. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fått i uppdrag att tillse att reservrutiner finns och är kända på alla basenheter.

Rapporteringen är otydlig. I resultatet anges att en enkät har skickats ut till verksamhetscheferna. I rutan för metod och frekvens i kontrollplanen anges att en fullständig kontroll ska göras av inskickade rutiner. I resultatet anges inte hur många verksamhetschefer som tillfrågats. Vidare är det rapporterade resultatet motsägelsefullt då det anges att en hög andel har reservrutiner inom angivna områden samtidigt som under 50 % har det rörande elförsörjning och vattenförsörjning.

Då kontroll inte har genomförts i enlighet med vad som anges i kontrollplanen bedömer vi kontrollen som röd.

Följsamhet till informatikens rolloutplan

Av rapporteringen framgår att en prioriteringsplan har gjorts dels utifrån ålder och dels utifrån hälsocentraler och kliniker som har stora problem med tillgängligheten. Uppföljningen uppges ha bestått av veckorapporter från utförare och de basenheter som bytt utrustning har uppskattat detta. Under rubriken åtgärder anges att utbytet av utrustning fortgår. Det anges att det är viktigt att det blir kontinuitet i bytet av utrustning.

Av rapporteringen framgår ingen information av vilken/vilka kontroller som har genomförts rörande följsamhet till rolloutplanen. Något resultat av väsentlighet för den kontroll som enligt kontrollplanen ska utföras framgår inte heller.

Vår bedömning är att det inte går att dra några slutsatser av rapporteringen om kontroll har gjorts och vad den i sådana fall har uppmätt. Vi bedömer kontrollen som röd.

Kontroll av större IT-störningar

Det rapporteras att två större IT-störningar har skett under perioden februari-maj. Händelseanalyser finns för båda störningarna. Analyserna har enligt rapporteringen förslag till åtgärder, återkoppling och uppföljning med ansvariga. Resultatet av kontrollen uppges vara gott. Åtgärder som vidtas till följd av kontrollen uppges vara att bättre analyser ska göras av tekniker, systemförvaltare och ägare samt att förändringsprocessen ska följas och att tydligare information ska ges vid förändringar.

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 landstingsstyrelsens verksamhetsområde.

Till följd av dessa otydligheter bedömer vi kontrollen som gul.

Kontroll att attestregistret är korrekt

Av rapportering per april framgår att 20 stickprov har tagits och inget avvikande är funnet. Alla beslutsattestanter är behöriga och har anställning. Samma information ges i samband med rapportering för helåret.

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. Inte heller anges hur många av stickproven som omfattar anställda och hur många som omfattar medarbetare som avslutat sin anställning. Till följd av dessa brister i rapporteringen 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	Kontrollansvarig	Tidpunkt för rapport till nämnd	Vår bedömning
delegationsbeslut inte återrapporteras till nämnden	Kontroll att delegationsbeslut fattade av LD, HSD och VO-	Stickprov av fattade delegationsbeslut v. 36-40	LD-assistent	ÅR	GUL

	chefer/direktörer återrapporteras till nämnden	och om de har återrapporterats 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 sjukvårdsdirektör	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	GUL

Fattade beslut återrapporteras till nämnden

Enligt rapporteringen har kontrollen inte visat på några avvikelser. Delegationsbeslut fattade av hälso- och sjukvårdsdirektör, tandvårdsdirektör samt verksamhetschefer har återrapporterats till nämnd. Landstingsdirektören har inte fattat några delegationsbeslut under den aktuella perioden som ska återrapporteras till HSN.

Det anges inte i kontrollplanen hur många stickprov som ska tas och det anges inte heller i samband med rapporteringen hur många stickprov som tagits, vilket vi bedömer vara en metodologisk brist som innebär att det inte går att avgöra om kontrollen genomförts med tillräckligt god kvalitet. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som gul.

I tid inlämning av skriftliga underlag till LTS i budgetprocessen samt två träffar med LTS för budgetsamtal

Av rapporteringen framgår att nämnden i god tid lämnat in underlag till landstingsplan och budget. Hänvisning görs till nämndens protokoll. Vidare rapporteras att HSNs presidium har träffat LTS-AU för verksamhets- och budgetsamtal vid tre tillfällen. Hänvisning görs till protokoll. Några åtgärder behöver inte vidtas.

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 per april har stickprov genomförts enligt kontrollplan. Redovisning görs att det i 71% framgår vem som är beslutsfattare, i 88% finns uppgift om orsak till lönetillägget och i 99,5% är fallen tidsbegränsade. Kontrollen uppges uppvisa förbättringar jämfört med

landstingsrevisorernas granskning 2011 och 2015. Åtgärder som anges vidtas är förstärkt rutin från 1 juni.

Vi bedömer kontrollen som genomförd och rapporterad. En brist i rapporteringen av kontrollen som vi identifierar är att antalet stickprov som genomförts inte anges vilket krävs för att kunna göra en bedömning av det rapporterade resultatet. Till följd av detta bedömer vi att kontrollen är gul.

5.3 Riskområde Följsamhet till lagar och regler

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

Tabell 6: Kontroller Följsamhet till lagar och regler

Risk att...	Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig	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	Nämndsekreterare HSN	Delår per augusti	GRÖN
tjänsteskrivsemallerna 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	Nämndsekreterare 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	GUL
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.	Nämndsekreterare 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 kostnadsställena under 2 veckor i mars	Verksamhetsområdeschef 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 verksamhetschefer. Genomförs i oktober.	HR-strateg, HR-staben	ÅR	GUL
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.	Rekryteringschef	Delår per augusti och ÅR	RÖD

Ärenden har följt ärendebereidningsprocessen

Av rapporteringen framgår att 10 stickprov har tagits där två ärenden uppfyller samtliga kriterier, tre ärenden brister i ett kriterium, två ärenden brister i två kriterier och tre ärenden brister i tre kriterier. Det framgår vidare vilka de vanligaste bristerna var. Det anges att resultatet inte är tillfredsställande och att fortsatt kontroll ska ske.

Åtgärder som pågår och som är relevanta för den aktuella kontrollen redovisas. Åtgärderna har tagit avstamp i revisorernas granskning 9-2015.

Vi bedömer kontrollen som genomförd och rapporterad enligt riktlinjerna varför vi bedömer den som grön.

Tjänsteskrivelser har använts i beredning av ärenden

Rapporteringen gör gällande att tio stickprov av ärenden har tagits. Sju av dessa bedöms vara av sådan art att det inte varit befogat att nyttja tjänsteskrivelsemallen. I ett ärende har

den använts på korrekt sätt. I två ärenden anges det inte ha varit aktuellt, men att översyn av rutiner pågår. Vad detta innebär är ottydligt.

Den tolkning vi gör av resultat är att det är tre ärenden som har kontrollerats där tjänsteskrivelsemallen kan ha varit relevant att använda. Vår bedömning är att detta urval är för litet för att kunna göra en bedömning av om mallen används i tillräcklig utsträckning. Vidare bedömer vi rapporteringen som ottydlig då det är oklart i de två fallen om mallen skulle ha nyttjats.

Till följd av bristerna i antalet kontrollerade ärenden samt ottydligheten i avrapporteringen av genomförd kontroll bedömer vi kontrollen som gul.

Beslut om organisatoriska förändringar av basenheter

Rapporteringen gör gällande att kontroll har genomförts och att inga organisatoriska beslut har fattats utanför vad som stipuleras i delegationsordningen. Det framgår inte vad som anges i delegationsordningen och det framgår inte heller hur kontrollen har genomförts eller hur många beslut om organisatoriska förändringar som har fattats.

Till följd av dessa ottydigheter bedömer vi kontrollen som bristfällig, varför vi bedömer den som gul.

Tilldelningsbeslut vid upphandling har fattats av behörig person

Av rapporteringen per april framgår att fullständig kontroll har gjorts och att en avvikelse har konstaterats. Det uppges bero på att delegationsordningen inte varit känd och kommunicerad.

Det framgår inte hur många tilldelningsbeslut som kontrollerats. Inte heller anges att några åtgärder ska vidtas, trots att brister har konstaterats. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som gul.

Uppdragen i uppdragsförteckning har genomförts

Av rapporteringen per augusti framgår att per 2016-09-05 fanns 14 pågående uppdrag. Det fanns inga försenade uppdrag. Av rapporteringen per helår anges att 9 pågående uppdrag fanns i uppdragsförteckningen. Två av dessa var försenade men hade nytt datum för återrapportering. Risker att uppdragen inte genomförs bedöms som låg då löpande kontroller görs av uppdragslistan. Inga särskilda 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

Av rapporteringen per april framgår att stickprov har utförts av alla inköp vid 10 enheter. Det uppges att mindre inköp har gjorts till låga belopp utanför ramavtal. Åtgärder som vidtas uppges vara förstärkt information till samtliga basenheter om befintliga ramavtal och att inköp ska göras enligt avtal.

Det anges inte hur många inköp som gjorts och kontrollerats. Vidare anges inget resultat rörande inköp av större karaktär. Inte heller framgår beloppsgränsen för vad som menas med "mindre inköp".

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

Kontrollen är genomförd men rapporteringen uppvisar brister varför vi bedömer kontrollen som gul.

Landstingets anvisade rutiner för kontroll av bisysslor tillämpas

Av rapporteringen framgår att intervjuer har genomförts med 11 chefer. Samtliga uppger att de har angreppssätt för att kontrollera medarbetares bisysslor. Kontrollen uppges ske i samband med medarbetarsamtal eller genom skriftlig inhämtning av medarbetares uppgifter om bisysslor.

Vår bedömning är att kontroll av om riktlinjer följs inte på bästa sätt genomförs genom intervjuer med 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 heller någonting om huruvida cheferna följer riktlinjerna för bisysslor, utan endast att det finns angreppssätt för kontroll.

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

Till följd av bristerna som konstateras enligt ovan bedömer vi kontrollen som gul.

Kontroll att det finns notering i personalsystemet om att kontroll av legitimation har genomförts

Enligt notering i personalsystemet uppges samtliga personer som anställda under perioden 1 jan-30 juni vid anställningstillfället ha kontrollerats mot Socialstyrelsens register. Vid samtliga fall har legitimation bekräftats. Vidtagande av åtgärder är ej aktuellt.

Vid avrapportering för helåret 2016 anges ingen information alls om kontroll har genomförts. Enligt uppgift från intervjuad strateg vid ekonomistaben har kontrollen genomförts enligt plan men inte rapporterats i tid varför den inte finns med i underlaget till nämndssammanträdet.

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

Till följd av att informationen om genomförd kontroll och dess resultat saknas i underlaget inför nämndssammanträdet är vi nödda av bedöma kontrollen som ej genomförd och röd.

5.4 Bedömning hälso- och sjukvårdsnämndens interna kontroll

Riskområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

Fyra av de sju kontrollerna inom området bedöms inte ha genomförts eller 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. För en av kontrollerna anges att den inte varit möjlig att genomföra till följd av brister i det system där informationen skulle hämtas.

Tre kontroller bedöms ha genomförts med vissa brister i rapporteringen, såsom avsaknad av månatligt resultat, något som enligt metodbeskrivningen ska ha kontrollerats samt i det andra fallet brister i beskrivningen av genomförd kontroll.

Fyra av de sju genomförda kontrollerna uppvisar samma resultat som motsvarande kontroller genomförda inom landstingsstyrelsens verksamhetsområde. Om kontrollerna genomförts gemensamt säger det redovisade resultatet inget om hur det ser ut inom respektive nämnd

utan resultatet ger då en bild av hur det ser ut för de båda nämnderna tillsammans. Resultatet ger då en missvisande bild.

Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten

Samtliga tre kontroller inom området bedöms ha genomförts men två av dem uppvisar brister i form av avsaknad av angivelse av hur många stickprov som ska tas och har tagits vilket innebär att det inte går att göra en bedömning av kontrollens kvalitet. För den ena kontrollen uppges förvisso att ett stickprov ska tas på 20 % av alla lönetillägg. Det anges dock inte i resultatet hur många dessa lönetillägg är, vilket gör det omöjligt att bedöma kontrollens kvalitet.

En av kontrollerna bedöms ha genomförts och rapporterats på ett korrekt sätt i enlighet med riktlinjerna.

Riskområde Följsamhet till lagar och regler

Av de åtta kontrollerna inom området har en bedömts röd då det vid avrapporteringen saknades information om kontrollens genomförande och resultat.

Fem kontroller bedöms ha genomförts men har ej rapporterats med tillräcklig kvalitet. Bristerna består i huvudsak i avsaknad av angivelse av hur många ärenden/beslut/inköp som kontrollerats. I ett fall bedömer vi att valet av metod för att genomföra kontrollen är felaktigt.

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

Tre av de åtta genomförda kontrollerna uppvisar samma resultat som motsvarande kontroller genomförda inom landstingsstyrelsens verksamhetsområde. Om kontrollerna genomförts gemensamt säger det redovisade resultatet inget om hur det ser ut inom respektive nämnd utan resultatet ger då en bild av hur det ser ut för de båda nämnderna tillsammans. Resultatet ger då en missvisande bild.

Bedömning

Av de totalt 18 kontrollerna inom hälso- och sjukvårdsnämndens område bedöms tre (17 %) hålla tillräcklig kvalitet. Förra året bedömdes en av sju kontroller som grön. Antalet kontroller inom nämndens områden har ökat med 11 stycken från förra året. Slutsatser vi drar är att omfattande brister finns i hälso- och sjukvårdsnämndens genomförande och avrapportering av intern kontroll. I de flesta fall hade tydligare rapportering av hur kontrollerna genomförts och rapporterats kunnat leda till att kontrollerna bedömts som gröna. Således har nämnden 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).

6.1 Riskområden Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

Tabell 7: Kontroller Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

Risk att...	Kontrollaktivitet	Metod och frekvens	Kontrollansvarig	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 per augusti och ÅR	RÖD
projekt: Förstärkt primärvård för personer med funktionsnedsättning inte går enligt plan	Avge lägesrapport		V-chef vid Hab C	Delår per augusti och ÅR	RÖD
förslag till ny hjälpmedelsstrategi för länets kommuner och landstinget inte finns	Avrapporteras vid delårsrapporten per augusti och i årsrapporten		V-chefen vid Hjälpmedel – AC	Delår per augusti och ÅR	RÖD

Redovisa antal vakanser och orsaken till varför dessa uppstått

Av underlaget per augusti framgår att totalt tre vakanser samt ett behov av påbyggnadsutbildning finns inom Hab-C. Inom hjälpmedelsverksamheten finns totalt sex vakanser. Det anges att sökande med rätt kompetens saknas och att rekryteringen ska återupptas och breddas. Vid rapporteringen för helåret 2016 anges att sex vakanser finns inom Hab-C. Det konstateras att det är svårt att rekrytera rätt kompetens.

Av underlaget framgår inte när och hur kontrollen har genomförts. I kontrollplanen anges inte vilken metod som ska tillämpas för att genomföra kontrollen och inte heller med vilken frekvens kontrollen ska genomföras. Till följd av dessa brister bedömer vi kontrollen som röd.

Lägesrapport rörande projekt förstärkt primärvård för personer med funktionsnedsättning

Det rapporteras att projektet inte har startat enligt beslut i landstingsstyrelsen. Det anges i rapporteringen att projektet inte har resursatts och att komplettering krävs innan nytt beslut ska tas i landstingsstyrelsen under våren 2017. Rapporteringen per augusti och rapporteringen per helår skiljer sig inte åt i sak utan innehållet är detsamma.

Vår bedömning är att avge lägesrapport för hur ett projekt fortgår inte är att betrakta som en kontrollaktivitet att lyfta in i en kontrollplan. Risken som kontrollen kommer från bedömer vi dock som relevant. I samband med lägesrapporteringen konstateras inte heller vad uppskjutandet av projektstart får för konsekvenser för patienterna. 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 förslag till hjälpmedelsstrategi är framtagen och bereds för beslut i respektive huvudmans fullmäktige under hösten 2016. I rapporteringen för helåret konstateras att strategin är antagen av fullmäktige i november 2016.

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.

6.2 Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten

Tabell 8: Kontroller Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten

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

Återrapportering av fattade delegationsbeslut

Av underlaget framgår att beslut som fattats med stöd av delegation har återrapporterats vid varje nämndssammanträde.

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

6.3 Riskområde Följsamhet till lagar och regler

Tabell 9: Kontroller Följsamhet till lagar och regler

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

Stickprov av ärendeberegningsprocessen

Av underlaget för rapportering framgår att kontroll har genomförts i enlighet med kontrollplan. Vilka de fem stickproven är återges i rapporteringen. Det konstateras att inga avvikelser noteras.

I kontrollplanen anges under rubriken kontrollaktivitet att 5 stickprov ska göras under oktober-november. Denna information hör egentligen hemma under rubriken metod och frekvens. Det är otydligt om det rör sig om ärenden som beretts under oktober-november eller om kontrollen har genomförts under oktober-november. Till följd av otydligheten bedömer vi kontrollen som gul.

Ej tillåtna bisysslor

Av rapporteringen framgår att inga bisysslor har noterats inom något verksamhetsområde.

Av kontrollplanen framgår ingen egentlig kontrollaktivitet. Vidare anges inte hur och när kontrollen är genomförd. Trots avsaknad av angivelse av kontrollaktivitet har enligt rapporteringen kontroll gjorts av förekomst av bisysslor. Till följd av detta bedömer vi kontrollen som gul istället för röd.

6.4 Bedömning nämnden för funktionshinder och habiliterings interna kontroll

Riskområde Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

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

Riskområde Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten

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

Riskområde Följsamhet till lagar och regler

Båda kontrollerna som genomförts inom området har bedömts ha brister, varför de bedömts gula. I ett av fallen saknas angivelse av vilken typ av kontroll som ska genomföras. Trots detta har kontroll gjorts, varför den ändå bedömts gul istället för röd.

Bedömning

Vår bedömning är att rapporteringen av genomförd intern kontroll har omfattande brister. I samtliga fall utom ett saknas det information om hur och när kontrollerna har genomförts. Detta beror sannolikt på att motsvarande information saknas i kontrollplanen. I tre av sex fall saknas även angivelse av kontrollaktivitet i kontrollplanen, vilket får till följd att bedömning av genomförd kontroll inte kan göras eftersom det inte framgår vad som ska kontrolleras.

7 Avslutande bedömning

7.1 Svar på revisionsfrågorna

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

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

Den strateg som tidigare sorterade under staben för planering och styrning har nu flyttats över till ekonomistaben, men ansvarar fortsatt för processen med att samla in och sammanställa rapporteringen av intern kontroll för landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. För nämnden för funktionshinder och habilitering ansvarar en annan tjänsteman. Tjänstemannen sorterar under staben som tidigare hette staben för planering och styrning men som nu bytt namn till ledningsstaben. Ansvaret för de tre nämndernas

insamling och sammanställning av genomförd intern kontroll vilar numera således på två staber.

- ▶ 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 2016 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 2016?

Ja, landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering har samtliga under oktober/november/december 2015 beslutat om internkontrollplan för 2016.

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 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.

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

Nej, för samtliga granskade nämnder är vår bedömning att redovisningen av ett stort antal kontroller håller så pass låg kvalitet att det inte går att säga att de har genomförts i enlighet med kontrollplanerna. Endast 6 av totalt 40 granskade kontroller bedöms hålla tillräcklig kvalitet och möta kraven i reglemente och riktlinjer. För nämnden för funktionshinder och habilitering bedöms redovisningen av samtliga kontroller hålla för låg 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 några fall finns det brister i metoden för kontroll vilket lett till att kontrollen inte kunnat mäta det den ämnat mäta, varför bedömningen är att kontrollen inte har genomförts.

I protokollet från landstingsstyrelsens sammanträde den 7 juni 2016 då delårsrapport 1 behandlades, finns inga noteringar om att den interna kontrollen avrapporterades. Genomförd intern kontroll framgår dock av bilaga till delårsrapport 1.

Utöver detta konstaterar vi att ett antal kontroller inom landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden uppvisar identiska resultat. Slutsatsen är att det är samma kontroller som

genomförts och som redovisas för båda nämnderna. Resultatet säger således ingenting om hur det ser ut inom respektive nämnd utan för de båda nämnderna tillsammans, 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 har i samband med avrapporteringen av genomförd intern kontroll vid delårsrapportering per april och augusti inte beslutat om åtgärder till följd av brister identifierade genom genomförda internkontrollaktiviteter. I samband med rapporteringen för helåret har beslutats om att ta fram en rutin för kontroll av byggfakturor.

Hälso- och sjukvårdsnämnden gav i samband med avrapporteringen av intern kontroll för helåret 2016 hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att tillse att avbrottsplaner/reservrutiner finns och är kända på alla basenheter.

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

I landstingsstyrelsens analys av den interna kontrollen lyfts samma brist som konstateras ovan. Hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering har inte avgivit några analyser av sitt internkontrollarbete. Vi kan dock konstatera att förslaget från föregående år om att analyserna av nämndernas/styrelsens interna kontroll samt det övergripande internkontrollsystemet bör genomföras i samband med delårsrapportering per augusti inte har hörtsammats.

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. Kvalitetsbristerna består dels i otydlighet i rapporteringen. Samtliga delar av kontrollerna har inte genomförts alternativt inte rapporterats. I många fall kan bristerna i rapporteringen även härledas till avsaknad av information i kontrollplanerna om hur och när kontrollerna ska genomföras. I några fall saknas helt angivelse av kontrollaktivitet i kontrollplanen. I ett antal fall saknas analys av det rapporterade resultatet vilket lett till att slutsatser inte kunnat dras och att åtgärder inte har kunnat presenteras.

Vi konstaterar också att ett antal kontroller inom landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden uppvisar identiska resultat. Slutsatsen är att det är samma kontroller som genomförts men som redovisas separat för båda nämnderna. I ytterligare något fall, inom ramen för hälso- och sjukvårdsnämndens internkontroll, ska resultat redovisas rörande hälsocentraler. Vi konstaterar att ansvaret för hälsocentraler sorterar under landstingsstyrelsen. Det förefaller således förekomma sammanblandning av kontroller och resultat mellan landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden vilket gör det omöjligt att veta om kontrollerna är genomförda inom ansvarsområdet för landstingsstyrelsen eller hälso- och sjukvårdsnämnden. Detta bedömer vi vara en allvarlig brist.

I samband med avrapporteringen av intern kontroll för helåret i hälso- och sjukvårdsnämnden samt nämnden för funktionshinder och habilitering har inte bedömning och analys gjorts av nämndernas system för intern kontroll, något som enligt riktlinjerna ska göras. Detta bedömer vi vara en allvarlig brist. En väl genomförd analys av respektive nämnds system för intern kontroll borgar för förbättringar inför kommande år, något som är behövt för såväl styrelsen som granskade nämnder.

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

I granskningen framkommer att den riskbedömning som ligger till grund för kontrollplanen för nämnden för funktionshinder och habilitering inte genomförs årligen. Vår rekommendation är att nämnderna årligen genomför riskanalyser och -bedömningar i sina respektive verksamheter för att säkerställa att väsentliga risker lyfts in i kontrollplanerna.

Umeå den 30 mars 2017

Anders More

Gunnar Uhlin

8 Källförteckning

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

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

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

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

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

Landstingsstyrelsen – Plan för intern kontroll inklusive riskanalys 2016, fastställd av landstingsstyrelsen 2015-12-15

Hälso- och sjukvårdsnämnden – Plan för intern kontroll inklusive riskanalys 2016, fastställd av hälso- och sjukvårdsnämnden 2015-11-25

Nämnden för funktionshinder och habilitering – Internkontrollplan 2016 inklusive riskvärdering, fastställd av nämnden för funktionshinder och habilitering 2015-10-27

Avrapportering av intern kontroll per april 2016 - Protokoll sammanträde landstingsstyrelsen 2016-06-07

Avrapportering av intern kontroll per april 2016 - Protokoll sammanträde hälso- och sjukvårdsnämnden 2016-05-17

Avrapportering av intern kontroll per augusti 2016 - Protokoll sammanträde landstingsstyrelsen 2016-10-25

Avrapportering av intern kontroll per augusti 2016 - Protokoll sammanträde hälso- och sjukvårdsnämnden 2016-09-29

Avrapportering av intern kontroll per augusti - Protokoll sammanträde nämnden för funktionshinder och habilitering 2016-09-29

Avrapportering av intern kontroll för helåret 2016 – Utkast inför sammanträde landstingsstyrelsen 2017-04-04

Avrapportering av intern kontroll för helåret 2016 – Protokoll sammanträde hälso- och sjukvårdsnämnden 2017-02-16

Avrapportering av intern kontroll för helåret 2016 – Protokoll sammanträde nämnden för funktionshinder och habilitering 2017-02-16

Analys av system för intern kontroll i Västerbottens läns landsting 2016 – Utkast inför sammanträde landstingsstyrelsen 2017-04-04