

MISSIV

2017-11-29

REV 23:3-2017

Landstingsstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsnämnden
Nämnden för funktionshinder och habilitering

Granskning av förebyggande arbete mot oegentligheter

En uppföljning av en granskning från år 2011 (nr 14/2011) visar att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering inte har vidtagit tillräckliga åtgärder med anledning av de rekommendationer som revisorerna lämnade i syfte att stärka det förebyggande arbetet mot oegentligheter. På samma sätt som vid tidpunkten för den tidigare granskningen har styrelsen och nämnderna en för svag styrning och kontroll över det förebyggande arbetet mot oegentligheter:

- Det saknas riktlinjer, strategier och regler för det förebyggande arbetet mot oegentligheter i landstinget.
- Det görs inga dokumenterade riskanalyser med inriktning mot risker för oegentligheter.
- Det genomförs inga särskilda insatser m.m. bland verksamheterna i syfte att informera och utbilda om regler, rutiner m.m. för det förebyggande arbetet.
- Det görs ingen uppföljning eller särskilda kontroller med inriktning mot risker för oegentligheter.

Positivt är att det vid tidpunkten för arbetet med denna granskning i landstinget pågår ett arbete med att ta fram förslag till riktlinjer för korruption och mutor.

Mot bakgrund av granskningens iakttagelser lämnar vi följande rekommendationer till landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering:

- Besluta om regler och riktlinjer för hur det förebyggande arbetet mot oegentligheter ska vara utformat.
- Säkerställ att det finns dokumenterade riskanalyser med inriktning mot risker för oegentligheter.
- Säkerställ att det bland verksamheterna finns dokumenterade rutiner m.m. för arbetet mot oegentligheter.

MISSIV 2 (2)

2017-11-29

- Säkerställ med hjälp av utbildningsinsatser, landstingets ledningssystem, intranätet m.m. att verksamheterna har god kännedom om vilka regler och rutiner, värdegrund m.m. som gäller i landstinget.
- Säkerställ med hjälp av uppföljning och kontroller att verksamheterna följer regler och rutiner m.m. och att styrelsen och nämnderna med jämna mellanrum utvärderar hur det förebyggande arbetet mot oegentligheter fungerar.

Vid revisorernas överläggning den 29 november 2017 beslöt revisorerna enhälligt att ställa sig bakom slutsatser och rekommendationer i detta missiv. Missiv och underliggande rapport (nr 8/2017) lämnar revisorerna för yttrande till landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering. Yttrande med uppgifter om verkställda och planerade åtgärder ska lämnas till revisionskontoret senast den 2 mars 2018.

För landstingets revisorer



Christer Fessé
Ordförande



Bert Öhlund
Vice Ordförande

LANDSTINGSREVISIONEN

Granskning av förebyggande arbete mot oegentligheter

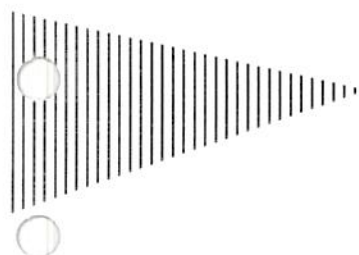
Rapport nr 8/2017



November 2017
Jakob Smith och Anja Zetterberg, Ernst & Young AB
Diarienummer: REV 23:2-2017

Västerbottens läns landsting

Granskning av förebyggande arbete mot
oegentligheter



Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor.....	3
2.3. Ansvarig nämnd	4
2.4. Genomförande	4
2.5. Kvalitetssäkring	5
2.6. Avgränsning	5
3. Revisionskriterier	5
3.1. Kommunallagen, 6 kap. § 7	5
3.2. Brottsbalken, 10 kap. och 20 kap.	5
3.3. COSO- ramverkets fem komponenter	6
3.4. Reglemente för intern kontroll, Västerbottens läns landsting	6
4. Granskningsresultat	7
4.1. Kontrollmiljö.....	7
4.2. Riskbedömningar	11
4.3. Kontroller.....	14
4.4. Information och kommunikation.....	16
4.5. Utvärdering och uppföljning.....	18
5. Sammanfattande bedömning	21
Källförteckning	23

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Västerbottens läns landsting granskat om landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställer en god styrning, uppföljning och intern kontroll för att motverka, upptäcka och förhindra oegentligheter i verksamheten.

Vår sammantagna bedömning, utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning, är att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering inte säkerställt en tillräckligt god styrning, uppföljning och intern kontroll för att motverka, upptäcka och förhindra oegentligheter.

Våra slutsatser grundar sig i att det saknas övergripande riktlinjer och förhållningssätt avseende mutor, korruption och andra oegentligheter samt att risken för oegentligheter inte beaktas på ett systematiskt sätt i styrelsens eller nämndernas riskanalyser. Att risken beaktas kontinuerligt är grunden för att kunna utforma kontroller i lämplig omfattning samt möjliggöra en ändamålsenlig uppföljning. Det finns en struktur för arbetet med intern kontroll, men de kontroller som genomförs har begränsad relevans för att förebygga eller upptäcka oegentligheter.

Härutöver saknas inslag om mutor, korruption och oegentligheter i de återkommande utbildningar som anordnas för chefer och medarbetare. Att hålla frågan om värdegrund och förhållningssätt levande är en central del för att säkerställa en god kontrollmiljö. Möjligheten att anonymt kunna rapportera misstänkta oegentligheter är begränsad.

Övergripande riktlinjer mot mutor och oegentligheter är under framtagande. Inom ett antal områden finns överenskommelser om branschsamverkan som utgör en grund för förhållningssätt och riktlinjer. Det framkommer en medvetenhet hos intervjuade om riskerna för oegentligheter samt vikten av ett aktivt värdegrundsarbete, vilket är en förutsättning för att hålla frågorna levande över tid.

Utifrån granskningens slutsatser, ger vi följande rekommendationer:

Landstingsstyrelsen:

- ▶ Fastställ övergripande riktlinjer avseende skydd mot oegentligheter
- ▶ Tillse att samtliga medarbetare årligen uppmärksammas på risken för oegentligheter. Det kan ske vid exempelvis utbildning och/eller medarbetarsamtal
- ▶ Säkerställ att risken för korruption och andra oegentligheter beaktas i riskanalysarbetet
- ▶ Tillse en delaktighet från berörda verksamheter i framtagande av riskanalys samt kontrollåtgärder avseende skydd mot oegentligheter, i enlighet med beslutade riktlinjer

Hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering:

- ▶ Säkerställ att risken för korruption och andra oegentligheter beaktas i riskanalysarbetet
- ▶ Tillse en delaktighet från berörda verksamheter i framtagande av riskanalys samt kontrollåtgärder avseende skydd mot oegentligheter, i enlighet med beslutade riktlinjer

2. Inledning

2.1. Bakgrund

En organisation kan åsamkas väsentliga förtroendeskadorna av korruption och oegentligheter även om den finansiella konsekvensen är marginell. Därför är det av stor vikt att vidta förebyggande åtgärder i syfte att minska riskerna. Den 1 juli 2012 skärptes den svenska mutlagstiftningen. Bestämmelserna om tagande och givande av muta återfinns numera i kap. 10 i brottsbalken. Bland annat straffbeläggs s.k. handel med inflytande. Därigenom omfattas exempelvis att en närstående till en beslutsfattare tar emot en muta för att påverka honom eller henne i beslutsfattandet. Oegentligheter kan inbegripa många andra företeelser än mutbrott, som till exempel transaktioner mellan organisationen och eget eller närståendes företag, eller att förskaffa sig fördelar eller motsvarande utifrån den position man har i organisationen.

Mot bakgrund av avslöjanden om oegentligheter i kommuner och kommunala bolag genomförde revisorerna i Västerbottens läns landsting 2011 en granskning av landstingets skydd mot oegentligheter. Granskningen visade att det i landstinget pågick utvecklings- och implementeringsarbeten inom flera områden relaterade till skydd mot oegentligheter. Exempel på sådana arbeten var nya rutiner för riskanalys och kontrollplaner samt uppdatering av styrdokument. I granskningen noterades att landstinget inte i tillräcklig utsträckning utnyttjade intranätet och utbildningar för att bygga vidare på en kultur mot oegentligheter och för att hålla frågan om skydd mot oegentligheter levande.

Revisorerna genomförde 2015 en granskning av utbetalningsprocessen i syfte att bedöma om landstingsstyrelse och nämnder har säkerställt en tillräcklig intern kontroll. Granskningen visade på flera brister, bl.a. att det saknades dokumenterade riskbedömningar för de processer och IT-system som hanterar utbetalningar till landstingets leverantörer och att flera IT-system hade bristande systembaserade kontroller eller att kontrollerna inte utfördes i tillräcklig omfattning för att säkerställa korrekt hantering. Granskningen pekade på olika riskområden att åtgärda, som exempelvis: personal med hög systembehörighet; möjligheter för chefer att attestera sina egna fakturor; att skapa och betala ut kreditfakturor; attestering av lönelistor inom rimlig tid; och uppdateringar av attestbehörigheter i IT-systemen.

Mot bakgrund av den riskanalys som revisorerna har gjort har EY fått i uppdrag att genomföra en fördjupad granskning av hur landstinget arbetar med intern kontroll för att minska riskerna för oegentligheter.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställer en god styrning, uppföljning och intern kontroll för att motverka, upptäcka och förhindra oegentligheter i verksamheten.

För att uppnå syftet ska granskningen besvara delfrågorna: har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt:

- ▶ en god kontrollmiljö avseende risken för oegentligheter?
 - Finns det tydliga policys, regler och riktlinjer i syfte att undvika oegentligheter?
 - Är dessa policys, regler och riktlinjer väl förankrade i organisationen?

- ▶ att det genomförs riskanalyser på rätt nivå för att minska riskerna i organisationen?
 - Vilka risker och faror har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering identifierat?
 - Vilka risker och faror ser ledning respektive anställda inom verksamheten?
 - Finns det en dokumenterad riskbedömning?
 - Hur ska de väsentliga riskerna hanteras?
- ▶ att kontrollsystemen är effektiva för att förhindra och upptäcka oegentligheter?
 - Vilka typer av kontroller finns det för att hantera riskerna?
 - Utvecklas kontrollerna för att spegla riskanalysen?
- ▶ att information om regelverk, riskanalys och kontroller sprids till berörda medarbetare?
 - Vilka kanaler används för kommunikation av regler och riktlinjer?
 - Ingår metoder för att förebygga korruption i chefsutbildningar och andra utbildningsprogram?
 - Finns det någon kanal för anställda att rapportera eventuella oegentligheter?
- ▶ att processen följs upp och återrapporteras till rätt nivå?
 - Sker det en strukturerad och regelbunden uppföljning av regelverk?
 - Säkerställer uppföljningen att kontrollerna möter riskerna på ett ändamålsenligt sätt?
 - Håller landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering sig informerade om det korruptionsförebyggande arbetet?
 - Vidtas åtgärder vid avvikelser?

2.3. Ansvarig nämnd

Granskningen avser landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering. Granskningen fördjupas inom följande områden under landstingsstyrelsen och nämnden för funktionshinder och habilitering:

Landstingsstyrelsen:

- Verksamhetsområdet service: basenheterna fastighet och logistik/upphandlingsavdelningen
- Verksamhetsområdet digitalisering och medicinsk teknik: basenheten Informatik Västerbotten.
- Ledningsstab: basenhet Läkemedelscentrum/läkemedelsenheten

Nämnden för funktionshinder och habilitering:

- Verksamhetsområde sjukhusvård: Basenheten Hjälpmedel Västerbotten

2.4. Genomförande

För att bedöma om landstinget har ett internkontrollsystem för att förhindra och upptäcka oegentligheter utgår vi från COSO-modellen och vedertagen metodik. COSO-modellen omfattar fem delmoment; kontrollmiljö, riskbedömning, kontrollaktiviteter, information och kommunikation samt uppföljning och utvärdering. Samtliga delmoment för COSO-modellen

omfattar två till tre frågor. Utifrån förutbestämda kriterier utvärderas i vilken utsträckning styrelsen/nämnderna uppfyller kriterierna för respektive delmoment. Utvärderingen görs enligt följande:

- Röd (tydlig utvecklingspotential - vissa lokala åtgärder vidtas, men det saknas ett övergripande systematiskt arbete).
- Gul (delvis uppfyllt - strukturer och rutiner finns, men bör stärkas).
- Grön (tillfredsställande uppfyllt - inga ytterligare åtgärder behöver vidtas).

Granskningen baseras på dokumentstudier och intervjuer (se källförteckning). Dokumentation i form av protokoll och handlingar, riktlinjer, riskanalyser och internkontrollplaner, dokumentation av gjorda kontrollinsatser, utbildningsmaterial och uppföljningsdokumentation har granskats.

2.5. Kvalitetssäkring

Samtliga intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten, för att säkerställa att den bygger på korrekta fakta och uttalanden. Slutsatserna och bedömningarna ansvarar EY för.

2.6. Avgränsning

Granskningens fokus är att bedöma utformningen av den interna kontrollen avseende korruptionsrelaterade risker såsom mutor och andra oegentligheter. Granskningen syftar inte till att upptäcka indikatorer på, eller eventuell förekomst av, givande och tagande av muta.

Granskningen utförs på basis av intervjuer och dokumentstudier, och säkerställer således inte att den interna kontrollen rent operationellt fungerar som den beskrivs för oss.

3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policies och fullmäktigebeslut. Revisionskriterier kan även utgöras av vedertagen praxis eller etablerad kunskap inom området. Nedan beskrivs de revisionskriterier som ligger till grund för slutsatser och rekommendationer i granskningen.

3.1. Kommunallagen, 6 kap. § 7

Nämnder och styrelser ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnder och styrelser ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

3.2. Brottsbalken, 10 kap. och 20 kap.

I 10 kap. 5 § stadgas att om någon, som på grund av förtroendeställning fått till uppgift att för någon annan sköta en ekonomisk angelägenhet eller självständigt hantera en kvalificerad teknisk uppgift eller övervaka skötseln av en sådan angelägenhet eller uppgift, missbrukar sin förtroendeställning och därigenom skadar huvudmannen, döms han eller hon för trolöshet mot huvudman.

Den som är arbetstagare eller utövar uppdrag och tar emot, godtar ett löfte om eller begär en otillbörlig förmån för utövningen av anställningen eller uppdraget döms för tagande av muta. Detta gäller även om gärningen har begåtts innan gärningsmannen fått en sådan ställning som avses där eller efter det att den upphört. För tagande av muta döms också den som tar emot, godtar ett löfte om eller begär förmånen för någon annan än sig själv. Den som lämnar, utlovar eller erbjuder en otillbörlig förmån döms för givande av muta.

För handel med inflytande döms den som tar emot, godtar ett löfte om eller begär en otillbörlig förmån för att påverka annans beslut eller åtgärd vid myndighetsutövning eller offentlig upphandling, eller lämnar, utlovar eller erbjuder någon en otillbörlig förmån för att han eller hon ska påverka annans beslut eller åtgärd vid myndighetsutövning eller offentlig upphandling.

I 20 kap. 1 § stadgas att den som uppsåtligt eller av oaktsamhet vid myndighetsutövning genom handling eller underlåtenhet åsidosätter vad som gäller för uppgiften ska dömas för tjänstefel.

3.3. COSO- ramverkets fem komponenter¹

- Kontrollmiljö
- Riskbedömningar
- Kontroller
- Kommunikation och information
- Utvärdering och uppföljning

Respektive komponent presenteras närmare under egen rubrik i avsnitt 4.

3.4. Reglemente för intern kontroll, Västerbottens läns landsting

Landstingsfullmäktige antog 2009 reglemente för intern kontroll, vilket reviderades 2015. Av reglementet framgår att landstingsstyrelsen har det övergripande ansvaret för att se till att en god intern kontroll upprätthålls. Detta innebär att utforma landstingsövergripande riktlinjer för intern kontroll, att löpande eller minst två gånger per år informera fullmäktige om styrelsens och nämndernas internkontrollarbete, att utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll och i de fall förändringar behövs, besluta om sådana samt vid behov föreslå landstingsfullmäktige nödvändiga uppdateringar av direktiv för intern kontroll.

Respektive nämnd/styrelse har det yttersta ansvaret att säkerställa en god intern kontroll inom respektive verksamhet. Ansvaret innebär att anta anpassade riktlinjer för den egna interna kontrollens organisation och funktion inom nämndens/styrelsens verksamhet, årligen anta en plan för intern kontroll samt styra och löpande följa upp det interna kontrollsystemet inom styrelsens/nämndens verksamhet. Nämnderna ska löpande eller minst två gånger per år i samband med delårsrapporternas upprättande rapportera resultatet från uppföljningen av den interna kontrollen inom nämnderna till landstingsstyrelsen.

Landstingsstyrelsen ska löpande eller minst två gånger per år informera fullmäktige om styrelsens och nämndernas internkontrollarbete. Landstingsstyrelsen ska med utgångspunkt från uppföljningsrapporterna från nämnderna/styrelserna utvärdera landstingets samlade system för intern kontroll. Det görs genom en rapport som fastställs i samband med årsredovisningen.

¹ Internal Control – an Integrated Framework. The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission

4. Granskningsresultat

4.1. Kontrollmiljö

Kontrollmiljön anger tonen i en organisation och påverkar kontrollmedvetenheten hos dess medarbetare. Det är grunden för alla andra komponenter för intern styrning och kontroll och erbjuder ordning och struktur. Faktorer inom kontrollmiljön innefattar integritet, etiska värden, kompetensen hos medarbetarna i organisationen, ledningens filosofi och ledarstil, det sätt på vilket ledningen fördelar ansvar och befogenheter och organiserar och utvecklar dess medarbetare samt den uppmärksamhet och vägledning som styrelsen/nämnden ger.

I kapitlet presenteras styrdokument och riktlinjer med bäring på oegentlighetsfrågor inom respektive nämnds verksamhetsområde. Fördjupning har skett inom ett antal verksamheter inom landstingsstyrelsens samt nämnden för funktionsnedsättning och habiliterings ansvar. För hälso- och sjukvårdsnämnden avgränsas granskningen till övergripande styrdokument. Det framgår därför inte huruvida klinik- eller enhetsspecifika riktlinjer finns.

4.1.1. Övergripande iakttagelser

Landstingsfullmäktige antog 2009 reglemente för intern kontroll, vilket reviderades 2015.² Reglementet beskriver den förvaltningsövergripande organisationen samt rutiner för intern kontroll. Här framgår ansvar och övergripande ramar för arbetet med riskanalys och internkontrollplan.

Landstingsstyrelsen beslutade i juni 2015 om övergripande riktlinjer för intern kontroll, vilka reviderades 2017. Riktlinjerna förtydligar styrelsernas och nämndernas ansvar i arbetet med intern kontroll samt innehåller en gemensam modell för arbetet.³

Vid granskningstillfället saknas landstingsövergripande riktlinjer avseende oegentligheter. Ett utkast till riktlinjer mot korruption och mutor har tagits fram av landstingsjurist, och ska enligt uppgift tas upp för beslut i landstingsstyrelsen under slutet av 2017. I utkastet till riktlinjer framgår gällande rätt och definitioner av korruption, muta och otillbörlig gåva eller förmån. Utkastet innehåller även exempel på tillåtna och icke tillåtna gåvor och förmåner, situationer där risk för mutbrott föreligger samt kontrollfrågor att ställa vid erbjudanden från utomstående. Vidare berörs representation och jäv.

Det finns landstingsövergripande regler för samverkan med läkemedels-, medicintekniska och laborietekniska industrin från 2016. Reglerna bygger på *Överenskommelse om samverkansregler* för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laborietekniska industrin (2014)⁴, där principer och regler för samverkan, sammankomster, upphandling, konsultation och uppdrag, samarbetsprojekt och donationer framgår.

Landstingsdirektören beslutade om bestämmelser kring bisyssla 2016, som syftar till att ge vägledning till en enhetlig bedömning om bisysslors giltighet. Här beskrivs gällande rätt, ansvar och befogenheter, hur anmälan om bisyssla ska ske samt tillvägagångssätt vid ej tillåtna bisysslor.⁵ Medarbetare har skyldighet att till sin chef redogöra för sina bisysslor.

² VLL 101-2015

³ 2017-09-12, § 161 (tidigare beslutat 2015-06-02)

⁴ Framtagen av SKL, Läkemedelsindustriföreningens Service AB, Swedish Medtech och Swedish Labtech.

⁵ Dokumentnr: 186949, giltigt fr.o.m. 2016-08-22.

Chef kan i enlighet med delegationsordning besluta om att förbjuda bisyssla som bedöms konkurrerande, förtroendeskadlig eller arbetshindrande.

Fullmäktige fastställde attestreglemente 2016, där regler för kontroll av ekonomiska transaktioner samt regler för attesträtt framgår.⁶ I tillämpningsanvisningarna till reglementet beskrivs ansvar och befogenheter samt hantering av attester.⁷ Revisorerna har noterat otydligheter i tillämpningsanvisningarna.⁸

Västerbottens läns landsting har en värdegrund, som ska fungera som en kompass i vardagen och klargöra förhållningssätt. I värdegrunden betonas respekt och medvetenhet för samtliga medarbetare, och utveckling av metoder och arbetssätt för att öka kvalitet och effektivitet.

Det finns en framtagen checklista för samtliga chefer inom verksamhetsområde sjukhusvård. Den innehåller en förteckning över de kontroller som ska genomföras inom respektive basenhet gällande arbetsmiljö, medarbetare, ekonomi, patientsäkerhet, kris- och katastrofberedskap, IT och medicinsk teknik, arkiv, verksamhetsplanering samt rapportering och uppföljning.⁹ Den fastställda checklistan gäller från september 2017, här berörs t.ex. rutiner för delegationsbeslut och attesträtter. En ny checklista är under framtagande och i den inkluderas även bisysslor.

Av intervjuerna framkommer att det finns kännedom om ovan beskrivna styrdokument. Det varierar i verksamheterna hur ofta de aktualiseras. Flera intervjuade efterfrågar övergripande riktlinjer som tydliggör förhållningssättet avseende specifikt oegentligheter. Intervjuade på ledningsnivå samt verksamhetsnivå beskriver att medvetenheten kring risker för oegentligheter ökat under senare år, men att det i flera delar saknas ett systematiskt förebyggande arbete.

4.1.2. Landstingsstyrelsen

Av reglemente för landstingsstyrelsen framgår att styrelsen leder och samordnar förvaltningen av landstingets angelägenheter och har uppsikt för hela landstingets utveckling och ekonomiska ställning. Den ska ta initiativ till utveckling av arbetsformer, system och rutiner. Styrelsen har ett övergripande ansvar att tillse att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål, riktlinjer och uppdrag som landstingsfullmäktige har bestämt, gällande lagstiftning och detta reglemente. Den ska ha uppsikt över övriga nämnders och gemensamma nämnders verksamhet.

Styrelsen ska kontinuerligt följa upp och utvärdera landstingets verksamhet, ge landstingets övriga nämnder riktlinjer i sådana frågor och se till att övergripande riktlinjer om drift, personaladministration, ekonomisk förvaltning, intern kontroll m.m. utfärdas och att dessa riktlinjer följs.

Landstingsstyrelsen antog 2015 riktlinjer för intern kontroll inom sitt verksamhetsområde, som reviderades 2017.¹⁰ Av riktlinjerna framgår ansvar och befogenheter samt hur den

⁶ 2016-02-16 § 24.

⁷ 2016-01-29 § 27.

⁸ Nr 05/2016 Granskning av följsamhet till regler och rutiner för attestering.

⁹ Dokumentnr: 264471, giltigt fr.o.m. 2017-09-27.

¹⁰ 2017-09-12, § 162, VLL 1651-2017. Ändringen som är gjord i dessa riktlinjer är att "Analys av system för intern kontroll", som ansvarig direktör i respektive nämnd ska upprätta, ska göras i samband med delårsrapport per augusti istället för i slutet av året. Anledningen är att underlag ska finnas när ny internkontrollplan antas.

gemensamma modellen för arbetet med intern kontroll i Västerbottens läns landsting ska läggas upp och utföras avseende riskanalys, internkontrollplan samt uppföljning. Tillhörande riktlinjerna finns en mall för riskbedömning samt internkontrollplan.

Inom **upphandlingsavdelningen** upprättades en rutin för upphandling av varor och tjänster 2016, som riktar sig till avdelningens upphandlare. Syftet med rutinen är att säkra den upphandlingstekniska och affärsjuridiska kvaliteten samt att förebygga och förhindra rättsliga processer. Den beskriver ansvar och hur upphandlingsprocessen ska genomföras. Här berörs bland annat sekretess och tystnadsplikt samt hur kontakter med leverantörer ska hanteras i olika skeden av upphandlingsprocessen.¹¹

Inom upphandlingsavdelningen finns även rutiner för kvalitetssäkring i ärendehanteringsprocessen samt rutin för avveckling av anläggningstillgångar.¹²

Läkemedelscentrum Västerbotten utgår ifrån de landstingsövergripande reglerna för samverkan med läkemedels-, medicintekniska och laborietekniska industrin och den underliggande överenskommelsen samt *Läkemedelsbranschens etiska regelverk (2014)*. En jävsdeklaration har tagits fram för medlemmar i Västerbottens läns läkemedelskommitté och dess expertgrupper.

Fastighetsavdelningen har inga egna riktlinjer avseende oegentligheter utan använder sig enligt uppgift av *Överenskommelse för att motverka mutor och korruption*, som tagits fram gemensamt av beställare och leverantörer inom den offentligt finansierade byggsektorn.¹³ Den omfattar principer för bisysslor, förmåner, partnering, måltider, resor, sponsring, utbildning och upphandling. Härutöver används SKL:s vägledning mot mutor och jäv (2012) i kommunikation med medarbetare.

SKL:s vägledning används även inom **Informatik Västerbotten**, tillsammans med ett äldre regelverk inom landstinget om mutor och bestickning.¹⁴

4.1.3. Hälso- och sjukvårdsnämnden

Hälso- och sjukvårdsnämnden är enligt reglementet verksamhetsansvarig nämnd för den verksamhet som bedrivs inom verksamhetsområdena Sjukhusvård och Tandvård. I detta uppdrag ligger ett ansvar att se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med lag och av fullmäktige beslutade mål och riktlinjer. Nämnden ska säkerställa att det finns ändamålsenliga kontrollsystem och ge direktiv till verksamheten som säkerställer fullgörandet av nämndens uppdrag.

Vidare ansvarar nämnden för upphandling av tjänster från privata vårdgivare som inte omfattas av LOV¹⁵ och som inte tillhör primärvården och ska vid behov samråda med landstingsstyrelsen i dessa frågor. Nämnden ska svara för uppföljning av hur avtalen inom sitt ansvarsområde följs.

Hälso- och sjukvårdsnämnden antog anpassade riktlinjer för intern kontroll 2015, med syfte att säkerställa hälso- och sjukvårdsnämndens organisation för intern kontroll samt hur

¹¹ Giltigt fr.o.m. 2016-03-01.

¹² Gäller fordon och övriga tillgångar, exkluderat medicinteknisk utrustning.

¹³ Framtagen av en arbetsgrupp bestående av representanter från Byggherrarna, JM AB, NCC AB, Peab AB, Skanska Sverige AB, SKL, Sveriges Byggindustrier, Veidekke Sverige AB med stöd av Institutet Mot Mutor (IMM).

¹⁴ Regelverket är inte daterat, men enligt uppgift är det äldre än 5 år.

¹⁵ Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

planering och rapportering av det interna kontrollarbetet ska ske. Dessa reviderades 2017.¹⁶ Riktlinjerna förtydligar rollerna i nämndens arbete med intern kontroll, beskriver arbetssätt för framtagande av underlag till riskanalys i nämnden och specificerar krav på kontrollaktiviteter och rapportering av resultat.

4.1.4. Nämnden för funktionshinder och habilitering

Nämnden för funktionshinder och habilitering är enligt reglementet verksamhetsansvarig nämnd för den verksamhet som ger insatser inom habilitering och rehabilitering till personer med funktionsnedsättning samt tolkservice för döva och hörselskadade. Nämnden ansvarar också för myndighetsutövning enligt lagen om särskilt stöd och service (LSS).

I nämndens uppdrag ligger ett ansvar att se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med gällande lag och av fullmäktige beslutade mål och riktlinjer. Nämnden är verksamhetsansvarig för basenheterna Habiliteringscentrum Västerbotten, Hjälpmedel Västerbotten och Tolkcentralen, inom verksamhetsområde Sjukhusvård. Nämnden ska säkerställa att det finns ändamålsenliga kontrollsystem och ge direktiv till verksamheten som säkerställer fullgörandet av nämndens uppdrag. Vidare ska nämnden följa upp den verksamhet som bedrivs inom nämndens ansvarsområde samt särskilt utfärda riktlinjer om drift, ekonomisk förvaltning och intern kontroll och se till att dessa tillämpas.

Även nämnden för funktionshinder antog anpassade riktlinjer för intern kontroll 2015.¹⁷ Reviderade riktlinjer ska enligt uppgift beslutas av nämnden under november 2017. Innehåll och omfattning motsvarar landstingsstyrelsens respektive hälso- och sjukvårdsnämndens riktlinjer.

Hjälpmedel Västerbotten utgår ifrån ett gemensamt framtaget *Förhållningssätt mot leverantörer vid upphandling* för Hjälpmedelsområde Norr. Inom verksamheten finns även en egenframtagen rutin för beställning till drift, där ansvar och genomförande beskrivs översiktligt.

4.1.5. Bedömning

Landstinget har ett beslutat reglemente för intern kontroll, vilket utgör utgångspunkt för landstingsstyrelsens beslutade riktlinjer för arbetet med riskanalys och internkontrollplan.

På övergripande nivå finns bestämmelser om bisysslor och attestreglemente. Revisorerna har i tidigare granskning noterat att det finns otydligheter i tillämpningsanvisningarna till attestreglementet.

Överenskommelsen om samverkan med läkemedels-, medicintekniska och laborietekniska industrin utgör en grund i att förebygga oegentligheter. Det saknas dock landstingsövergripande riktlinjer som tydliggör förhållningssättet och ger vägledning i de situationer där risker för oegentlighetsproblematik föreligger, vilket är en brist. Riktlinjer är under framtagande. Det är centralt att implementeringen av sådana riktlinjer sker systematiskt i verksamheternas samtliga led, för att säkerställa en god kontrollmiljö.

¹⁶ VLL 2265-2015, reviderat 2017-09-29

¹⁷ Antagna 2015-10-27

Förhållningssätt hos ledningen samt ett aktivt värdegrundsarbete är väsentligt för en god kontrollmiljö. Av intervjuerna på ledningsnivå samt verksamhetsnivå framträder bilden att medvetenheten kring risker för oegentligheter ökat under senare år, men att det i flera delar saknas ett systematiskt förebyggande arbete. Inom respektive verksamhet vidtas åtgärder när behov identifieras.

Sammantaget är vår bedömning att kontrollmiljön bör stärkas och utvecklas avseende risker för oegentligheter. Övergripande riktlinjer bör utgöra utgångspunkt för verksamheternas arbete.

Kontrollmiljö	Landstingsstyrelsen	Hälso- och sjukvårdsnämnden	Nämnden för funktionshinder och rehabilitering
<i>Finns det tydliga policys, regler och riktlinjer i syfte att undvika oegentligheter?</i>	Nej. Det finns övergripande regelverk avseende intern kontroll, bisysslor och attester samt regler i samverkan med läkemedels- medicinteknisk- och laborieteknisk industri.	Nej. Det finns övergripande regelverk avseende intern kontroll, bisysslor och attester samt regler i samverkan med läkemedels- medicinteknisk- och laborieteknisk industri.	Nej. Det finns övergripande regelverk avseende intern kontroll, bisysslor och attester samt förhållningssätt mot leverantörer vid upphandling.
<i>Är dessa policys, regler och riktlinjer väl förankrade i organisationen?</i>	Det saknas övergripande riktlinjer mot mutor och korruption. De riktlinjer som finns framkommer som kända i organisationen. Flera intervjuade efterfrågar gemensamma riktlinjer avseende oegentligheter.	Det saknas riktlinjer eller rutiner avseende mutor och korruption. De riktlinjer som finns framkommer som kända i organisationen. Flera intervjuade efterfrågar riktlinjer avseende oegentligheter.	Det saknas riktlinjer eller rutiner avseende mutor och korruption. De riktlinjer som finns framkommer som kända i organisationen. Flera intervjuade efterfrågar riktlinjer avseende oegentligheter.
Vår sammantagna bedömning	RÖD	RÖD	RÖD

4.2. Riskbedömningar

Varje organisation möter många olika risker av internt och externt ursprung som måste värderas. En förutsättning för riskbedömningen är etablerandet av mål knutna till olika nivåer och som är internt konsistenta. Riskbedömningen är identifieringen och analysen av relevanta risker för att uppnå målen och utgör basen för att bestämma hur riskerna ska hanteras.

4.2.1. Övergripande iakttagelser

För att effektivt kunna skydda sig mot oegentligheter måste en organisation systematiskt identifiera var i verksamheten risker kan uppträda, samt därefter värdera de identifierade riskerna och besluta om hur de ska hanteras.

Reglemente för intern kontroll samt tillhörande riktlinjer tydliggör roller och ansvar. Här framgår att nämnderna ska säkerställa att den interna kontrollplanen bygger på en relevant riskanalys samt årligen fastställa en intern kontrollplan. I riskanalysen fastslås vilka risker

som ska hanteras enligt reglementet. De risker som har hög sammanvägd sannolikhet och konsekvens tas med i internkontrollplanen.¹⁸

Landstingets arbetsmodell utgår ifrån COSO-modellen. Enligt modellen definieras intern kontroll som en process där *såväl politisk- som tjänstemannaledning och övrig personal samverkar* för att med rimlig grad av säkerhet kunna säkerställa: att verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt, att den finansiella rapporteringen är tillförlitlig och att lagar, regler och riktlinjer följs.¹⁹

Risikanalys och internkontrollplaner följer en gemensam mall. Av intervjuerna framkommer att internkontrollarbetet sker till största del på ledningsnivå. Intervjuade på verksamhetsnivå deltar inte i internkontrollarbetet avseende värdering av risker. Det har inte framkommit att några övriga dokumenterade riskanalyser genomförts på verksamhetsnivå knutet till risker för oegentligheter.

Av intervjuerna framkommer en samstämmig bild av att risker finns knutet till avrop och inköp som görs i verksamheterna. Även leverantörskontakter som sker i verksamheterna betonas av flera intervjuade som ett väsentligt riskområde, t.ex. avseende medicinsk teknik där längre leverantörsrelationer utgör en förhöjd risk för vänskapskorruption.

4.2.2. Landstingsstyrelsen

Styrelsen har genomfört en riskanalys inför beslut om internkontrollplan 2017.²⁰ Nämnden har lyft fram och värderat risker som bedömts ha central påverkan för nämndens möjligheter att uppfylla de målsättningar som landstingsfullmäktige har fastställt. Värderingen av riskerna görs enligt sannolikhet för inträffande och konsekvens därav. Totalt har 31 risker värderats, varav 17 föranleder kontrollmoment.

Risikanalysen utgår ifrån tidigare års bedömningar, som kompletteras av synpunkter utifrån revisionsrapporter samt en ny bedömning. Ledningsgruppen tar fram underlag med stöd av en mindre grupp för intern kontroll. Inga stora förändringar förekommer mellan åren, enligt intervjuade. Vissa risker hanteras inom ramen för andra uppföljningsprocesser.

Risken för muta och korruption eller oegentligheter av annat slag har inte värderats specifikt. Däremot har ett antal närliggande risker värderats: avseende upphandling och inköp, fakturahantering, delegation, utbetalningar av löner och utlägg samt bisysslor. Av dessa har risker knutna till inköp utanför avtal, fakturahantering, bisysslor och delegationsbeslut värderats med ett riskvärde som föranleder kontrollmoment i internkontrollplanen. Alla risker som har kontrollmoment i internkontrollplanen har getts riskvärde 15, med undantag för två risker som fått riskvärde 25. En av dessa risker är att inköp görs utanför avtal.²¹

Vi noterar att ett antal risker som värderats med riskvärde 15 eller högre inte föranlett kontrollmoment i internkontrollplanen. I planens kommentarer framgår att dessa följs upp enligt ordinarie uppföljning, t.ex. månatligen eller vid delårs- och årsredovisning.

¹⁸ Risker med riskvärde 15 eller högre ska inkluderas i internkontrollplanen.

¹⁹ Vilket tydliggörs i landstingsstyrelsens riktlinjer för intern kontroll

²⁰ VLL 2378-2016

²¹ Den andra risken som har riskvärde 25 är *Risk att eftersökta bristkompetenser inte går att nå vid rekrytering*

4.2.3. Hälso- och sjukvårdsnämnden

Nämnden har genomfört en riskanalys inför beslut om internkontrollplan 2017.²² Även hälso- och sjukvårdsnämnden har värderat centrala risker enligt sannolikhet för inträffande och konsekvens.

Nämnden har inte värderat risken för mutor, korruption eller andra oegentligheter. Ett antal risker med viss bäring på frågor om oegentligheter har värderats, och fått ett riskvärde som föranleder kontrollmoment i internkontrollplanen. Dessa risker rör att; inköp sker utanför avtal, fakturor hanteras felaktigt, riktlinjer för bisysslor inte följs, beslut fattas utan stöd i delegationsordning samt brister i hantering och utbetalning av lönetillägg. Alla risker som har kontrollmoment i internkontrollplanen har getts riskvärde 15, med undantag för två risker som fått riskvärde 25. En av dessa risker är att inköp görs utanför avtal.²³

Vi noterar även här att ett antal risker som värderats med riskvärde 15 eller högre inte föranlett kontrollmoment i internkontrollplanen. I kommentarer framgår hur riskerna avses följas upp.

4.2.4. Nämnden för funktionshinder och habilitering

Nämnden har genomfört en riskanalys som underlag till internkontrollplan 2017.²⁴ Riskerna baseras på den riskvärdering som görs i verksamheten, dock inte årligen. Värderingen görs enligt landstingets gemensamma modell. Nämnden reviderade internkontrollplanen i september 2017 och den reviderade versionen följer den gemensamma mallen och antalet risker med hög värdering är färre till antalet. Nämnden har värderat 5 risker som föranleder kontrollmoment i internkontrollplanen. Det framgår inte huruvida ytterligare risker har värderats. I den äldre versionen värderades 12 risker, varav 8 föranledde kontrollmoment.²⁵

Nämnden har inte specifikt värderat risken för oegentligheter. Risken för felaktig fakturahantering och risken för attest görs av obehörig²⁶ har båda värderats med högre riskvärde och föranleder kontrollmoment i den reviderade versionen.

4.2.5. Bedömning

Nämnderna genomför ett riskanalysarbete i enlighet med fastställt reglemente och beslutade riktlinjer. Riskanalysen genomförs i stor utsträckning på ledningsnivå. Risken för mutor, korruption eller andra oegentligheter har inte värderats specifikt. Ett antal risker med bäring på oegentligheter inkluderas i riskanalyserna.

Att risken kontinuerligt beaktas och värderas utgör grunden för att kunna utforma ändamålsenliga kontroller. Sammantaget bedömer vi att riskanalyserna bör utvecklas avseende risker knutna till oegentlighetsproblematik.

²² VLL 1868-2016

²³ Den andra risken som har riskvärde 25 är *Risk att eftersökta bristkompetenser inte går att nå vid rekrytering*

²⁴ VLL 1876-2017

²⁵ Enligt uppgift reviderades internkontrollplanen, för att dess kvalitet bedömdes låg. Uppföljningen per delår 2 har dock skett enligt den äldre versionen. En förbättrad uppföljning förväntas enligt uppgift till årsrapporten. Den nya planen är förtydligad avseende kontroll, metod och frekvens.

²⁶ Fullständig riskbeskrivning är "Risk att behöriga attestanters rätt att attestera fakturor inte avslutas vid avslutad eller ändrad anställning"

Riskbedömningar	Landstingsstyrelsen	Hälso- och sjukvårdsnämnden	Nämnden för funktionshinder och rehabilitering
Vilka risker och faror har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och rehabilitering identifierat?	Inga specifika risker avseende mutor, korruption eller andra oegentligheter har värderats i riskanalysen.	Inga specifika risker avseende mutor, korruption eller andra oegentligheter har värderats i riskanalysen.	Inga specifika risker avseende mutor, korruption eller andra oegentligheter har värderats i riskanalysen.
Finns det en dokumenterad riskbedömning?	Ett antal närliggande risker har inkluderats.	Ett antal närliggande risker har inkluderats.	Ett antal närliggande risker har inkluderats.
Vilka risker och faror ser ledning respektive anställda inom verksamheten?	Ja	Ja	Ja
	Utöver de risker som inkluderas i riskanalysen lyfter intervjuade risker avseende beställningar och inköp samt leverantörskontakter i verksamheterna, t.ex. avseende medicinsk teknik.	Utöver de risker som inkluderas i riskanalysen lyfter intervjuade risker avseende beställningar och inköp samt leverantörskontakter i verksamheterna.	Utöver de risker som inkluderas i riskanalysen lyfter intervjuade risker avseende beställningar och inköp samt leverantörskontakter i verksamheterna.
Hur ska de väsentliga riskerna hanteras?	Identifierade risker hanteras främst genom internkontrollarbetet.	Identifierade risker hanteras främst genom internkontrollarbetet.	Identifierade risker hanteras främst genom internkontrollarbetet.
Vår sammantagna bedömning	RÖD	RÖD	RÖD

4.3. Kontroller

Kontroller är de riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att ledningens direktiv genomförs. De bidrar till att säkerställa att nödvändiga åtgärder vidtas för att hantera risker för att organisationens mål inte uppnås. Kontroller äger rum inom hela organisationen, på alla nivåer och i alla funktioner. De innefattar en rad aktiviteter av olika slag såsom godkännanden, attester, verifikationer, avstämningar, genomgångar av verksamhetens resultat, säkrandet av tillgångarna, samt åtskillnad av tjänsteroller och uppgifter.

4.3.1. Iakttagelser om kontroller

Nämnderna ska enligt reglementet varje år anta en särskild plan för intern kontroll, som ska innehålla kontrollaktiviteter och former för uppföljning av kontrollaktiviteter. Enligt riktlinjerna ska också den metod som ska användas vid kontrollaktivitetens genomförande redovisas och med vilken frekvens kontrollen ska ske. Den som anges som kontrollansvarig är den person som genomför kontrollaktiviteten, ansvarar för rapportering till styrelsen och i förekommande fall lämnar förslag till förändringar/förbättringar.

Risken för mutor, korruption eller andra oegentligheter föranleder inte specifika kontroller utifrån nämndernas riskanalyser och internkontrollplaner. Det finns kontrollmoment som har viss bäring på risker för oegentligheter, som fakturahantering, delegationsbeslut och inköp/upphandling.

Intervjuade avdelnings- och verksamhetschefer är inte delaktiga i genomförandet eller återrapporteringen av kontroller utifrån internkontrollplanerna, med ett undantag. Kännedomen om vilka kontroller som berör det egna verksamhetsområdet varierar.

Inom ramen för granskningen har vi efterfrågat fullständigt underlag för två kontroller 2017: kontroll av fakturor inom byggprojekt samt kontroll att inköp görs inom avtal.

Avseende kontroll av fakturor i byggprojekt har vi tagit del av tillgänglig dokumentation om hur kontrollen har genomförts, analys av resultat samt vidtagna åtgärder. Mottagen dokumentation ger en översiktlig beskrivning av genomförandet. Kontrollen är inriktad på om fakturorna är korrekta gällande timredovisning, projektnummer och materialspecifikation. Kontrollen utgörs av ett stickprov av alla fakturor i tre projekt per kvartal. Av uppföljningen till delårsrapport per april framgår att 7 projekt har granskats och att 4 projekt bedöms felfria. I övriga projekt har 2 fel hittats avseende projektnummer, 2 fel har hittats avseende timredovisning och 1 fel gällande specifikation av material. Av kommentarerna kan utläsas att antalet fel minskat jämfört med föregående år. Vidare framgår att timredovisning skapar problem i fakturahanteringssystemet på grund av antalet skannade blad. I uppföljningen per augusti kvarstod avvikelserna där samtliga fakturor (elva stycken) ej uppfyllde kriterierna som är ställda. Främst är det timredovisning som saknas. Intervjuade inom fastighet uppger att kontrollen har en mycket begränsad funktion som förebyggande avseende oegentligheter.

Avseende inköp utanför avtal har vi efterfrågat fullständig dokumentation av genomförd kontroll, men fått information att den inte kunnat tas fram då ansvarig funktion slutat.²⁷ Kontrollen genomförs genom ett stickprov av alla inköp inom tio slumpmässigt utvalda kostnadsställen under två veckor i mars. Av rapporteringen framgår att 100 inköp kontrollerades under 2017 och av dem upptäcktes fyra inköp där en närmare bedömning av avtalsenligheten krävdes.

Utöver arbetet med intern kontroll, har det inte framkommit några dokumenterade kontroller i verksamheterna som har bäring på mutor, korruption eller andra oegentligheter. Däremot sker löpande uppföljning som även verkar förebyggande, t.ex. månatlig kvalitets- och ekonomiuppföljning. Det finns t.ex. även en fakturaavstämningssystem i ekonomisystemet för att förebygga felaktig hantering.

Inom fastighet genomförs vissa egna entreprenadupphandlingar och vissa direktupphandlingar. Avdelningen arbetar enligt fastighetschef med att alltid vara minst två involverade i upphandlingsprocesser och projekt. Fastighetsteknikerna följer även upp fakturor över vissa belopp för att bedöma rimlighet.

Direktupphandlingar genomförs även inom Hjälpmedel Västerbotten. Enligt verksamhetschef sker en kvalitetssäkring av processen genom att det alltid är en förskrivare av hjälpmedlet, en konsulent och tekniker som deltar i valet av leverantör. Härutöver sker upphandling till stor del genom regionupphandling tillsammans med flera landsting.

Inom upphandlingsavdelningen gör avdelningschefen egen avstämning av ett antal ärenden per år. Avstämningen görs för att säkerställa enhetlighet i hanteringen, snarare än att förebygga eller upptäcka oegentligheter. Det sker enligt uppgift ingen samlad uppföljning av genomförda direktupphandlingar. I granskningen har vi inte kunnat bedöma hur stor andel av inköp som utgörs av direktupphandlingar, då denna information inte funnits att tillgå.

Inom läkemedelscentrum följs läkemedelsförskrivning löpande genom statistik, vilket möjliggör uppföljning av beteenden och följsamhet. Uppföljning sker årligen.

²⁷ Kontrollen avser både landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden.

Rutinerna för att följa upp bisysslor varierar inom granskade verksamheter. Enligt uppgift sker uppföljning årligen via medarbetarsamtal, men det görs inga kontroller. Dokumentation sparas hos respektive chef.

Av attestreglementet framgår att kontrollrutinerna ska utformas så att den interna kontrollen inom respektive verksamhet är tillräcklig. I respektive delegationsordning ska det framgå vem som utser besluts- och mottagningsattestanter. Revisorerna granskade följsamhet till regler och rutiner för attestering under 2016, och noterade då genomgående brister i hanteringen av attester. Bland annat saknades beslutade attestordningar och verksamheterna saknade rutiner för att kontrollera att registrerade attestbehörigheter är korrekta.²⁸

4.3.2. Bedömning

Det finns kontrollmoment inom ett antal områden där det finns risk för mutor och korruption, som inköp och upphandling, fakturahantering och delegationsbeslut. Kontrollerna är dock inte utformade för att förebygga eller upptäcka oegentligheter. Det saknas kontroller för att säkerställa ett systematiskt förebyggande arbete inom områden som kan anses vara särskilt utsatta.

Sammantaget finns det en struktur för kontroller, men vi bedömer att kontrollerna inte i tillräcklig utsträckning kan anses förebyggande eller upptäckande avseende risker för oegentligheter.

Kontroller	Landstingsstyrelsen	Hälso- och sjukvårdsnämnden	Nämnden för funktionshinder och habilitering
Vilka typer av kontroller finns det för att hantera riskerna?	Kontroller genomförs genom stickprov av underlag, fullständig kontroll samt i ett fall intervjuer.	Kontroller genomförs genom stickprov av underlag, fullständig kontroll samt i ett fall intervjuer.	Kontroller genomförs genom stickprov av underlag eller fullständig kontroll.
Utvecklas kontrollerna för att spegla riskanalysen?	Kontrollerna omfattar inte risken för oegentligheter. I den mån att kontrollerna utgår ifrån en årligt beslutad internkontrollplan.	Kontrollerna omfattar inte risken för oegentligheter. I den mån att kontrollerna utgår ifrån en årligt beslutad internkontrollplan.	Kontrollerna omfattar inte risken för oegentligheter. I den mån att kontrollerna utgår ifrån en årligt beslutad internkontrollplan.
Vår sammantagna bedömning	RÖD	RÖD	RÖD

4.4. Information och kommunikation

Effektiv kommunikation måste förekomma för en god intern kontroll och flöda nedåt, uppåt och över hela organisationen. All personal måste få ett klart budskap från den högsta ledningen att ansvaret för intern styrning och kontroll måste tas på allvar. De anställda måste förstå sin egen roll samt hur enskilda aktiviteter påverkar andras arbete. De måste ha en kanal för att kommunicera betydelsefull information uppåt. Det finns också behov av effektiv kommunikation med externa parter, såsom kunder och leverantörer.

²⁸ Nr 05/2016 Granskning av följsamhet till regler och rutiner för attestering

4.4.1. Iakttagelser

Frågor rörande oegentligheter inkluderas inte i några övergripande utbildningar för chefer eller medarbetare. Verksamheter kan enligt uppgift beställa anpassade utbildningar, men enligt intervjuade har inga sådana utbildningar hållits i närtid. HR anordnar kontinuerligt ett antal chefsutbildningar, men dessa berör inte mutor eller korruption.

Landstingsjuristerna kan vid förfrågan delta i utbildningar eller informera på arbetsplatsträffar, men det sker inte regelbundet enligt intervjuade. Landstingsjuristen utbildade HR-avdelningen avseende muta och korruption vid ett tillfälle under 2015. Flera intervjuade lyfter ett behov av kontinuerlig information om oegentligheter vid introduktion eller utbildning.

Det framkommer av intervjuerna att det saknas uppdaterad information avseende mutor, korruption och andra oegentligheter på landstingets intranät. Inom vissa verksamheter finns lokala servrar där verksamhetschef tillgängliggjort information för medarbetare, t.ex. länkar till Institutet mot mutor eller SKL. Verksamheterna har egna introduktionsmallar för medarbetare. I de underlag vi tagit del av framgår ingen information knutet till specifikt värdegrund, uppförandekod eller liknande. Härutöver beskrivs det primära forumet för information vara arbetsplatsträffar.

Inom fastighet har mutor och jäv enligt intervjuade behandlats på arbetsplatsträffar och planeringsdagar under senare år.²⁹

Inom Informatik Västerbotten hölls en utbildning för samtliga medarbetare under 2014 avseende risker för mutor och jäv.³⁰

Läkemedelscentrum aktualiserar frågan löpande bland annat utifrån den jävsblankett som används för deltagare i expertgrupper och läkemedelskommittéer årligen.³¹

Inom upphandlingsavdelningen aktualiseras förhållningssätt mer genomgripande under introduktionen för nya medarbetare samt interna utbildningar.³²

Det finns ingen formaliserad whistleblower-funktion inom landstinget. Utöver utkastet till riktlinjer mot mutor och korruption saknas en dokumenterad rutin för att anmäla misstänkta oegentligheter. Intervjuade beskriver att medarbetare ska vända sig till närmsta chef. I de fall närmsta chef bedöms olämplig att kontakta ska medarbetaren vända sig till dennes chef. Av intervjuerna framkommer ett antal exempel på misstänkta fall av oegentligheter under senare år. I dessa fall har kontakt tagits med ansvarig chef, HR-avdelningen eller landstingsjurist samt i förekommande fall polisen.

Synpunkter från medborgare som kan röra oegentligheter har inte hanterats av intervjuade via någon särskild kanal eller system. E-post kan inkomma direkt till vissa funktioner. Inom t.ex. Informatik Västerbotten sker en löpande dialog med leverantörer och synpunkter avseende kommunikation vid upphandling eller gällande avtal. Inom Hjälpmedel Västerbotten kan brukare höra av sig direkt med synpunkter i vissa fall. Enligt intervjuade har dock inte misstänkta oegentligheter aktualiserats.

²⁹ Vi har tagit del av underlag från 2014 och 2017; underlag från arbetsplatsträff 2014-10-08 samt planeringsdag 2017-03-29.

³⁰ Utbildningsmaterial daterat 2014-09-10.

³¹ Vi har tagit del av jävsdeklaration (ej daterad, underlag är utdrag från systemstöd).

³² Introduktionsmaterial daterat 2016 och 2017, utbildningsmaterial daterat 2017.

4.4.2. Bedömning

Inom ett antal verksamheter har det genomförts informations- och utbildningsinsatser som aktualiserar frågor om mutor och korruption. En central del i det förebyggande arbetet är att hålla frågorna levande i hela organisationen. Det saknas övergripande utbildning för chefer och medarbetare där frågorna berörs, vilket är en brist.

Det finns inte en formell whistleblower-funktion i landstinget. Möjligheten att anonymt rapportera misstankar om oegentligheter är begränsad. Sammantaget bedömer vi att information och kommunikation inte når berörda på ett systematiskt sätt.

Information och kommunikation	Landstingsstyrelsen	Hälso- och sjukvårdsnämnden	Nämnden för funktionshinder och rehabilitering
Vilka kanaler används för kommunikation av regler och riktlinjer?	Intranät, introduktion, arbetsplatsträffar, utbildningar.	Intranät, introduktion, arbetsplatsträffar, utbildningar.	Intranät, introduktion, arbetsplatsträffar, utbildningar.
Ingår metoder för att förebygga korruption i chefsutbildningar och andra utbildningsprogram?	Nej.	Nej.	Nej.
Finns det någon kanal för anställda att rapportera eventuella oegentligheter?	Nej, inte formaliserad. Rapportering ska enligt uppgift ske i linjeorganisationen.	Nej, inte formaliserad. Rapportering ska enligt uppgift ske i linjeorganisationen.	Nej, inte formaliserad. Rapportering ska enligt uppgift ske i linjeorganisationen.
Vår sammantagna bedömning	RÖD	RÖD	RÖD

4.5. Utvärdering och uppföljning

Interna styr- och kontrollsystem behöver övervakas, följas upp och utvärderas – en process som bestämmer kvaliteten på systemets resultat över tiden. Det åstadkoms genom löpande övervakningsåtgärder och uppföljningar, separata utvärderingar eller en kombination av dessa. Uppföljningen genomförs för att säkerställa att de kontroller som designats för att möta risker verkligen utförs och fungerar som tänkt.

Uppföljning av arbetet med den interna kontrollen är en viktig aspekt då de erfarenheter som framkommer exempelvis risk- och väsentlighetsanalyser ska ligga till grund för det fortsatta internkontrollarbetet. Kontroller bör möta identifierade risker, vara formaliserade och överensstämmande med det dagliga arbetet som utförs i verksamheten. Vidare ska löpande utvärdering göras av identifierade kontroller i syfte att säkerställa att de utförts och fungerar som avsett.

4.5.1. Övergripande iakttagelser

Internkontrollen följs upp tertiälvís och i årsrapporten. Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden följer upp internkontrollen både i tertiäl 1 och tertiäl 2 medan nämnden för funktionshinder och rehabilitering följer upp i tertiäl 2 utöver årsrapporten.

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.

I landstingsstyrelsens delårsrapport per augusti 2017 görs en analys av systemet för intern kontroll, i enlighet med de reviderade riktlinjerna. Här framgår att utvecklingsarbetet kring den interna kontrollen fortsatt under året. Det beskrivs finnas ett behov av att revidera formalia för flertalet av kontrollerna inför 2018 års plan. Majoriteten av riskerna i nuvarande plan bör kvarstå nästa år men med förtydligande vad gäller kontrollmoment, metod, utförande samt ansvarig rapportör såväl som ansvarig för kontrollen.

Hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport per augusti innehåller en redogörelse för internkontrollarbetet samt utförda kontroller. Här framgår att tio av planens tjugo kontroller följs upp per april. Åtta av tio kontroller har utförts enligt plan. De två kontroller som inte är genomförda enligt plan gäller risker kring bokning av tjänsteresor samt fakturahantering. Kontrollerna är utförda och rapporterade i tid men inte helt enligt kontrollplanens beskrivning.

I delårsrapport per augusti för nämnden för funktionshinder och rehabilitering ges en översiktlig redogörelse för arbetet med intern kontroll och genomförda kontroller. Det framgår att kontrollaktiviteter samt redovisning av kontrollerna håller låg kvalitet på grund av att urval av kontrollaktiviteter inte speglar angivna risker samt att tydlig beskrivning av metod och frekvens saknas.

4.5.2. Bedömning

Landstingsstyrelsen och nämnderna har informerat sig om arbetet med den interna kontrollen, i enlighet med reglementet. I uppföljningen framgår redogörelser för internkontrollarbetet och genomförda kontroller, samt korta kommentarer om utvecklingsområden. Det framgår ett antal brister och utvecklingsområden avseende genomförda kontroller, vilket revisorerna även noterat i tidigare granskningar.³³

Sammantaget sker en rapportering utifrån genomförda kontroller, men denna har begränsad relevans avseende skydd mot oegentligheter. För att styrelsen och nämnderna ska få en tillräcklig bild av det korruptionsförebyggande arbetet, bör uppföljningen inom detta område stärkas.

Utvärdering och uppföljning	Landstingsstyrelsen	Hälso- och sjukvårdsnämnden	Nämnden för funktionshinder och rehabilitering
<i>Sker det en strukturerad och regelbunden uppföljning av regelverk?</i>	Det sker en uppföljning av intern kontroll. Denna har begränsad bäring avseende oegentligheter.	Det sker en uppföljning av intern kontroll. Denna har begränsad bäring avseende oegentligheter.	Det sker en uppföljning av intern kontroll. Denna har begränsad bäring avseende oegentligheter.
<i>Säkerställer uppföljningen att kontrollerna möter riskerna på ett ändamålsenligt sätt?</i>	Det framkommer av uppföljningen att kontrollerna är av varierande kvalitet.	Det framkommer av uppföljningen att kontrollerna är av varierande kvalitet.	Det framkommer av uppföljningen att kontrollerna är av varierande kvalitet.
<i>Håller landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och rehabilitering sig</i>	Nej, det sker ingen systematisk uppföljning avseende korruptionsförebyggande arbete.	Nej, det sker ingen systematisk uppföljning avseende korruptionsförebyggande arbete.	Nej, det sker ingen systematisk uppföljning avseende korruptionsförebyggande arbete.

³³ Bristande kvalitet i genomförda kontroller har noterats i revisorernas granskningar av följsamhet till fullmäktiges reglemente för intern kontroll under 2014 (Nr 35/2014), 2015 (Nr 27/2015) och 2016 (Nr 18/2016).

*informerade om det
korruptionsförebyggande
arbetet?*

*Vidtas åtgärder vid
avvikelser?*

Nej, inte på ett
systematiskt och
enhetligt sätt. Lokala
åtgärder vidtas i
verksamheterna.

Nej, inte på ett
systematiskt och
enhetligt sätt. Lokala
åtgärder vidtas i
verksamheterna.

Nej, inte på ett
systematiskt och
enhetligt sätt. Lokala
åtgärder vidtas i
verksamheterna.

Vår bedömning

RÖD

RÖD

RÖD

5. Sammanfattande bedömning

Nedan beskrivs i komprimerad form svaren på revisionsfrågorna och de bedömningar som görs utifrån respektive revisionsfråga. Därefter redogörs för slutsatser och svar på den övergripande revisionsfrågan.

Revisionsfråga	Svar
Har styrelse och nämnder säkerställt en god kontrollmiljö avseende risken för mutor och oegentligheter?	Nej. Det saknas övergripande riktlinjer och uttalade förhållningssätt avseende mutor, korruption och andra oegentligheter. Det finns en struktur för arbetet med intern kontroll, men denna berör oegentligheter i begränsad omfattning.
Genomförs adekvata riskanalyser på rätt nivå för att minska riskerna i organisationen?	Nej. Det genomförs riskanalyser inom respektive nämnds verksamhetsområde. Däremot framgår det av granskningen att riskvärderingen sker på ledningsnivå i stor utsträckning och inte involverar verksamheterna. Risker för mutor, korruption eller andra oegentligheter värderas inte i riskanalyserna. Ett antal närliggande risker värderas. Vår sammanfattande bedömning i denna del är därför att det inte genomförs adekvata riskanalyser på rätt nivå för att minska riskerna i organisationen.
Säkerställer styrelse och nämnder att kontrollsystemen är effektiva för att förhindra och upptäcka mutor och oegentligheter?	Nej. Ett antal kontroller finns i internkontrollplanerna, t.ex. avseende risken för att inköp görs utanför avtal och risken för felaktig fakturahantering. Sammantaget är det dock få kontroller som har bäring på risker för oegentligheter och brister noteras i kvaliteten på genomförda kontroller.
Sprids information om regelverk, riskanalys och kontroller till berörda medarbetare?	Nej. Internkontrollarbetet genomförs på ledningsnivå och intervjuade verksamheter är överlag inte delaktiga i riskvärdering eller genomförande av kontroller. Information och utbildning om regelverk knutet till oegentligheter ges inte systematiskt. Det saknas en formaliserad kanal för anonym rapportering av misstänkta oegentligheter.
Följs processen upp och återrapporeras till rätt nivå?	Nej. Internkontrollen följs upp och återrapporeras till ansvarig nämnd/styrelse. Återrapporeringen ger en översiktlig bild av hur kontroller genomförts och korta kommentarer ges om resultat samt vidare åtgärder. Då kontrollerna i mycket begränsad utsträckning berör oegentligheter, bedöms dock inte uppföljningen av intern kontroll tillräcklig för att nämnderna och styrelsen ska hålla sig informerade om det korruptionsförebyggande arbetet.

Granskningen syftade till att bedöma om landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering säkerställt en god styrning, uppföljning och intern kontroll för att motverka, upptäcka och förhindra oegentligheter.

Vår sammantagna bedömning, utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning, är att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för

funktionshinder och habilitering inte säkerställt en tillräckligt god styrning, uppföljning och intern kontroll för att motverka, upptäcka och förhindra oegentligheter.

Våra slutsatser grundar sig i att det saknas övergripande riktlinjer och förhållningssätt avseende mutor, korruption och andra oegentligheter samt att risken för oegentligheter inte beaktas på ett systematiskt sätt i styrelsens eller nämndernas riskanalyser. Att risken beaktas kontinuerligt är grunden för att kunna utforma kontroller i lämplig omfattning samt möjliggöra en ändamålsenlig uppföljning. Härutöver saknas inslag om mutor, korruption och oegentligheter i de återkommande utbildningar som anordnas för chefer och medarbetare. Att hålla frågan om värdegrund och förhållningssätt levande är en central del för att säkerställa en god kontrollmiljö.

Övergripande riktlinjer mot mutor och oegentligheter är under framtagande. Inom ett antal områden finns överenskommelser om branschsamverkan som utgör en grund för förhållningssätt och riktlinjer. Det framkommer en medvetenhet hos intervjuade om riskerna för oegentligheter samt vikten av ett aktivt värdegrundsarbete, vilket är en förutsättning för att hålla frågorna levande över tid.

Utifrån granskningens slutsatser, ger vi följande rekommendationer:

Landstingsstyrelsen:

- ▶ Fastställ övergripande riktlinjer avseende skydd mot oegentligheter
- ▶ Tillse att samtliga medarbetare årligen uppmärksammas på risken för oegentligheter. Det kan ske vid exempelvis utbildning och/eller medarbetarsamtal
- ▶ Säkerställ att risken för korruption och andra oegentligheter beaktas i riskanalysarbetet
- ▶ Tillse en delaktighet från berörda verksamheter i framtagande av riskanalys samt kontrollåtgärder avseende skydd mot oegentligheter, i enlighet med beslutade riktlinjer

Hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering:

- ▶ Säkerställ att risken för korruption och andra oegentligheter beaktas i riskanalysarbetet
- ▶ Tillse en delaktighet från berörda verksamheter i framtagande av riskanalys samt kontrollåtgärder avseende skydd mot oegentligheter, i enlighet med beslutade riktlinjer

Umeå den 29 november 2017

Jakob Smith
Certifierad kommunal yrkesrevisor
EY

Anja Zetterberg
Verksamhetsrevisor
EY

Källförteckning

Intervjuade funktioner:

- ▶ Landstingsdirektör
- ▶ Ekonomidirektör
- ▶ Landstingsjurist
- ▶ Hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Servicedirektör
- ▶ Teknik- och digitaliseringsdirektör
- ▶ Tf. IT-chef, Informatik Västerbotten
- ▶ Verksamhetschef och läkemedelsstrateg, Läkemedelscentrum
- ▶ Fastighetschef och jurist inom basenheten fastighet
- ▶ HR-direktör och HR-strateg
- ▶ Verksamhetschef och verksamhetscontroller, Hjälpmedel Västerbotten
- ▶ Controller, ledningsstaben
- ▶ Avdelningschef upphandlingsavdelningen

Härutöver har avstämning avseende underlag för intern kontroll skett med strateg för planering och uppföljning på ledningsstaben.

Dokument:

- ▶ Reglementen, landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, nämnden för funktionsnedsättning och habilitering
- ▶ Attestreglemente (2016) och tillämpningsanvisningar till attestreglemente (2016)
- ▶ Reglemente för intern kontroll (2015), övergripande riktlinjer för intern kontroll (2017)
- ▶ Anpassade riktlinjer för intern kontroll, landstingsstyrelsen (2017), hälso- och sjukvårdsnämnden (2017), nämnden för funktionsnedsättning och habilitering (2015)
- ▶ Bestämmelser kring bisyssla (2016)
- ▶ Rutin för genomförande av upphandling, upphandlingsavdelningen (2016)
- ▶ Kvalitetssäkring av handlägningsprocessen, rutin upphandlingsavdelningen
- ▶ Introduktion av nya medarbetare, upphandlingsavdelningen (ej daterad)
- ▶ Checklista för chefer inom verksamhetsområde sjukhusvård (2017)
- ▶ Internkontrollplaner med riskanalys, landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, nämnden för funktionshinder och habilitering (2017)
- ▶ Överenskommelse om samverkansregler för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, läkemedelsindustrin, medicintekniska industrin och laboratorietekniska industrin (2014)
- ▶ Regler i samverkan med läkemedels- medicinteknisk- och laboratorieteknisk Industri (2016)
- ▶ Överenskommelse för att motverka mutor och korruption inom den offentligt finansierade byggsektorn (2015)
- ▶ Årsrapporter 2016 för landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering
- ▶ Delårsuppföljning av intern kontroll 2017 för landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och habilitering
- ▶ Underlag gällande utvalda genomföra internkontroller 2017
- ▶ Minnesanteckningar från APT och planeringsdagar inom fastighet
- ▶ PPT om värdegrund och utbildning om korruption och mutor (ej daterad)
- ▶ Förhållningssätt vid upphandling inom Hjälpmedelsområde Norr (2015)
- ▶ Checklista för nyanställda, Västerbottens läns landsting (ej daterad)
- ▶ Jävsdeklaration, Läkemedelscentrum (ej daterad, revideras vid underskrift)