

LANDSTINGS- REVISORERNA

Projektrapport
Nr 7/2009

Skydd mot oegentligheter - styrning och intern kontroll av externfinansierade projekt

- Granskningen visar en otillräcklig styrning och bristfällig intern kontroll av externt finansierade projekt. Det innebär att risker för oegentligheter i projekten ökar.
- Landstingets ekonomihandbok behöver ses över och utvecklas. Det gäller såväl ansvarsfrågan som riktlinjer för hantering av överskott och påslag för administrativa kostnader i projekten.
- De granskade sjukvårdsverksamheterna måste följa landstingets riktlinjer och policyer för intern kontroll och hantering av projektmedel bland annat gällande riskbedömningar av oegentligheter och hantering av projektmedel.
- Den interna kontrollen av externfinansierade projekt måste förstärkas betydligt vid de granskade sjukvårdsverksamheterna. Det krävs utvecklade interna riktlinjer för hantering och redovisning av projekt samt system som möjliggör styrning och uppföljning av projekt.

Revisorsgrupp I
2009 års revisorer

2010-02-23

Diarienummer:
RK 200908-68

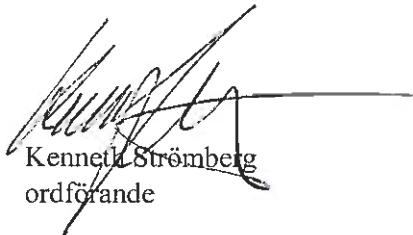
Landstingsstyrelsen


Rapport 7/2009
Skydd mot oegentligheter – styrning och intern kontroll av
externfinansierade projekt

Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade på möte 2010-02-23 överlämna rapporten till landstingsstyrelsen för yttrande senast 2010-05-25.

Paragrafen justerades omedelbart.

Härmed överlämnas rapporten.


Kenneth Strömberg
ordförande


Susanne Kangas
sekreterare

Revisorsgrupp II
2009 års revisorer

2010-02-23

Diarienummer:
RK 200908-68

Styrelserna för
Karolinska Universitetssjukhuset
Danderyds sjukhus AB
S:t Eriks ögonsjukhus AB
Stockholms läns sjukvårdsområde

Rapport 7/2009 Skydd mot oegentligheter – styrning och intern kontroll av externfinansierade projekt

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade på möte 2010-02-23 överlämna rapporten till styrelserna för Karolinska Universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus AB, S:t Eriks ögonsjukhus AB och Stockholms läns sjukvårdsområde för yttrande senast 2010-05-25.

Paragrafen justerades omedelbart.

Härmed överlämnas rapporten.



Göran Hammarsjö
ordförande



Agneta Fohlström
sekreterare

INNEHÅLL

1. SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER.....	1
2. UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN	3
2.1 Motiv till granskningen	3
2.2 Revisionsfråga	3
2.3 Avgränsningar.....	3
2.4 Revisionskriterier.....	3
2.5 Metod	3
3. ÖVERGRIPANDE RESULTAT AV GRANSKNINGEN.....	4
3.1 Central styrning och uppföljning inom SLL.....	4
3.2 Generella iakttagelser för samtliga producenter	5
4. RESULTAT AV GRANSKNINGEN FÖR RESPEKTIVE PRODUCENT	9
4.1 Karolinska Universitetssjukhuset.....	9
4.2 Danderyds sjukhus AB	11
4.3 S:t Eriks ögonsjukhus AB.....	13
4.4 Stockholms läns sjukvårdsområde	14

1. Slutsatser och rekommendationer

Tidigare granskningar har visat att risken för oegentligheter bedöms som hög i externfinansierade projekt. Granskning har skett av Stockholms läns landstings (SLL) skydd mot oegentligheter med fokus på externfinansierade projekt. De granskade enheterna är Karolinska Universitetssjukhuset (Karolinska), Danderyds sjukhus AB (DS), S:t Eriks ögonsjukhus AB (S:t Erik) och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO).

Revisionens samlade bedömning utifrån revisionsfrågorna är följande:

Är styrelsens/nämndens åtgärder för att förebygga och upptäcka eventuella oegentligheter inom området projektmedel tillräckliga och effektiva?

Iakttagelserna visar att granskade nämnders/styrelsers åtgärder för att förebygga och upptäcka oegentligheter avseende projektmedel inte är tillräckliga. Brister har noterats hos samtliga granskade sjukvårdsproducenter (producenter). Den otillräckliga styrningen och uppföljningen av projekten innebär att det är svårt att upptäcka och att avgöra om oegentligheter förekommer i projekten. Den interna kontrollen blir bristfällig när styrningen, uppföljningen och kontrollen av projekten är svag. Detta eftersom linjeorganisationen inte har ett tydligt ansvar och det saknas instrument för budgetering, prognostisering och avvikelseuppföljning. Det finns en kultur hos samtliga producenter där medel som kommer in från extern finansiering till projekten, i viss omfattning, anses tillhörig projektansvarig.

Hur görs riskbedömningar för oegentligheter och hur sker kontroller för att motverka riskerna?

På nämnd/styrelsenivå saknas dokumenterade riskanalyser gällande oegentligheter i externfinansierade projekt hos samtliga producenter. Därmed följs inte SLL:s riktlinjer och policies.

Hur följs projekten upp?

Det saknas en tydlig enhetlig struktur och ett tydligt regelverk för styrning och uppföljning av ekonomin i projekten hos samtliga producenter, liknande den som finns för styrning och uppföljning av övriga verksamheten. De riktlinjer som finns överrensstämmer inte i vissa avseenden med SLL:s centrala regelverk bland annat vad gäller hantering av projektmedel.

Ansvar för styrningen och uppföljningen av ekonomin i projekten är inte tydlig i producenternas delegationsordningar. Ansvar för ekonomin, uppföljning och regelefterlevnad är i praktiken ofta direkt kopplad till den forskare som har mottagit bidraget eller ersättningen från extern finansiering. Projektansvarig gör sina uppföljningar utifrån ekonomiska rapporter som de har svårt att tolka. Sällan har någon utomstående insyn och det är dessutom svårt få en tydlig bild av projekten. Detta beror på att det ibland saknas avtal och budget samt att underlagen till fakturor är bristfälliga. Dessutom sker inte alltid en oberoende kontroll av fakturorna. Till detta kommer att projektansvarig sällan har någon större kunskap om gällande regelverk avseende hantering och redovisning av projekt. Dessa

iakttagelser visar på väsentliga brister ur internkontrollsynpunkt och ökar riskerna för fel och oegentligheter i projekten. Den kontroll som utförs varierar väsentligt och är personberoende och inte ett resultat av en tydlig styrning. Det saknas även instrument för budgetering, prognostisering och uppföljning.

Hur är frågor kring hur medlen får disponeras reglerade i projektavtalen eller motsvarande överenskommelser?

För läkemedelsprövningsprojekt finns ofta tydliga avtal och budgetar för hur medlen skall användas. För en stor del av övriga forskningsprojekt saknas avtal och budgetar. Detta gäller bland annat projekt som är av gåvokaraktär.

Det är mycket ovanligt att finansiärer kräver att eventuella överskott skall återbetalas eller kräver någon form av ekonomisk återrapportering. Därmed är finansiären oftast bara delaktig i styrning av ekonomin i samband med formulering av uppdrag och avtal. Den återrapportering som sker till finansiär avser det verksamhetsmässiga resultatet. Det har framkommit att det finns många projekt som i praktiken är avslutade men där medel kvarstår som används för att täcka kostnader av olika slag, främst utbildningar, resor och fortsatt forskning. Dessa kostnader saknar ofta koppling till det ursprungliga projektet. Överskotten kan delvis hänföras till att projekten inte har full kostnadstäckning då administrativa kostnader och i vissa fall även personalkostnader inte belastar projekten i sin helhet. Dessa områden är även otydliga uttryckta i landstingets centrala ekonomihandbok.

Revisionen rekommenderar landstingsstyrelsen att:

- se över regelverket avseende projektredovisning exempelvis finns det behov att förtydliga delar i ekonomihandboken gällande ansvar, överskott och principer för att täcka administrativa kostnader.

Revisionen rekommenderar samtliga granskade sjukvårdsproducenter att:

- följa SLL:s policyer och riktlinjer, hantering av projektmedel bör överrensstämma med vad som anges i landstingets ekonomihandbok. Riskbedömningar bör innefatta oegentligheter kopplat till externfinansierade projekt.
- säkerställa en tillräcklig internkontroll av externfinansierade projekt genom att fastställa interna riktlinjer för hantering och redovisning av projekten. Projekten bör även kontinuerligt följas upp och system för projektredovisning bör tas fram.

2. Utgångspunkter för granskningen

2.1 Motiv till granskningen

Under 2007 genomförde revisionskontoret granskningen *Skydd mot oegentligheter och mutor* (rapport 9/2007) med en övergripande kartläggning av skyddet mot oegentligheter. Granskningen visade att det fanns brister i skyddet mot oegentligheter och behov av att förtydliga och utveckla rutiner och processer kring internkontroll i landstingets bolag och förvaltningar. De största riskerna för oegentligheter bedömdes vara inom kontakterna med läkemedelsindustrin. Vanligtvis sker dessa kontakter via externa projekt.

Syftet med granskningen är att bedöma respektive nämnds/styrelsens åtgärder för att förebygga och upptäcka eventuella oegentligheter inom området projektmedel. Eventuella brister i skyddet mot oegentligheter ska även identifieras.

2.2 Revisionsfråga

Är styrelsens/nämndens åtgärder för att förebygga och upptäcka eventuella oegentligheter inom området projektmedel tillräckliga och effektiva?

Den övergripande revisionsfrågan bryts ner i följande delfrågor:

- Hur är frågor kring hur medlen får disponeras reglerade i projektavtalen eller motsvarande överenskommelser?
- Hur görs riskbedömningar för oegentligheter och hur sker kontroller för att motverka riskerna?
- Hur följs projekten upp?

2.3 Avgränsningar

Projektet omfattar enbart sjukvårdsproducenter (producenter).

Producenterna som omfattas är:

- Karolinska Universitetssjukhuset (Karolinska)
- Danderyds sjukhus AB (DS)
- S:t Eriks ögonsjukhus AB (S:t Erik)
- Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

2.4 Revisionskriterier

- SLL:s regler och riktlinjer för oegentligheter och redovisning av projekt såsom ekonomihandboken
- Producenternas egna regler och rutiner inom området
- Projektavtal och underlag för utgifter m.m.

2.5 Metod

Granskningen har utförts med hjälp av intervjuer, dokumentgranskning och substansgranskning under främst november månad och en bit in i december år 2009. Intervjuer har gjorts med förvaltningschefer/VD, ekonomichefer/redovisningschefer, controllers eller den person som har hand om interna kontrollfrågorna och projektansvariga. Totalt har 50 personer intervjuats varav 38 var projektansvariga och 62 projektakter har substansgranskats.

Frågor som belyses är bland annat om det gjorts inköp i projekten från anställdas företag och hur överskott i projekten hanteras. Substansgranskningen har inkluderat en bedömning av de underlag som finns för bokförda utgifter.

Granskningen har genomförts av en projektgrupp vid revisionskontoret bestående av Anna Nording, som varit projektledare, Olof Nystedt och Lars Åström. Revisionskontoret har i granskningen haft konsultstöd av Ernst & Young AB.

3. Övergripande resultat av granskningen

3.1 Central styrning och uppföljning inom SLL

Otydligt hur medel av gåvokaraktär ska hanteras

Inom SLL är det landstingsstyrelsen som har ansvaret för att upprätta centrala styrdokument såsom ekonomihandboken. I granskningen har det framkommit att ekonomihandbokens regler och rutiner för mottagande av medel som utgörs av gåvokaraktär måste förtydligas. Av handboken framgår det att det krävs ett definierat start- och slutdatum, syfte och ansvar samt att det finnas ett skriftligt avtal för mottagande av medel. I avtalet ska det framgå krav på motprestation, belopp och tidsramar. Ett problem som noterats kopplat till detta är att det finns en mängd projekt som i praktiken utgör gåvor till forskning eller mer allmänna bidrag från stiftelser/organisationer till forskning. I dessa fall finns det ett tydligt syfte men det saknas i praktiken grund för att fastställa slutdatum. Dessutom saknas avtal och ofta sätts pengarna in på befintliga projektkonton som projektansvarig råder över. Hanteringen och redovisningen av projekt kan därmed variera väsentligt beroende på vilken typ av projekt det handlar om.

Otydligt angående ansvar och överskott

I ekonomihandboken framgår att det yttersta ansvaret för externfinansierade projekt åvilar respektive förvaltningschef/VD och inte respektive nämnd/styrelse vilka har det yttersta ansvaret för all verksamhet som förvaltningen/ bolaget bedriver. Hantering av överskott måste förtydligas i ekonomihandboken eftersom det i handboken först står att "Samtliga tillgångar tillfaller förvaltningen/bolaget efter att projekt avslutas om inte uppdragsgivaren gör anspråk på dem. Inga undantag finns." Sedan framkommer det att överskott ska hanteras enligt förvaltningens/bolagets regler. Otydligheten ligger i om begreppet tillgångar även innefattar likvida tillgångar såsom överskott. Med tanke på att det finns en kultur hos producenter att medlen mer eller mindre tillhör forskaren och att överskott bör genereras bör handboken förtydligas i frågan om överskott och då ha oegentlighetsaspekten i åtanke. Som exempel på hur stark denna kultur är kan nämnas att de projektkonton som överskott överförs till i vardagstal ofta benämns "morotskonton" hos Karolinska och att det i SLSO:s interna riktlinjer står uttryckligen att överskotten kan disponeras personligen.

Av landstingets ekonomihandbok framgår det vidare att externt finansierade projekt ska belastas med "skälig avgift" för administrativa kostnader.

Fullkostnadstäckning krävs inte

Detta har tolkats olika av producenterna. Antingen tas ingen avgift ut för administrativa kostnader i projekten eller en mycket låg avgift. Vilket innebär att den ordinarie verksamheten står för en del kostnader som borde belasta projekten/läkemedelsprövningarna. Det är därmed av vikt att landstinget på central nivå tydligt markerar sin ställning i frågan om det är försvarbart att skattemedel går till finansiering av bland annat läkemedelsprövningar. Nämnas kan att full kostnadstäckning är uttalat inom den statliga verksamheten¹.

Otydligt hur kostnader för resor etc. ska finansieras

I avtalen mellan SLL och läkemedelsföretag/medicintekniska företag² och i tillämpningsanvisningarna framgår det att läkemedelsföretagen aldrig får stå för mer än konferenskostnader och 50 procent av kostnaderna för resa, kost och logi. Resten ska verksamheten betala. Det har framkommit att de överskott som redovisas i olika projekt, främst från läkemedelsprövningar, används för att täcka de kostnader som ordinarie verksamheten ska stå för. Om denna hantering är i överrensstämmelse med avtalet och tillämpningsanvisningarna är oklart.

Projektsystemstöd saknas

Inom landstinget saknas ett bra systemstöd för projektredovisning. Ingen av producenterna har heller utvecklat något eget systemstöd. Avsaknaden av ett bra systemstöd innebär att en stor mängd information kring projekten måste hanteras manuellt, såsom dokumentation för upplägg av projekt, avtal, förlängning av projekt etc. En stor andel av kostnaderna i projekten är ofta personalkostnader och även för detta område saknas relevant systemstöd. Riskerna för att faktiskt nedlagd tid i projekten inte belastar projekten utan ordinarie verksamhet, får betraktas som högre mot bakgrund av att det saknas relevant systemstöd. En oegentlighetsrisk i sammanhanget är att projektansvarig oavsiktligt eller avsiktligt nyttjar ordinarie verksamhetens medel för att bedriva projektverksamheten. En annan risk är att det uppkommer omotiverat stora överskott i projekten som kan föranleda förmånsbeskattningskonsekvenser eller möjligen misstanke om muta/bestickning.

3.2 Generella iakttagelser för samtliga producenter

Skyddet mot oegentligheter i externfinansierade projekt bedöms ha brister hos samtliga producenter. Granskningen har däremot inte funnit några oegentligheter i form av rena stölder, bedrägerier och mutor/bestickning. Däremot innebär den bristande styrningen och uppföljningen samt svårig-

¹ I Avgiftsförordning (1992:191) 5§ framgår att huvudregeln är full kostnadstäckning samt i gemensamma regleringsbrevet för universitet och högskolor framgår det att även bidragsfinansierade projekt ska bära sina egna kostnader

² Avtal mellan Läkemedelsföretagen och SLL, Överenskommelse om samverkansformer mellan medicintekniska företag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården och Överenskommelse läkemedelsindustrin

heterna att få en tydlig överblick av projekten att det i vissa fall är svårt att avgöra om oegentligheter förekommer. Följande generella brister omfattar samtliga producenter i större eller mindre utsträckning.

**Riskbedömningarna
avseende
oegentligheter
behöver utvecklas**

Revisionen har observerat att risker för oegentligheter i externfinansierade projekt inte lyfts fram som något prioriterat område i nämndernas/styrelsernas dokumenterade riskbedömningar. Av reglemente och policy för intern kontroll inom SLL³ framgår att riskbedömningar bör omfatta perspektiven finansiell rapportering och regelverk. Inom dessa områden är bland annat oegentligheter och redovisning/hantering av externfinansierade projekt relevanta att beakta.

**Bristande styrning,
uppföljning och
kontroll**

Det saknas en tydlig enhetlig struktur och ett tydligt regelverk för styrning och uppföljning av ekonomin i projekten, liknande den som finns för styrning och uppföljning av de ordinarie verksamheterna. Det innebär att det saknas riktlinjer för hur budgetering och prognostisering skall gå till, enhetliga rapportmallar för uppföljning, struktur för möten där ansvariga chefer träffar respektive projektansvarig för uppföljning. Till stor del är det upp till projektansvarig och berörd controller att utveckla rutiner och samverkan för ekonomisk styrning och uppföljning av projekten. Det innebär en ojämn kvalitet i den styrning och uppföljning av projekten som sker från linjeorganisationen. Det sker inte heller någon strukturerad uppföljning beträffande vad överskott i projekt är hänförliga till när projekt avslutas.

**Budget eller prognos
upprättas inte**

Endast i ett fåtal projekt kräver finansiären någon form av återrapportering vad gäller ekonomin. Finansiären är således oftast delaktig i styrning av ekonomin endast i samband med formulering av uppdrag och avtal. Därefter kräver finansiären vanligen, men inte alltid, någon form av återrapportering gällande det verksamhetsmässiga resultatet av genomförd forskning/läkemedelsprövning. Budget framgår i de flesta avtalen för läkemedelsprövningar. För övriga projekt är det ovanligt att finansiär kräver någon form av detaljerad budget. Det är också ovanligt att verksamhetschef upprättar någon detaljerad budget i samråd med projektansvarig. Vidare är det ovanligt med en systematisk uppföljning och revidering av budgetar.

**Fullkostnadstäckning
gäller inte**

Det finns en snedfördelning mellan vilka kostnader som belastar verksamheten och externfinansierade projekt. Snedfördelning uppstår genom att administrativa kostnader i många fall inte belastar projekten på ett skäligt sätt men även på grund av att kostnader som är tillhöriga projekten ibland inte till fullo belastar projekten, såsom personalkostnader. I vissa fall saknas sådant påslag helt och i andra fall är påslagen väsentligt olika. Styrningen av medel mellan olika förvaltningar/bolag inom SLL och mellan SLL-förvaltningar/bolag och Karolinska Institutet (KI) förefaller ibland styras till enheter där det administrativa påslaget är lägst.

³ Sid. 4, 7 Policy och reglemente för intern kontroll LF 051213 (i policyn hänvisas till sid 22,28 Säkerhetspolicy LF 051213)

Överskott resultatförs inte

De regler för externfinansierade projekt som finns internt hos framförallt Karolinska, men även i viss omfattning hos SLSO och DS, kräver inte att överskott i avslutade projekt alltid skall tillföras den egna verksamheten om inte finansiären kräver återbetalning. I landstingets centrala ekonomi-handboken är det otydligt om huruvida överskott ska tillföras den egna verksamheten (se kapitel 3.1). Överskott kvarstår ofta hos producenterna som oförbrukade medel i balansräkningen och i vissa fall nyttjas till att täcka utgifter som inte ligger inom ramen för projektets ursprungliga syfte. Framförallt visar granskningen att det finns två skäl till att överskott till viss del medvetet skapas i projekten. För det första skapas en önskvärd buffert mellan åren för att kunna hantera kostnader för utbildning, konferenser, resor etc, som annars riskerar att inte kunna genomföras inom ramen för klinikens budget. För det andra kan överskott balanseras mellan åren på ett annat sätt jämfört med om överskotten resultatförs. Risk finns att överskott kan komma att betraktas som löneförmån eller möjligen muta, särskilt om överskotten är förhållandevis stora och det i praktiken till stor del är upp till projektansvarig att bedöma hur överskotten skall nyttjas.

Otydlig ansvarsfördelning

Det finns en kultur hos producenterna där medel som inkommer från externa finansiärer till projekten i praktiken anses tillhöriga projektansvarig. Medlen anses inte ha kommit producenten till del utan projektansvarigs insats och det är ofta till stor del en överenskommelse mellan finansiär och projektansvarig som ligger till grund för erhållna medel. Denna kultur är mer eller mindre framträdande hos producenterna och innebär att det är projektansvarig som till stor del i praktiken avgör vilka kostnader som skall belasta projekten. Däremot är det ofta verksamhetschef som attesterar kostnader men det förekommer även att tvåhandsprincipen frångås i och med att projektansvarig attesterar sitt projekts kostnader. Gränsen för verksamhetschefs ansvar och projektansvarigs ansvar är otydligt, då det inte klart framgår av delegationsordningar vem som har ansvaret för styrningen och uppföljningen av ekonomin i projekten.

Utbildningsbehov föreligger

Kunskapen om centrala styrdokument inom SLL varierar. Få personer utöver ekonomichefer eller redovisningschefer känner till regler för externfinansierade projekt enligt SLL:s ekonomihandbok. Centrala överenskommelser med läkemedelsföretag och medicintekniska företag såsom regler för resor, representation, konferenser är relativt kända på samtliga nivåer. Projektansvariga känner ofta inte till för redovisning och hantering av externfinansierade projekt utan hänvisar till sin controller.

Kontroll över inköpt utrustning är svag

Datorer som inköpts med projektmedel kostnadsförs i många fall direkt, vilket inte är förenligt med SLL:s ekonomihandbok. Enligt ekonomihandboken skall alla datorer aktiveras i balansräkningen. Det är väsentlig att producenterna har kontroll över inköpt utrustning i projekten och att utrustningen tillfaller verksamheten när projekten avslutas. Det har även framkommit att en del datorer köpts in till projekten direkt från IT-företag, vilket inte är förenligt med SLL:s regelverk då ramavtal har frångåtts. Sammantaget innebär det att kontrollen över utrustning som köps in till projekten är svag.

**Rapporter är
svårtolkade och
erhålls sporadiskt**

Ett antal projektansvariga har visat sig ha vag uppfattning om vilka resurser som finns i projekt som man ansvarar för och vilka utgifter och inkomster som redovisas i projekten. De ekonomiska rapporter som projektansvarig erhåller upplevs ofta som svåra att läsa. Vissa projektansvariga har uppgett att de inte får några rapporter över ekonomin i projekten under en lång tid och ibland inte överhuvudtaget.

**Bristande styrning
och uppföljning**

Otydligt ansvarsfördelning och svag styrning och uppföljning av ekonomin i projekten innebär väsentliga brister ur internkontrollsynpunkt och ökar riskerna för fel och oegentligheter i projekten. Det skall även noteras att projektansvarigs och verksamhetschefs kontroll över projekten varierar väsentligt. Denna kontroll bedöms till stora delar vara personberoende, inte minst beroende på enskilda controllers och projektansvarigs intresse för projekten och dess redovisning, och inte ett resultat av en tydlig styrning från respektive enhet.

Kontrollen är svag

Kraven är relativt omfattande för att få starta ett projekt, bland annat vad gäller krav på avtal, angivande av projekttid, krav på attest från ansvarig verksamhetschef etc. Reglerna kringgås dock i flera fall hos producenterna genom att nya medel tillförs befintliga projekt, vilket visar på att kontrollen är svag. Detta gör att det blir svårt att bedöma om gällande regelverk och riktlinjer⁴ efterlevs och att bedöma det ekonomiska resultatet för respektive ersättning som erhållits.

Transparens saknas

Många gånger är det svårt för en utomstående att bedöma i vilken omfattning de leverantörsfakturor som bokförs i projekten är rörelsegilla. Detta beror bland annat på att det är svårt att bedöma vilka kostnader och vilka aktiviteter en viss forskningsinsats kräver, då inga budgetar eller prognoser upprättas, men även på grund av att informationen som framgår på fakturorna ofta är bristfällig. Den interna kontrollen försvagas av att detaljerade budgetar med kontinuerligt dokumenterade uppföljningar från linjeorganisationen saknas.

Revisionen anser att redovisningen av projekt ska vara enhetlig och transparent så att även en utomstående kan få insyn i ett projekt och kunna stämna av det. Huvudregeln bör vara att ett bidrag eller en ersättning från en finansiär skall generera ett projekt och inte tillföras redan befintliga projekt och att budgetar/prognoser bör upprättas för att underlätta uppföljning. Användande av ett projektredovisningssystem underlättar för förvaltningarna/bolagen att stärka den interna kontrollen av externt finansierade projekt och därmed skyddet mot oegentligheter.

⁴ Regelverk och riktlinjer som avses är god redovisningssed, SLL:s ekonomihandbok och producenternas egna.

4. Resultat av granskningen för respektive producent

4.1 Karolinska Universitetssjukhuset

Inom Karolinska bedrivs omfattande projektverksamhet. Per den 30 september 2009 uppgick antalet projekt till ca 1 100 st och oförbrukade medel för projekten uppgick till ca 230 miljoner kronor. År 2008 uppgick Karolinskas balansomslutning till 5 600 miljoner kronor och oförbrukade medel avseende projekt till 223 miljoner kronor vilket innebär att projektverksamheten utgör ca fyra procent av balansomslutningen.

Riskbedömningar avseende oegentligheter bör utvecklas

Karolinskas dokumenterade riskbedömningar i internkontrollplanen utgår främst från mål och strategier. Enligt SLL:s internkontrollpolicy, internkontrollreglemente och säkerhetspolicy skall nämndernas/styrelsernas riskbedömningar även omfatta området oegentligheter. Av internkontrollplanen framgår dock inte Karolinskas egna dokumenterade riskbedömningar kopplade till området oegentligheter eller externfinansierade projekt på ett tydligt sätt. En del av internkontrollplanen är revisionens rekommendationer från tidigare år. Av dessa framgår noteringar och rekommendationer som bland annat omfattar brister vad gäller hanteringen av externfinansierade projekt. Styrelsen bör utveckla sina riskbedömningar kring området oegentligheter, inkluderande externfinansierade projekt. Vidare bör styrelsen besluta om regelverk kring hantering av externfinansierade projekt. Riktlinjer finns framtagna av redovisningsenheten och till delar av divisionerna.

Överskott resultatförs ej

Det är vanligt förekommande att överskott i projekt, främst läkemedelsprojekt, överförs till så kallade särskilda projektkonton eller liknande och att dessa projektkonton till stor del är upp till projektansvarig att använda. Vanligen bokförs kostnader för utbildning, konferenser och fortsatt forskning mot dessa överskott som Karolinska inte bekostar inom ramen för klinikens ordinarie budget. Revisionen anser att kan finnas en risk för att överskotten kan komma att betraktas som en löneförmån eller muta. Särskilt i de fall som överskotten är stora och det i praktiken ofta är upp till projektansvarige att bedöma hur överskotten skall användas.

Inte enhetlig hantering av överskott inom sjukhuset

Det föreligger otydligheter beträffande hur överskott i läkemedelsprojekt skall hanteras inom Karolinska. Regelverk för denna hantering finns på olika nivåer och därmed blir det ingen enhetlig hantering inom sjukhuset. Vissa lokala regelverk på divisionsnivå avviker från Karolinskas interna regelverk som utarbetats av redovisningssektionen. Revisionen anser att rutiner för uppföljning och kontroll av efterlevnad av dessa interna regelverk är bristfällig inom sjukhuset. Inom Karolinska är uppfattningen på alla nivåer att överskott i avslutade projekt som överförs till dessa så kallade särskilda projektkonton måste få förekomma (benämns inom Karolinska ibland som "morotskonton"). Detta för att tillräckliga incitament skall skapas för forskningen men också för att uppnå konkurrenskraft mot andra

forsknings sjukhus. Även inom Karolinska Trial Alliances⁵ riktlinjer framgår att ett visst påslag skall påföras vid läkemedelsprövningar som efter avslutat projektgenomförande skall överföras till särskilda projektkonton. Otydligheten, den oenhetliga hanteringen inom sjukhuset är en brist.

Bristande styrning och uppföljning

Vid Karolinska startas det inte upp ett nytt projekt för varje erhållet bidrag eller ersättningar. Detta innebär att det är svårt att bedöma om projekten hanteras i enlighet med gällande regelverk. Det är även svårt att följa upp resultatet för varje bidrag/ersättning och därmed är det svårt att bedöma om det föreligger under- eller överskott när kostnaderna inte kopplas till respektive finansiering. De omfattande krav som ställs för att starta nytt projekt vid mottagande av bidrag/ersättning kringgås på detta sätt. Det är otydligt i vilka fall det kan vara tillåtet att tillföra medel från olika finansierare i samma projekt, eller medel från samma finansierare vid olika tillfällen.

Bristande kontroll

Forskarnas anknytning till Karolinska respektive KI är många gånger flytande. Forskare kan vara anställda under olika perioder hos Karolinska respektive KI och därmed vara projektansvariga för projekt vid både Karolinska och KI för samma typ av forskning och bedömer ofta själv vilka kostnader som skall belasta vilket projekt. Därmed förekommer relativt omfattande fakturering mellan projekt vid KI respektive Karolinska. Kontrollen av dessa kostnader är bristfällig från linjeorganisationen och det är svårt att bedöma i vilken omfattning relevanta kostnader belastat respektive projekt.

Oberoende kontroll bör utvecklas

Det är oftast verksamhetschef som attesterar kostnadsfakturer i projekten. Därmed finns en "oberoende" kontroll avseende vilka kostnader som belastar projektet. I vissa fall har dock projektansvarig attestträtt på sitt projekt och då signerar underställd person fakturan elektroniskt tillsammans med projektansvarig. I dessa fall saknas kontroll av fakturan från person som är oberoende från projektet. Mot bakgrund av att styrningen och uppföljningen av projekten är mer bristfällig än styrningen och uppföljningen av övrig verksamhet bör kontroller utvecklas i syfte att stärka den interna kontrollen. En sådan förstärkning skulle kunna vara att projektansvarig inte har attestträtt på sina projekt utan överordnad chef i linjeorganisationen har attestträtten. I de fall fakturer hanteras manuellt har i enstaka fall tvåhandsprincipen frångåtts. Det har även framkommit att kostnader som avser kurser och konferenser i vissa fall saknar tydliga uppgifter rörande deltagare och syfte med genomförd aktivitet. Dessutom saknas register över inköpt utrustning som sker direkt till projekten och datorer kostnadsförs trots att det enligt SLL:s ekonomihandbok framgår att datorer ska aktiveras som anläggningstillgång. Datorer har även köpts in direkt från IT-företag.

⁵ Karolinska Trial Alliance är ett kunskaps- och resurscentrum för rådgivning, utbildning och information kring klinisk prövningsverksamhet vid Karolinska Universitetssjukhuset

**Full
kostnadstäckning
tillämpas inte**

Det har framkommit att beslutat påslag om fem procent⁶ (läkemedelsprovning) respektive sju procent (övriga externa forskningsprojekt) för administrativa kostnader i vissa fall inte belastar projekten. Vanligen beror detta på att Karolinskas påslag sker i samband med fakturering av projektmedel. Om finansjär gör inbetalning utan faktura som underlag, saknas som regel administrativ påslag. Detta tyder på att kontrollen av att alla projekt belastas med relevanta påslag är bristfällig. Det har även framkommit att kopplingen av administrativt påslag till faktiska kostnader för administrativ hantering ofta är svag, till exempel har läkemedelsprovningar ett lägre administrativt påslag än övriga externfinansierade projekt. Vidare har det framkommit att skillnaden i påslag mellan olika enheter inom SLL och framförallt mellan Karolinska och KI innebär att det finns en viss styrning av medel till Karolinska eftersom nivån på påslaget är betydligt lägre. Eftersom projektansvarig i många fall har projekt på såväl Karolinska som KI är det ofta upp till projektansvarig att bestämma var medlen skall inbetalas.

Bristande kontroll

Kontrollen över vilken tid som utförs från klinik till projekt är i vissa fall bristfällig eftersom tidredovisning saknas. Det är till stor del endast projektansvarig som gör bedömningar av arbetad tid som skall omföras från klinik till projekt. För personal som har en fast tjänstgöringsgrad i visst projekt är detta sällan något problem. I många projekt nyttjas dock personal från klinik i projekten, vilket innebär att deras tid måste omföras till projekten. Dessa omföringar är sällan attesterade av ansvarig verksamhetschef. Risker föreligger här att projekten inte belastas med sin del av personalkostnaderna.

**Rapporter är
svårtolkade och
erhålls sporadisk**

Den ekonomiska rapportering som projektansvariga erhåller för kontroll och uppföljning av projekten varierar väsentligt vad gäller kvalitet. Det saknas en enhetlig struktur inom sjukhuset för hur denna uppföljning skall ske. Flera projektansvariga anger att de aldrig eller sporadiskt får rapporter över projektets ekonomi. Dessutom upplevs dessa rapporter många gånger som svåra att tolka och stämma av. Kontrollen över ekonomin är därför i flera fall undermålig. Bristerna i styrningen och uppföljningen av projekten innebär ökad risk för oegentligheter, eftersom det varken finns krav på att alla projekt ska upprätta budgetar/prognoser eller att ansvarig chef skall styra och följa upp projekten på likartat sätt som för övrig verksamhet inom sjukhuset.

**Bristande styrning
och uppföljning**

Dessa iakttagelser och brister visar på att Karolinska Universitetssjukhuset behöver förbättra sitt skydd mot oegentligheter och hantering av externfinansierade projekt.

4.2 Danderyds sjukhus AB

DS hade per den 30 september 2009 totalt 157 st projekt som tillsammans uppgick till 13 miljoner kronor i oförbrukade medel. I årsredovisningen

⁶ 2009-12-11 (Kshd 27/2009) beslutade sjukhusdirektören vid Karolinska att 10 procent ska tas ut som overheadkostnader för kliniska provningar

2008 uppgick DS balansomslutning till 960 miljoner kronor och 16 miljoner avsåg oförbrukade medel vilket innebär att projektverksamheten utgjorde ca två procent av balansomslutningen.

Riskbedömningar omfattar ej oegentligheter

Riskbedömningar för oegentligheter och externfinansierade projekt har inte fastställts på styrelsenivå och det har heller inte framkommit några sådana dokumenterade bedömningar på annan nivå i organisationen. Därmed följs inte SLL:s reglemente och policy för intern kontroll.

Otydlig ansvarsfördelning

Varken i DS delegationsordning eller i andra interna regler och riktlinjer framgår det klart vem som har ansvaret för styrning, uppföljning och kontroll av projekten. Vid intervjuer har det framkommit att det i praktiken är projektansvarig som har ansvaret. Vidare har projektansvarig bristfällig kännedom om de regler och riktlinjer som gäller för bedrivande av projekt. Endast attest- och delegationsbestämmelser samt reglementen/policys rörande resor och representation förefaller vara väl kända. Däremot framkommer det i DS interna regler och riktlinjer att ett administrativt påslag på 10 procent ska tas ut av projekten vilket granskningen har visat att så även sker.

Utbildningsbehov föreligger

Tvåhandsprincipen frångås

Attest av kostnadsfakturor i projekten sker oftast av verksamhetschef. I och med detta finns en kontroll från annan person än projektansvarig avseende vilka kostnader som belastar projektet. Avvikelser från attest- och delegationsreglementen har framkommit, då attest av vissa kostnader har utförts av projektansvarig istället för verksamhetschefer och därmed har tvåhandsprincipen frångåtts. Dessa iakttagelser visar på att det finns brister i den interna kontrollen av externfinansierade projekt.

Rapporter är svårtolkade och erhålls sporadiskt

Den finansiella rapportering som projektansvariga erhåller för uppföljning och kontroll av projekten anses av flera projektansvariga inte vara ändamålsenlig. Flera projektansvariga har dessutom angett att de endast sporadiskt erhåller rapporter över projektets ekonomi, och att dessa rapporter är svåra att tolka och inte går att stämma av mot kostnader på ett effektivt sätt. Omfattningen av kontrollen över ekonomin är därför i flera fall svår att verifiera. Det är en brist att detaljerade budgetar eller prognoser inte finns vilket gör att det blir svårt att göra uppföljningar för ansvarig chef. I dagsläget är det en svagare styrning och uppföljning av externfinansierade projekt än för övrig verksamhet inom sjukhuset.

Budget eller prognos upprättas inte

Överskott resultatförs inte

Det förekommer särskilda projektkonton där överskott i avslutade projekt ackumuleras för framtida forskningsändamål, resor och konferenser. Kontrollen över dessa konton är bristfällig och kan öka risken för oegentligheter då det ofta är upp till projektansvarig att bestämma vad medlen ska användas till.

Kontrollen avseende efterlevnad av regler för dokumentation av resor, konferenser och representation är svag då det för samtliga granskade underlag har saknats uppgift om syfte med aktiviteten och program inte har bifogats. Detta strider även mot DS interna riktlinjer. Vidare har det kommit fram att inköpt utrustning i projekten, ofta datautrustning, inte registreras i sjukhu-

sets anläggningsregister eller inventarieregister. Även detta strider mot DS interna regler och riktlinjer.

Bilden av Danderyds sjukhus AB är att det finns områden som bör stärkas för att skyddet mot oegentligheter ska vara tillfredsställande.

4.3 S:t Eriks ögonsjukhus AB

S:t Eriks hade per den 30 september 2009 totalt 32 st projekt som tillsammans uppgick till 3,7 miljoner kronor i oförbrukade medel. I årsredovisningen 2008 uppgick S:t Eriks balansomslutning till 146 miljoner kronor och 4,5 miljoner avsåg pågående projekt vilket innebär att projekt utgjorde ca tre procent av balansomslutningen.

Riskbedömningar saknas

För år 2009 finns ingen riskanalys framtagen vid S:t Erik och den interna kontrollplanen behandlar inte risker för oegentligheter och externfinansierade projekt. Det innebär att S:t Erik inte följer SLL:s reglemente och policy för intern kontroll.

Internt regelverk saknas

Det finns inga internt beslutade regelverk eller riktlinjer för hantering av externfinansierade projekt. Detta är en brist då ett behov finns eftersom hanteringen av projekt inte är enhetlig inom sjukhuset och ansvarsfördelningen är otydlig. Vid granskningen har det följaktligen framkommit att skyddet mot oegentligheter kan förstärkas när det gäller externfinansierade projekt.

Otydlig ansvarsfördelning

Otydlig transparens

Det har framkommit att finansiering i vissa projekt har inkommit vid olika tillfällen från samma eller olika finansiärer. I en del av dessa startades det inte upp ett nytt projekt för varje nytt erhållit bidrag/ersättning. Det innebär att uppföljning försvåras avseende om bidraget/ersättningen resulterat i ett över- eller underskott eftersom kostnader och intäkter inte är lätta att matcha mot varandra. Vad avser alla aktiverade inventarier lyfter bolaget ut dessa ur varje enskilt projekt och redovisas på ett separat projektnummer. Därmed kommer inte kostnader för avskrivningar finnas med i ordinarie projekt utan endast i det separata projektet för aktiverade inventarier. Bolagets lösning är ett försök att hantera ett komplicerat problem men fungerar inte fullt ut då genomsynligheten försvåras. Risken är att det inte går att följa upp resultatet för det enskilda bidraget/ersättningen och att det är svårt att i andra avseenden följa upp efterlevnaden av de regelverk som finns kring externfinansierade projekt.

Rapporter är svårtolkade och erhålls sporadiskt

Uppföljning av projekten vilar på projektansvariga. Några av projektansvariga uppger att de tillfälligt får rapporter över projektets ekonomi och att dessa rapporter är svåra att läsa och stämma av mot kostnader hänförliga till projektet. Därmed är kontrollen över ekonomin i flera fall bristfällig. Idag finns det inga krav på att budget eller prognos ska upprättas för projekten vilket ytterligare försvårar uppföljningen.

Tvåhandsprincipen frångås Attest av leverantörsfakturor görs i många fall av klinikchef och därmed finns det en "oberoende" kontroll av vilka kostnader som belastar projektet. Detta förfarande är emellertid inte genomgående för samtliga granskade projekt. Därmed är inte tvåhandsprincipen fullt ut gällande på sjukhuset.

Fullkostnadstäckning tillämpas inte Inom S:t Erik finns det i viss grad en utbredd syn att medel som inkommit från externfinansiering inte omfattas av samma regelverk som gäller för medel som kommer från verksamheten. Administrativa kostnader belastar inte projektet. Det medför att verksamheten får stå för en del av projektets kostnader vilket inte är förenligt med SLL:s centrala riktlinjer i ekonomihandboken. Vidare har det framkommit att det är flera projekt som inte belastas med några personalkostnader. För projekt som avser läkemedelsprövningar är detta vanligt förekommande. Dessa projekt belastas oftast endast med kostnader som avser resor och konferensen, kostnader som inte har någon direkt koppling till projektet.

Kontrollen över vilken tid som ska utföras från klinik till projekt är bristfällig och det är upp till projektansvarig att göra bedömningar av vilken tid som ska utföras och se till att så sker. Detta innebär att idag betalar ordinarie verksamheten en del av externfinansierade forskningen och läkemedelsprövningen.

Brister i dokumentationen Projektavtal har till en del varit bristfälligt utformade och i vissa fall saknats helt vilket tyder på brister i ordning och reda. Vidare har det framkommit att dokumentationen i vissa fall är bristfällig till exempel när ett projekt byter projektansvarig saknas formellt beslut.

Bristande kontroll Granskningen har även visat att kostnader som avser resor, konferenser och representation i vissa fall saknar tydliga uppgifter om antal deltagare och syfte med aktiviteten. Det har även framkommit att annan resebyrå än SLL:s resebyråtjänst har använts upprepade gånger.

Iakttagelserna som framkommit avseende projekthantering inom S:t Eriks ögonsjukhus AB bedöms innebära ökad risk för brister i skyddet mot oegentligheter.

4.4 Stockholms läns sjukvårdsområde

SLSO bedriver omfattande projektverksamhet och per den 30 september 2009 hade SLSO ca 330 st projekt som totalt uppgick till ca 120 miljoner kronor i oförbrukade medel. I årsredovisningen 2008 uppgick SLSO:s balansomslutning till 1 705 miljoner kronor och 123 miljoner avsåg oförbrukade medel vilket innebär att projekt utgjorde ca sju procent av balansomslutningen. I relation till sjukhusen som har en förhållandevis omfattande balansomslutning kan denna jämförelse visa sig något missvisande.

Riskbedömningar tar inte upp externfinansierade projekt

SLSO har en dokumenterad risk- och väsentlighetsanalys som är beslutad av styrelsen. Detta dokument innehåller vissa oegentlighetsaspekter, såsom otillåtna bisysslor och kontakter med läkemedelsindustrin och övriga leverantörer. Däremot innehåller den ingen uttrycklig riskbedömning av området externfinansierade projekt.

Otydlig ansvarsfördelning

I SLSO:s delegationsordning tas det endast upp vem som ingår avtal rörande klinisk läkemedelsprövning. I övrigt framgår det inte vad som gäller för bedrivande av projekt såsom ansvarsfrågan gällande styrning, uppföljning och kontroll av projekten.

Fullkostnadstäckning uppfylls inte

Styrelsen har inte beslutat om några särskilda regelverk kring hanteringen av externfinansierade projekt. Riktlinjer och regler finns framtagna av redovisningsenheten. För närvarande har SLSO inget krav på full kostnadstäckning i externfinansierade projekt då det i deras interna riktlinjer och regler inte framgår att projekt ska belastas med administrativa påslag eller andra påslag. Det finns därmed en risk för att verksamheten får stå för kostnader som borde belasta projekten eftersom inga administrativa kostnader tas ut. Detta förfarande är inte är förenligt med SLL:s centrala riktlinjer.

Överskott resultatförs inte

Ett område som bedöms vara otydligt är SLSO:s riktlinjer för tillämpning av KI/SLL:s avtal med läkemedelsindustrin. I SLSO:s riktlinjer⁷ framgår följande: "... överskjutande ersättning skall sättas in på vederbörandes KI-konto eller utbildningskonto. Hela arvudet får disponeras personligen för av KI/verksamhetschefen godkända aktiviteter (forskning, utbildning och kompetensutveckling etc)." Otydligheten bedöms främst föreligga i att ledningen vid intervjuer angett att det inte finns några undantag till att överskott i avslutade projekt skall tillföras verksamheten. Medan det i riktlinjerna kan uppfattas som att överskott får disponeras personligen av projektansvarige till forskning, utbildning och kompetensutveckling.

Bristande styrning, kontroll och uppföljning

Det startas inte upp ett nytt projekt för varje mottaget bidrag. Detta innebär att det är svårt att bedöma om dessa projekt hanteras i enlighet med gällande regelverk. Vidare är det svårt att bedöma om det föreligger under- eller överskott för ersättningar som erhålls eftersom kostnaderna inte kopplas till respektive finansiering. Det har även framkommit att intäkter (SLSO:s utbildningsintäkter i egen regi) som är hänförliga till ordinarie verksamheten till delar har redovisats som ersättningar under ett särskilt projektkonto, såsom om det varit intäkter avseende externfinansierade projekt. Dessa medel har inte använts till ordinarie verksamheten utan till bland annat konferenser och resor. Omfattningen är inte stor beloppsmässigt men visar på bristande kontroll.

Forskarnas anknytning till KI respektive SLSO är i vissa fall flytande. Projektansvarig kan ha olika projektkonton hos KI respektive SLSO för samma typ av forskning och bedömer ofta själv vilka kostnader som skall

⁷ Sid. 2 Riktlinjer för samverkan med läkemedelsindustrin – SLSO:s tillämpning av KI/SLL:s avtal med LIF

belasta visst projekt. Därmed förekommer relativt omfattande fakturering mellan projekt vid KI respektive SLSO. Kontrollen av dessa kostnader är bristfällig från linjeorganisationen och det är svårt att bedöma i vilken omfattning relevanta kostnader belastat respektive projekt.

Rapporter upplevs som svårtolkade

SLSO tillhandahåller ekonomisk uppföljning av huvudboken via intranätet. Detta innebär att projekten kan följas upp av projektansvariga kontinuerligt. Granskningen visar dock att ett antal projektansvariga inte använder systemet och även att några upplever att informationen är svår att tolka och att göra avstämningar mot. Ett utbildningsbehov finns därmed. Enligt SLSO:s anvisningar för budget år 2009 framgår att budget skall upprättas för projekten. För ca 70 procent av projekten saknas ändå budget. Detta försämrar möjligheterna till styrning och uppföljning avsevärt för verksamhetschefer och övrig ledning i linjen. Kontrollen över projektens ekonomi är därför i vissa fall undermålig.

Budget eller prognos upprättas inte

Bristande dokumentation

I vissa fall saknas avtal och uppgifter om projekten i den centrala dokumentationen vid redovisningsenheten. Det har även konstaterats att det för vissa projekt i redovisningssystemet saknas angiven projektansvarig och uppgifter om projektstart och planerat projektavslut. Bristerna gällande avtalshantering gäller främst äldre projekt men även i de fall nya medel anvisas till gamla projekt. För "Miltonprojekten"⁸ uppgår ackumulerade skuldsaldot till över 16 mkr och för dessa ca 25 projekt saknas en samlad central dokumentation kring projekten. Det saknas också tydliga budgetar för hur dessa medel i fortsättningen skall användas centralt inom SLSO. Under år 2009 har redovisningsenheten skickat ut begäran till controllers om komplettering av projektsansvariga för de projekt där uppgift om sådana saknas centralt inom SLSO.

Oberoende kontroll bör utvecklas

Det är oftast verksamhetschef som attesterar kostnadsfakturer i projekten och därmed finns det en "oberoende" kontroll avseende vilka kostnader som belastar projekten. I vissa fall har dock projektansvarig attestträtt på sitt eget projekt. Även om annan underställd person signerar fakturan elektroniskt tillsammans med projektansvarig saknas en kontroll av fakturan från person som är oberoende från projektet. Mot bakgrund av att styrningen och uppföljningen av projekten är mer bristfällig än styrning och uppföljning av övrig verksamhet bör kontroller utvecklas i syfte att stärka den interna kontrollen. En sådan förstärkning skulle kunna vara att projektansvarig inte har attestträtt på sina projekt utan projektansvarigs överordnad i linjen attesterar fakturer i projekten. Vid SLSO har brister även framkommit gällande dokumentation av syfte och deltagare för genomförd representation och resor. Det saknas även register över inköpt utrustning som sker direkt i projekten. All utrustning som köpts in av externa projektmedel har kostnadsförts direkt, även datorer. Detta strider mot SLL:s ekonomihandbok.

⁸ Miltonprojekt - år 2005 beslutade riksdagen om en satsning inom psykiatrin och socialtjänsten genom att tillskjuta särskilda medel

Stockholms läns sjukvårdsområde är den producent som har någon form av riskbedömning som berör området oegentligheter. Ändå har många brister framkommit som visar på att skyddet mot oegentligheter bör stärkas.