

Risikanalys
SU
Risk för oegentligheter

2006

Ernst & Young
2006-09-25

1. Inledning.....	3
1.1 Uppdrag	3
1.2 Metod och syfte	3
1.3 Definition av oegentligheter	5
1.4 Inriktning på granskningen.....	5
1.5 COSO-modellen	6
2. Granskning.....	7
2.1 Kontrollmiljön	7
2.2 Riskbedömningar.....	10
2.3 Övergripande kontrollåtgärder	12
2.4 Kontrollfunktioner på områdesnivå.....	13
2.5 Information och kommunikation.....	14
2.6 Uppföljning.....	15
3. Slutkommentar	15

1. Inledning

1.1 Uppdrag

Årets revisionsinsats inom ramen för projektet Väsentlighets- och Riskanalys har i samråd med Regionens revisorer huvudsakligen inriktats på risken för oegentligheter.

1.2 Metod och syfte

Revisionsinsatsen utgår från COSO-modellens områden för bedömning av intern kontroll. Syftet är att få en uppfattning om risken för oegentligheter och den interna kontrollen inom detta område. Revisionsinsatsen sker genom genomgång av granskningsprogram för bedömning av om kontrollmiljö, riskidentifiering, kontrollfunktioner, information/kommunikation och uppföljning inom SU.¹ Revisionsinsatsen bygger på intervjuer med medarbetare på olika nivåer i organisationen. Vi har intervjuat:

- Personal på ekonomienheten (gruppintervju)
- Roger Helmersson
- Nils Crona
- Claes-Göran Karlsson
- Mats Gran
- Eva Arrdal
- Elisabeth Rocke

Vi har även tagit del av väsentliga styrdokument, riktlinjer och rutiner som berör området oegentligheter, bisysslor och externa kontakter. Vi har tagit del av följande dokument:

- Regiongemensamma inköpsregler
- Inköspolicy för Västra Götalandsregionen
- Policy rörande immateriella rättigheter
- Policy rörande information och utbildning
- Policy rörande bisyssla i samband med klinisk uppdragsforskning
- Policy för sponsring, reklamfinansiering och försäljningsverksamhet
- Tillämpningsanvisningar för SU sponsrings- och reklampolicy

¹ För förtydligande av begreppen inom COSO se 1.5

- Riktlinjer för utarbetande av avtal rörande klinisk uppdragsforskning (bl. a klinisk läkemedelsprövning m.m.)
- Principer för budgetering och ekonomisk redovisning av klinisk uppdragsforskning
- Investeringar
- Beställning av varor och tjänster
- Rutiner för registrering av leverantörsfakturor
- Handbok i investeringar i radiologisk utrustning för 2 000 000 SEK
- Affärskod för Sjukvårdens leverantörsförening
- Riktlinjer för samarbete och relationer mellan läkemedelsföretag och anställda inom verksamhet finansierad av Västra Götalandsregionen
- Kompletterande riktlinjer för samarbetet och relationen mellan läkemedelsföretag och anställda inom verksamhet finansierad av Västra Götalandsregionen
- Regelsystem inom SU för beslut inom läkemedelsområdet
- Attest- och utanordningsreglementet
- SUs förtydligande av attest- och utanordningsreglementet
- Instruktion/delegation för direktören för Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Instruktion för områdeschef och direktör i sjukhusdirektörens stab vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Ansvar och befogenheter
- Kompletterande förslag till ansvar och befogenhetsdokument
- Överenskommelse om samverkansformer mellan medicintekniska företag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården
- Rutiner för samverkansformer mellan medicintekniska företag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården
- Reglemente för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Dokumentation från inköpsprojektet
- Blankett "uppgift om bisyssla"

Dokumentationen har givit en relativt god bild av ledningens syn på hur risker inom området oegentligheter definieras, hanteras och följs upp.

1.3 Definition av oegentligheter

Personer som normalt följer gällande spelregler kan begå oegentligheter i en miljö där de utsätts för tillräckligt stark press. Finns det dessutom incitament och tillfälle ökar benägenheten att begå oegentligheter.

Det finns två typer av felaktiga uppgifter som är relevanta när man beaktar risken för oegentligheter:

- Felaktiga uppgifter som beror på oegentligheter i den ekonomiska rapporteringen och
- Felaktiga uppgifter som beror på förskingring (där förskingringen förorsakar att redovisningen i alla väsentliga avseenden inte är i enlighet med god redovisningssed).

Det föreligger vanligtvis tre orsaker till att oegentligheter förekommer:

1. Ledningen eller någon anställd har ett incitament eller är utsatt för påtryckningar att begå oegentligheter,
2. Det föreligger omständigheter – t.ex. frånvaro av kontroller, brister i kontrollerna eller att ledningen kan åsidosätta kontrollerna – som ger tillfällen till att begå oegentligheter,
3. Inblandade personer kan bortförklara att oegentligheter begåtts med att detta överensstämmer med deras personliga uppfattning om etik.

Risken för väsentliga fel på grund av oegentligheter är visserligen störst när samtliga tre orsaker till att begå oegentligheter har noterats eller är uppenbara, men vi kan inte utgå från att risk för väsentliga fel på grund av oegentligheter inte föreligger bara på grund av att vi har kunnat konstatera att den ena eller den andra orsaken inte är för handen.

1.4 Inriktning på granskningen

Granskningen omfattar Sahlgrenska Universitetssjukhus som i huvudsak bedriver sin verksamhet genom ersättningar från huvudmannen, Västra Götalandsregionen (VGR). Verksamheten är med andra ord till huvuddelen skattefinansierad. Verksamheten påverkas inte i samma utsträckning för faktorer som kan innebära risk för oegentligheter i samband med den ekonomiska rapporteringen. Det innebär att det inte finns personliga ekonomiska intressen som påverkas av verksamhetens lönsamhet eller samma verksamhetsmässiga incitament för oegentligheter kopplat till redovisning och finansiell rapportering. Däremot kan det föreligga en press på verksamhet och ledning att resultat och utveckling följer budget eller andra överenskommer med Regionledningen, vilket kan innebära en risk för oegentligheter i samband med den ekonomiska rapporteringen.

Även om denna risk föreligger har granskningen i huvudsak inriktats på oegentligheter kopplat till förskingring, mutor och gåvor och inte till oegentligheter till följd av felaktiga uppgifter i den ekonomiska rapporteringen.

1.5 COSO-modellen²

Intern kontroll syftar till att säkra att systemet för ekonomi- och verksamhetsstyrning fungerar och är ändamålsenligt. Intern kontroll är en process, där såväl den politiska som den professionella ledningen och övrig personal samverkar för att uppnå:

- Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet
- Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten
- Efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.

COSO-modellen är uppbyggd utifrån följande begrepp:

■ Kontrollmiljö

Kontrollmiljö är ett samlingsnamn på de faktorer som anger tonen i en organisation och därmed påverkar kontrollmedvetenheten. Exempel på detta är etik, ledarskapsstil, ansvarsfördelning, organisatorisk uppbyggnad, engagemang och styrning. Kontrollmiljön förmedlar disciplin och struktur.

Kontrollmiljön är väsentlig för möjligheterna att förebygga risken för förekomst av oegentligheter i organisationen. I detta avseende är etik och ledarskapsstil väsentliga inslag för att förebygga förekomsten av oegentligheter.

■ Riskanalys

I alla organisationer förekommer både interna och externa risker. Alla risker måste bedömas med tanke på målet för verksamheten: operationella mål, finansiella rapportmål, och lagefterlevnadsmål. Risker för att målen inte uppnås måste kontinuerligt analyseras.

En del av riskanalysen bör inriktas på var i organisationen risken för förekomst av oegentligheter är som störst.

■ Kontrollåtgärder

Kontrollåtgärder är olika mått och steg som skall leda till att ledningens direktiv och de uppsatta målen inte äventyras. Det handlar om fördelning av arbete och ansvar om attestrutiner, avstämningar, uppföljningar av resultat och skydd av tillgångar.

² COSO = The Committee of the Sponsoring Organizations of the Treadway Commission

Kontrollåtgärder bör ske så att ledningen följer att medarbetare på alla nivåer i organisationen är väl införstådda med de regler och riktlinjer som berör området oegentligheter samt att de följs.

■ *Information och kommunikation*

Den information som behövs för att styra och ha kontroll över organisationen/sektorn/enheten måste identifieras, registreras, bearbetas och kommuniceras i rätt form och i rätt tid så att verksamheten kan bedrivas på ett bra sätt.

Väl fungerande kommunikationskanaler med ett uttalat ansvar i linjen för att ledningens syn på hur oegentligheter skall hanteras är en förutsättning för att samtliga medarbetare skall känna till hur frågan hanteras.

■ *Tillsyn*

All information om organisationens olika verksamheter måste ständigt utvärderas. En del av detta är att systemet för intern kontroll övervakas och följs upp.

Den interna kontrollen är ett systematiskt verktyg för att följa verksamheten ur en rad aspekter. En av dem är risken för och förekomsten av oegentligheter.

2. Granskning

2.1 Kontrollmiljön

2.1.1 Styrdokument

Basen för en god kontrollmiljö på SU är de formella styrdokument som berör verksamhetens styrning, medarbetarnas och ledningens förväntade förhållningssätt i en rad frågor samt rutin och processbeskrivningar. Som framgår under 1.2 har vi tagit del av väsentliga styrdokument, rutinbeskrivningar och andra för området viktiga riktlinjer och principdokument.

Inom SU finns upprättat policy- och rutindokument som reglerar kontrollmiljön avseende förväntade beteenden hos medarbetarna och som berör eller har bäring på området oegentligheter. Dessa policydokument och riktlinjer (rutiner) finns att tillgå på SUs intranät. Samtliga medarbetare har enligt vad som framkommit vid våra intervjuer tillgång till informationen.

2.1.2 Etik och ledarskapsstil

Väsentligt för att viktiga policydokument och riktlinjer efterlevs är de signaler som ledningen på olika nivåer inom SU sänder ut i organisationen avseende förhållningssätt i specifika frågor. Vid de periodiskt återkommande sektorsråden sker löpande genomgångar av väsentliga styrdokument. Ledningens syn i viktiga frå-

gor förmedlas vid dessa möten. De frågor som lyfts här förväntas föras vidare ut i organisationen via de mötesformer som finns inom SU. Ledningsmöten, medicinska sektorsråd, samverkansmöten och arbetsplatsträffar är viktiga forum för att föra ut ledningens budskap. Cheferna i linjen har ett ansvar att föra vidare de värderingar som råder avseende väsentliga frågor och som framkommer i policydokument m.m. Ledningens syn på väsentliga frågor och som berör medarbetarnas relation till både arbetsgivaren och externa intressenter kommuniceras i linjen. Samtliga medarbetare skall veta vad som gäller i frågor så som gåvor, resor eller kontakter med externa parter. Kommunikation via intranätet kompletterar mötesstrukturen.

2.1.3 Bisysslor

Genom att införa ett tydligare krav på redovisning av eventuella bisysslor har ledningens inställning i denna fråga klargjorts för samtliga medarbetare inom SU. Vad avser olika typer av kontakter med läkemedelsindustrin, bisysslor och närvaro på konferenser och utbildningar finns idag kommunicerade rutiner för vem som skall godkänna detta och hur redovisning av denna typ av aktiviteter skall ske. En följd av de uppstramade rutinerna är att en rad medarbetare har ombetts att avveckla bisysslor. Dock vill SU-ledningen att medarbetarna i viss grad engagerar sig i samverkansprojekt med externa parter så som läkemedelsindustrin, staten och myndigheter. I möjligaste mån ser ledningen att detta sker inom ramen för tjänsten. Inom organisationen råder det lite olika syn på i vilken grad det går att genomföra denna typ av uppdrag inom tjänsten eller om det kan ske som bisyssla. Sjukhusdirektören uppfattas ha en mycket restriktiv syn på möjligheten att utföra uppdragen som bisyssla.

En risk som lyfts fram i samband med diskussionen kring bisysslor är risken för att medarbetare inom ramen för sin bisyssla använder sig av regionens resurser på ett otillåtet sätt. Genom den noggrannare kartläggning av förekomsten av bisysslor som nu sker avser ledningen att öka kontrollen över resursutnyttjandet i samband med bisyssla. De som har en godkänd bisyssla kan i vissa sammanhang använda sig av regionens resurser, men endast under förutsättning att det råder en klar rågång mellan när de gör det som extern part och när de gör det som medarbetare i organisationen.

2.1.4 Upphandling och inköp

Ett område som fortfarande kvarstår att uppnå en högre efterlevnad av riktlinjer och policies är upphandling och inköp. SU har i kartläggningar av inköpstrohet mot ramavtal endast cirka 40-50 % efterlevnad. Vid en så låg köptrohet finns det risk för att SU inte erhåller de volymrabatter som avtalen innehåller. Det innebär även att det finns en låg kontroll av vilka relationer som de anställda har med olika leverantörskontakter. SU strävar efter att så få kontakter som möjligt skall ske mellan leverantörer och enskilda medarbetare ute i verksamheterna. Det bedöms, enligt vad som framkommit vid våra intervjuer, finnas ett visst behov av

direktkontakter mellan SU och leverantörer vid sidan om WESTMA och depån i Sisjön, men även dessa kontakter skall vara sanktionerade av ledningen. Vissa brister bedöms finnas i uppföljningen av dessa kontakter. Inom ramen för inköpsprojektet analyseras fakturor och leveranser för att kontrollera att leverantörer inte har gått förbi de centrala avtalen avseende rabatter etc. vid lokala kontakter. Att ha kontroll på att samtliga avtal följs bedöms som mycket svårt. För att förstärka kontrollinsatserna och tillsynen skall inköpskontrolltjänster inrättas på olika nivåer inom SU. Syftet är att öka köptroheten samt att snabbare fånga upp eventuella osunda relationer mellan leverantörer och enskilda medarbetare eller enheter inom SU.

I det elektroniska fakturasystemet kan den som gör ett inköp på en avdelning vara densamma som attesterar fakturan. Detta är ett moment som i sig utgör en risk. Man bör sträva efter att upphandling, inköp, avrop och bekräftelse av faktura är personellt avskilt från varandra för att minimera risken för osunda relationer mellan enskilda medarbetare och externa parter.

2.1.5 Läkemedelsprovningar

Andra områden som är komplicerade att helt reglera och kontrollera är läkemedelsprovningar, frontstudier och spetsstudier. Dessa kan ske inom ramen för uppdraget på sjukhuset eller som bisyssla. Enligt riktlinjerna skall verksamhetschefen teckna avtalet och ersättningar för utfört arbete skall gå till verksamheten. En svårighet som uppstår i samband med studier av denna typ är hur de ersättningar som medarbetare erhåller från externa parter skall hanteras. Engagemanget skall provas av verksamhetschefen och avtalet skall alltid tecknas med SU som huvudman. Inom SU anser man sig ha god kontroll på dessa projekt och menar att risken för sammanblandning av SU's resurser och andras är liten. Man strävar efter att "Farfarsprincipen" skall gälla vid godkännande av denna typ av kontakter.³

2.1.6 Förekomst av oegentligheter

Det har inte skett någon anmälan kring misstanke om mutbrott, olämpliga gåvor eller kontakter med läkemedelsindustrin under de senaste åren enligt vad som framkommit vid våra intervjuer. Inköpsprojektet har åskådliggjort brister i inköpsrutiner på SU. Under nästkommande år kommer ett antal controllers att anställas i organisationen. Syftet är att förstärka den interna kontrollen inom en rad områden, däribland inköp.

³ Farfarsprincipen innebär att det inte är närmsta chef som undertecknar ett avtal, utan chef ytterligare en nivå upp. Syftet är att undvika att relationer på arbetsplatsen skall försvåra beslutsfattandet.

2.1.7 Ledningens åtgärder

De väsentligaste åtgärder som ledningen vidtagit under senare år för att motverka risk för oegentligheter är att besluta om att regionen skall omfattas av de nationella avtalen kring läkemedelsindustrin, skärpta regler kring hur bisysslor skall redovisas samt upprättandet av sponsringspolicyn. Sponsringspolicyn omfattar regler och rutiner kring gåvor, resor som betalas av annan samt konferenser och externa seminarier.

2.1.8 IT

Inom IT-sidan har kontrollmiljön utvecklats under senare år. Man är mycket restriktiv med att ta emot gåvor eller delta i möten, seminarier eller konferenser som kan uppfattas som otillbörlig påverkan. IT-enheten uppfattar att leverantörerna är medvetna om att enhetens medarbetare är noga med att följa de policies och riktlinjer som gäller för verksamheten. Inom SU sker alla inköp av hårdvaror via IT-enheten. Det är även medarbetare från enheten som gör installationer av nya programvaror ute i verksamheterna. Inga andra programvaror skall finnas.

2.1.9 Vår bedömning

Vi bedömer att kontrollmiljön inom SU är relativt god. Avseende ledningens inställning till mutor, gåvor och leverantörskontakter, så bedömer vi den som klart uttalad. Den framgår av policydokument och riktlinjer. Genom framförallt inköpsprojektet och de nationella avtal avseende kontakter med läkemedelsindustrin och producenter av medicinskt teknisk utrustning som SU även bundit sig vid har en rad klargöranden gjorts i dessa frågor. Det vi bedömer ledningen bör utveckla är ett samlat dokument så som "A Code of Conduct" där etik, ledningsfilosofi och förväntningar på medarbetarna går att återfinna. I detta dokument bör samtliga väsentliga policies och riktlinjer som berör uppträdande, etik och rutiner återfinnas. Av vad som framkommit vid våra intervjuer saknas en helhetsbild av hur uppträdande, oegentligheter etc. hanteras i organisationen.

2.2 Riskanalys

2.2.1 Riskanalyser – ett utvecklingsområde

För att kunna vidta åtgärder inom de områden där det föreligger störst risk för att oegentligheter kan förekomma bör ledningen årligen genomföra en riskanalys. Riskanalysen skall ligga till grund för vilka kontrollåtgärder som genomförs under året för att tillförsäkra att inga oegentligheter sker inom för SU väsentliga områden.

Det sker inga övergripande systematiska riskanalyser inom SU enligt av vad som framkommit vid våra intervjuer. I samband med att riktlinjer och rutiner fastställs inom väsentliga områden så som läkemedelshantering, IT och anställning av nyckelpersoner sker dock vissa konsekvensanalyser. Bedömningar görs av conse-

kvenserna av att t.ex. inte reglera relationen till externa parter, eller vilka konsekvenser avsaknaden av rutiner för att följa vissa behandlingsresultat etc.

2.2.2 Riskanalyser inom IT

Inom IT görs riskbedömningar i samband med ombyggnader, tillbyggnader eller i anspråkstagande av nya lokaler. Riskanalyserna har lett till en rad begränsningar i tillgänglighet för personalen avseende lagerlokaler etc. med syfte att minimera risken för stölder m.m.

2.2.3 Efterkontroll

Av vad som framkommit vid våra intervjuer är det i första hand genom kontroller i efterhand som risker identifieras och uppmärksammas. Registreras onormala avvikelser i ekonomi- eller lönesystemet så följs de upp. Det kan vara okända företag, fakturor från konferenser eller resor samt utbetald lön som överstiger kontrollvärden.

2.2.4 Kontanta medel

Ett område som uppmärksammas under senare tid är hantering av kontanta medel. Det pågår ett "kassaprojekt" inom SU med syfte att stärka säkerheten kring hantering av kontanter. Det pågår dessutom en diskussion kring att inrätta tjänster som inköpscontroller i verksamheterna. Syftet är att följa upp köptroheten och stärka kontrollen av gjorda upphandlingar och inköp.

2.2.5 Bisysslor

Det område som fått störst uppmärksamhet under senare tid och som bedöms innebära vissa risker är bisysslor. En bedömning av riskerna har skett och ett system för kontroll och uppföljning har utformats.

2.2.6 Vår bedömning

Vi bedömer att en avsaknad av en övergripande återkommande riskanalys med en utgångspunkt i för SU väsentliga områden försvårar för både regionledningen och ledningen på SU att erhålla en samlad bild av de risker som SU har att hantera.

Det finns två risker som bör beaktas särskilt:

- Inneboende risk
- Kontrollrisk

Inneboende risk är risken för att det blir fel i redovisningen eller att det brister i förvaltningen i relation till uppsatta mål och uppdrag. Den inneboende risken finns oaktat vilka kontroller som finns i verksamheten och kan tex. bero på att det finns ett stort antal kontakter med externa leverantörer, komplexitet i organisation, risk för stölder m.m. Kontrollrisk är risken för att fel inte upptäcks och tas hand

om av verksamhetens egna kontrollåtgärder. Kontrollrisken påverkas av hur SUs system för intern kontroll är utformat.

En väsentlig del för utformningen av den interna kontrollen utgörs av riskanalysen. Därför rekommenderar vi att styrelsen uppdrar åt sjukhusdirektören att utveckla en mer systematisk riskanalys för att bland annat säkra att det finns ett väl fungerande internkontrollsystem för att motverka och upptäcka oegentligheter.

2.3 Övergripande kontrollåtgärder

2.3.1 Kontrollåtgärder som en följd av riskanalys

De övergripande kontrollåtgärderna som ledningen beslutar att genomföra under året, inom området oegentligheter, utgör en del av kontrollmiljön och utgår från den riskanalys som ledningen bör ha genomfört. Riskanalysen bör t.ex. omfatta områden som, externa kontakter, IT-säkerhet och forskning och utbildning.

2.3.2 Stickprov i verksamheten

Utifrån de riktlinjer och rutiner som finns avseende gåvor, resor, konferenser, bisysslor etc. genomförs årligen vissa stickprov för att kontrollera efterlevnaden. I samband med anställning vid SU undertecknar samtliga medarbetare en förbindelse att följa de riktlinjer, policies etc. som gäller på SU. Denna förbindelse förnyas endast i samband med att nya policies eller riktlinjer införs och som bedöms som så viktiga att separat bekräftelse krävs från berörda medarbetare.

2.3.3 Att rapportera avvikelser och oegentligheter

Vid våra interjuver har det framkommit att det råder en oklarhet om hur en eventuell upptäckt av avvikelser skall hanteras och rapporteras. För detta finns inga uttalade rutiner. Fel och avvikelser förutsätts bli rapporterade i linjen. Utgångspunkten är att upptäckten av eventuella avvikelser eller felaktigheter anmäls till närmaste chef. Kontrollsystemet bygger i hög grad på att medarbetarna faktiskt följer de regler som gäller och att om avvikelser sker så upptäcks det förr eller senare.

2.3.4 Intern kontroll inom ramen för ekonomistyrningen

Den väsentligaste kontrollaktiviteten sker inom ramen för ekonomistyrningen och ekonomiuppföljningen. Fakturor kontrolleras löpande och väsentliga konton följs noggrant. Farfarsprincipen gäller i samband med beviljande av resor eller konferenser, vilket förebygger risken för att avsteg från regelverket sker. Av attestreglemente, delegeringsordning och ekonomirutiner framgår hur den interna kontrollen skall ske.

2.3.5 Investeringsrutiner

Nya rutiner har införts i regionen och på SU avseende investeringsbeslut. Tidigare kom äskanden om medel i stuprören utan att någon hade en helhetssyn på behov

och krav. Genom att man har tillskapat grupper där det finns representanter från alla områden inom SU har man åstadkommit en större helhetssyn på investeringsbeslutet. Dessa beslut är även kopplade till de övergripande behoven av reinvesteringar i regionen.

2.3.6 Inventarier

Införandet av ett nytt inventariesystem på SU skall leda till en bättre överblick över befintliga inventarier. Genom en bättre kontroll kan även tillgrepp och stölder stävas, vilket är en förhoppning från ledningen.

2.3.7 Vår bedömning

Vi bedömer att det övergripande systemet för kontrollåtgärder bör utvecklas inom området oegentligheter då det fattas en sammanhängande analys av vilka risker som existerar inom området och vilka kontrollåtgärder som bör ske för att säkra att riskerna inte omsätts till faktiska händelser.

Det finns en rad dokument som tar upp frågor kopplade till etik och uppförande inom området oegentligheter men, som vi tidigare nämnt, inget sammanhängande dokument (Code of Conduct), vilket skulle underlätta uppföljningen av huruvida riktlinjer och rutiner följs.

2.4 Kontrollfunktioner på områdesnivå

2.4.1 Områdesnivå

På områdesnivå finns inga egna rutiner och riktlinjer utvecklade för att hantera oegentligheter, utan de övergripande riktlinjer och rutiner som är antagna för SU på övergripande nivå är styrande. Utifrån dessa riktlinjer skall man på områdesnivå utforma ansvar och befogenheter. För att följa upp inköp kommer det även på områdesnivå inrättas tjänster som inköpscontrollers. Ansvaret för att godkänna bisysslor, konferenser etc. ligger i linjeorganisationen. Delar av kontrollen av resor utformas på områdesnivå.

2.4.2 Registrering av nya leverantörer

Rätten att lägga in nya leverantörer i ekonomisystemet finns endast på ekonomisystemavdelningen. Det som kan vara svårt att kontrollera och följa upp är återbetalning av avgifter till privatpersoner. Här finns en vidare krets av personer som har en möjlighet att lägga upp individer i systemet.

2.4.3 Inköpskontroll

Avseende upphandling och inköp sker förändringar i dessa rutiner utifrån inköpsprojektet. Det huvudsakliga ansvaret för att upphandlingar sker och att de följer lagen om offentlig upphandling ligger på WESTMA. Utifrån nya rutiner skall det i varje upphandlingsprojekt finnas kontaktgrupper där verksamheterna finns representerad. Detta för att kravspecifikationerna utformas efter verksamheternas

behov. Syftet med detta är att genom ett mer relevant sortiment öka köptroheten. För att verksamheterna skall öka sin köptrohet framhålls i våra intervjuer att det är väsentligt att Sisjödepon fungerar väl och tillgängligheten är hög.

2.4.4 Vår bedömning

Vi bedömer att kontrollaktiviteterna avseende oegentligheter kan utvecklas både på central och på lokal nivå. Väsentliga kontrollområden och kontrollaktiviteter bör identifieras och att kontrollaktiviteterna genomförs bör följas upp och återrapporteras löpande.

2.5 Information och kommunikation

2.5.1 Information i linjen

De väsentligaste kanalerna för information och kommunikation är linjeorganisationen och intranätet. Genom dessa kanaler ges löpande information kring ledningens syn på bland annat frågor som berör oegentligheter, leverantörskontakter, bisysslor m.m. Det är vid ledningsgruppsmöten, samverkansmöte och på arbetsplatsträffar som etik, värderingar och förhållningssätt i olika frågor diskuteras

Personalen är eller bör vara medveten om att riktlinjer, policies och rutiner gäller samtliga medarbetare. I samband med att ledningen fått kännedom om avvikelser eller tvingats vidta åtgärder har detta uppmärksammats i organisationen. Påminnelser har gått ut kring vad som gäller avseende till exempel användande av internet, bisysslor och konferenser/resor.

2.5.2 Upptäckt

Det mesta som upptäcks i organisationen avseende oegentligheter upptäcks av en slump enligt de vi intervjuat. Det är i första hand medarbetare/kollegor som uppmärksammar oriktigheter och kommunicerar detta till ansvarig chef eller till personalavdelningen.

I samband med att avvikelser påträffas har ledningen gått ut med information kring vad som gäller inom det berörda området. Händelserna uppmärksammas alltid, enligt de vi intervjuat, men utan att enskilda individer eller händelser pekats ut.

2.5.3 Bedömning

Det är enligt vår mening inte tydligt hur kommunikation och information sker i samband med att avvikelser från rutiner och policies upptäcks. Antagandet är att den medarbetare som har ett behov av att kommunicera en iakttagelse gör detta till sin chef eller till personalavdelningen. Vid våra intervjuer framkom att det saknas riktlinjer för hur dessa frågor skall hanteras. Riktlinjer bör tas fram och kommuniceras på ett tydligt sätt.

2.6 Uppföljning

2.6.1 Uppföljning av beslutade policies och rutiner

Avseende förekomsten av bisysslor sker en systematisk uppföljning i samband med att utvecklingssamtalen genomförs. I övrigt sker uppföljning av leverantörs-kontakter, resor och konferenser i väldigt liten omfattning enligt vad som framkommit vid våra intervjuer. Det nationella avtal som tecknats mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och läkemedelsindustrin och som de flesta landsting har antagit har lett till diskussioner kring kontakter mellan enskilda läkare och industrin. Det finns hos dem vi intervjuat en viss oro för att möjligheten till gemensamma utvecklingsprojekt etc. minimeras genom dessa avtal.

Genom inköpsprojektet har en uppföljning av köptrohet etc. mot ingångna avtal skett. I övrigt sker uppföljning i liten omfattning. Uppföljningen kommer att öka då inköpskontrollerna är på plats.

Nackdelen med att alla leverantörskontakter sker via WESTMA bedöms vara att det inte finns några ingångar till sjukhuset för företagen. Det finns inom ledningen en viss vilja att öppna upp för kontrollerade och strukturerade möten. Medarbetarna behöver möjligheter till en viss input av produktinformation vid sidan av WESTMA. Dock skall det ske i linjen så att det går att följa under vilka former som kontakterna sker. Svårigheterna med att värdera kontakter med industrin ligger i den gråzon som finns mot Sahlgrenska Akademin. Det är ibland oklart i vilken roll och utifrån vilken huvudman som personer träffar industrins representanter. Tydliga spelregler bör finnas så att inte missförstånd uppstår. Det finns även vissa otydligheter i redovisningen av medel mellan SU och Akademin, vilket enligt vår mening bör stramas upp.

Inom IT sker kontinuerliga uppföljningar av säkerheten inom nätverket, tillgängligheten, behörighet etc. man prövar till exempel journalföringssystemets tillförlitlighet så att informations registreras på rätt patient och att systemet tillför den information som är relevant för vården.

2.6.2 Vår bedömning

Uppföljningssystemen inom området oegentligheter bedöms av de vi intervjuat som svag. Vi bedömer att det finns ett behov av att systematisera, bredda och fördjupa de uppföljningar som görs med fokus på oegentligheter. Samtliga områdeschefer bör erhålla ett uppdrag att utveckla uppföljningsrutiner kopplat till gällande riktlinjer och policies.

3. Slutkommentar

Vi bedömer att kontrollmiljön på SU i grunden är god. Det finns ett väl fungerande socialt, organisatoriskt och administrativt system för att kommunicera etik, värderingar och kultur i för organisationen väsentliga frågor. Både regionledning

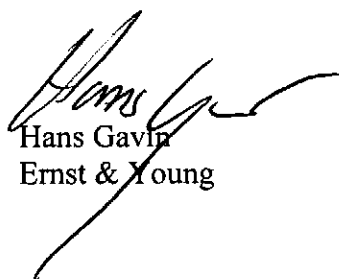
och SU-ledning är relativt tydliga i vad som gäller oegentligheter. Åtgärder vidtas vid upptäckta avvikelser och det formella regelverket kring gåvor, mutor, resor, externa kontakter etc. är tydligt.

Dock bedömer vi att de kontrollåtgärder som är nödvändiga för att följa att inte avvikelser sker som innebär att organisationen exponeras för risker som kan leda till skada för verksamhetens effektivitet eller förtroende inte är tillräckligt utvecklade. Utgångspunkten för vår bedömning är den avsaknad av systematiska riskanalyser inom väsentliga områden. Utan återkommande riskanalyser är det mycket svårt för ledningen att identifiera var och vilka åtgärder som behövs. Det finns en risk att de kontrollåtgärder som vidtas inte riktas in på områden som bedömts som väsentliga av ledningen.

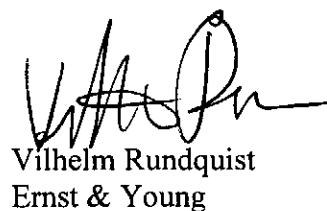
Vi bedömer även att tillsynen kan utvecklas. Det är inte tydligt hur riskområdet oegentligheter kontrolleras, dokumenteras och återkopplas till ansvariga inom organisationen. Rutiner bör utvecklas för hur signaler på avvikelser fångas upp och hanteras.

För att underlätta för ledningen att utveckla en systematisk intern kontroll inom området bör enligt vår mening följande utvecklas:

- En "Code of Conduct" som sammanfattar de värderingar, riktlinjer dokument som är gällande
- Strukturerade riskanalyser inom de områden där det föreligger störst risk för att oegentligheter föreligger.
- Lämpliga kontrollåtgärder för att säkra att riskerna inte omsätts till faktiska händelser.
- Rutiner för uppföljning av att rutiner och policies följs.



Hans Gavin
Ernst & Young



Vilhelm Rundquist
Ernst & Young