

Rubrik
**Rutin för arbete med
internkontroll**

Dokumenttyp
Instruktion

Gäller from Giltigt t o m
2022-xx-xx 2023-xx-xx

Sida:

Författare
Patrick Lindén

Faktaägare

1 (3)

Gäller för (enhet)
**Centralsjukhuset
Kristianstad; Ledning och
stab Kristianstad**

Utskrivet dokument gäller inte som original!

Version:

Rutin för arbete med internkontroll Sjukhusstyrelse Kristianstad

Utgångspunkt

Utgångspunkten för internkontrollen är Region Skånes verksamhetsplan och budget samt de rutinorienterade administrativa kontrollerna. Tillsammans med instruktioner och reglemente från Regionstyrelsen utgör detta ramen för internkontrollen.

Internkontrollplan

Utbildning i vad intern kontroll är, vad vi styrs av och hur intern kontrollen ser ut i Region Skåne erbjöds sjukhusstyrelse och stab våren 2020. Utbildningen innehåller både teori och praktik.

En arbetsgrupp, som består av personer med övergripande insyn i de olika områdena, gör en riskinventering med syfte att identifiera de hot som kan komma att hindra oss från att nå våra mål eller hindra oss från att följa avtal, regler och lagar. För att minimera eller eliminera att riskerna infrias skyddas organisationen genom olika parallella processer som exempelvis avvikelshantering, rutiner, egenkontroller, budget och uppföljningsprocess. Däremot är inte alla dessa rutiner och kontroller dokumenterade i internkontrollplanen. Arbetsgruppens sammansättning gör att risker från dessa parallella processer fångas upp i det löpande arbetet och vid behov inkluderas i internkontrollplanen.

Ett arbetsmaterial, en så kallad bruttolista, tas fram där de risker som har diskuterats tas med. Processer, rutiner och arbetsmoment där det under året inte förekommit stora avvikelser eller där rutiner för hantering av avvikelser redan är väletablerade tas inte med i bruttolistan då det administrativt skulle innebära en för stor arbetsinsats utan att skapa något värde. Risker som tas med i bruttolistan är de som under inventeringen bedöms behöver undersökas och diskuteras ytterligare.

Arbetsgruppen går även igenom och riskbedömer de gemensamma administrativa kontrollerna på samma sätt. De moment som enligt riskbedömningen ska åtgärdas lyfts över i bruttolistan.

Utiifrån bruttolistan går arbetsgruppen igenom vilka åtgärder som redan finns idag för att minska riskerna. Därefter görs en första grov riskanalys enligt modellen i instruktionen där både risken och befintliga rutiner/åtgärder/processer vägs in i bedömningen. Riskbedömningen används sedan för att bedöma om det behövs någon åtgärd i internkontrollplanen för att minimera eller eliminera risken.

Utkast till bruttolista och utkast till internkontrollplan presenteras sedan för sjukhusstyrelsen. Vid behov kompletteras bruttolistan och/eller internkontrollplanen med ytterligare risker som framkommer i detta forum. Politik och stab gör därefter en gemensam riskanalys enligt instruktionerna där sannolikhet och konsekvens bedöms. Eftersom alla deltagare representerar olika kompetenser förs sedan en diskussion kring riskbedömningen, befintliga processer och annan information som kan påverka bedömningen. Därefter tas beslut om riskbedömningen som leder fram till de slutliga riskpoäng varje risk får.

Arbetsgruppen utser sedan riskägare till varje risk som gör bedömning för respektive risk om det ska bli en åtgärd i internkontrollplanen, om risken accepteras eller om det redan finns åtgärder och kontroller som hanterar risken.

För de risker som tas med i internkontrollplanen formulerar arbetsgruppen en eller flera konkreta åtgärder som de tror ger störst effekt på att minska risken vilket leder till förbättrade förutsättningar att nå målet. Arbetsgruppen tar vid behov även hjälp av den/de personer som är mest insatta i området för att ta fram en lämplig åtgärd. Beskrivning för hur åtgärden ska genomföras, hur ofta den ska följas upp eller utföras, vem som utför det och hur ofta resultatet ska presenteras för nämnden läggs in i internkontrollplanen.

Internkontrollplanen presenteras därefter för styrelsen igen som eventuellt gör justeringar och därefter tas beslut om internkontrollplanen.

Uppföljning av internkontrollplanen

Uppföljning av åtgärder och resultat sker i den omfattning och vid de tidpunkter som fastställs i planen, dock vid minst två tillfällen per år i samband med delårsrapport och årsredovisning. Vid uppföljningstillfällena görs en utvärdering av beskrivna åtgärder för att bedöma om utfallet av åtgärderna genomförts, blivit som man tänkt sig eller om åtgärden behöver justeras eller kompletteras med eventuella fler åtgärder för att leda till minskad eller eliminerad risk och föra oss närmre målen. Uppföljningen ska också vid behov innehålla förslag på nya åtgärder för förbättring och en förnyad riskbedömning för de obligatoriska kontrollområdena, inklusive de särskilda verksamhetsanpassade kontrollområdena.

Vid eventuella avvikelser ska dessa kommuniceras i linjeorganisationen och åtgärder vidtas samt vid behov eller förändrad riskbedömning sker återrapportering till Sjukhusstyrelse Kristianstad.

Rutinorienterade administrativa kontroller och GSF kundplan

De rutinorienterade administrativa kontrollerna utförs av GSF och återkopplas i en separat rapport. Samtliga risker i GSFs kundplan riskbedöms av arbetsgruppen vid framtagande av ett utkast till internkontrollplanen. De risker som enligt riskbedömningen behöver åtgärdas lyfts in i internkontrollplanen och följer sedan samma rutin som riskerna mot målen. Utifrån GFS kontroller och rapport för de gemensamma administrativa riskerna tillsätts åtgärder vid behov beroende på utfallet av kontrollerna. Beroende på vilken kontroll som avses är ekonomichef, HR-chef eller verksamhetsutvecklare ansvarig för att ta emot utfallet och tillsätta nödvändiga åtgärder utifrån den rapport som lämnas.