

## Anpassade riktlinjer för intern kontroll inom Patientnämndens ansvarsområde 2021

Fastställs av Patientnämnden, 2020-12-10

Dnr 2020-113A

### Inledning

I regionfullmäktiges reglemente för intern kontroll anges att nämnder och styrelser har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde samt på vilket sätt uppföljning ska ske. Nämnderna/styrelserna ska upprätta en egen organisation för den interna kontrollen samt anta anpassade riktlinjer för nämndens eller styrelsens verksamhet. Ansvaret specificeras i regionstyrelsens riktlinjer för intern kontroll där den gemensamma modellen för arbetet med internkontroll i Region Västerbotten fastställs.

### Syfte

Syftet med dokumentet är att tydliggöra patientnämndens organisation för intern kontroll, samt hur planering, uppföljning och rapportering av det interna kontrollarbetet ska ske.

I de anpassade riktlinjerna förtydligas ansvarsfördelning och roller i nämndens arbete med intern kontroll. De anpassade riktlinjerna anger hur riskanalys och internkontrollplan ska utformas, beskriver arbetssätt för framtagande av underlag till riskanalys i patientnämnden, och specificerar krav som ställs på kontrollaktiviteter och former för rapportering av resultat.

### Definition

Intern kontroll handlar om ordning och reda och att nämnden på en rimlig nivå ska kunna säkerställa:

- att verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt
- att informationen om verksamheten och den finansiella rapporteringen är tillförlitlig
- att lagar, regler och riktlinjer följs

Det görs genom att möjliga risker beskrivs, bedöms och förebyggs på lämpligt sätt.

### Ansvar och befogenheter

#### Patientnämnden

Patientnämnden har det yttersta ansvaret att säkerställa en god intern kontroll inom sin verksamhet. Ansvaret innebär förutom att anta anpassade riktlinjer för hur den egna interna kontrollen ska organiseras även att:

- genomföra riskanalys enligt modell beskriven i regionstyrelsens riktlinjer,
- fastställa årlig internkontrollplan för patientnämndens verksamhet,

- styra och löpande följa upp det interna kontrollsystemet inom patientnämndens verksamhet enligt den modell som anges i regionstyrelsens riktlinjer,
- minst i samband med årsrapportens upprättande rapportera till regionstyrelsen om resultat av uppföljning av den interna kontrollen
- aktivt vidta åtgärder när brister i verksamheten eller i det interna kontrollsystemet uppmärksammas

#### Regiondirektören

Regiondirektören ansvarar för att en god intern kontroll upprätthålls samt att det finns en organisation för en god intern kontroll.

Ansvarer innebär att svara för att ett enhetligt arbetssätt för intern kontroll tillämpas inom Region Västerbotten, att med rimlig grad säkerställa att alla verksamheter följer riktlinjer för intern kontroll och att återrapportering sker när så inte är fallet.

Regiondirektören ska årligen rapportera till styrelsen och ge en bedömning och analys av Region Västerbottens samlade system för intern kontroll samt i förekommande fall föreslå åtgärder för förbättring. Brott eller allvarligare brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till regionstyrelsen.

#### Förvaltnings-/kanslichef gentemot nämnd

Förvaltnings-/kanslichef svarar för att:

- förslag till internkontrollplan upprättas årligen,
- uppföljning sker enligt regionstyrelsens anvisningar,
- det finns en organisation för en god intern kontroll inom förvaltningen.

Förvaltnings-/kanslichef biträder patientnämnden i dess arbete med den interna kontrollen. Det innebär bland annat att:

- presentera underlag till patientnämndens riskanalys och utformning av kontrollaktiviteter,
- löpande eller senast i samband med årsredovisningens upprättande redovisa underlag för uppföljning av patientnämndens internkontrollplan,
- årligen rapportera till patientnämnden och ge en bedömning av hur systemet för intern kontroll fungerar inom nämndens ansvarsområde, samt i förekommande fall föreslå åtgärder för förbättring,
- omedelbart rapportera brott eller allvarligare brister i den interna kontrollen till patientnämnden,

#### Chef med verksamhetsansvar

Förvaltnings-/kanslichef ansvarar också för:

- den interna kontrollen inom verksamheten,
- att informera medarbetare om intern kontroll samt att verka för att medarbetare arbetar mot uppställda mål och att arbetsmetoderna bidrar till en god intern kontroll.

## Genomförande

### Arbetsmodell

Modellen som Region Västerbotten använder för arbetet med intern kontroll är COSO-modellen som har utvecklats av Committee of Sponsoring Organizations. Enligt denna modell 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 (se även ovan under definition). COSO-modellen består av fem komponenter utifrån vilka arbetet med den interna kontrollen tar sin utgångspunkt: kontrollmiljö, riskanalys, kontrollaktiviteter, information/kommunikation samt tillsyn. Modellen beskrivs mer utförligt i regionstyrelsens riktlinjer för intern kontroll. Nedan beskrivs komponenterna riskanalys och kontrollaktiviteter mer utförligt.

### Riskanalys

Riskanalys innebär bedömning och analys av riskerna för att i förlängningen inte uppnå fastställda mål. Att identifiera och analysera risker är en process som handlar om att kartlägga och analysera befintliga risker samt vidta åtgärder för att minimera dessa. Vid en riskanalys görs en värdering av sannolikheten att en risk kommer att inträffa samt vilken konsekvens detta skulle få för verksamheten. När sannolikheten och konsekvensen har bedömts räknas riskvärdet (sannolikhet x konsekvens) ut. Med riskvärdet som underlag fattas beslut om vilka risker som ska prioriteras och därmed tilldelas kontrollaktiviteter och föras in i internkontrollplanen.

De riskanalyser som patientnämnden genomför ska ha sin utgångspunkt i:

#### **Ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet**

Risker avseende verksamhetens genomförande, dvs risker att den inte bedrivs på ett sätt som patientnämnden bedömer ändamålsenlig och/eller kostnadseffektiv.

*Exempel på riskområden: patientsäkerhet, kvalitet, effektivitet, arbetsmiljö, resurser, ekonomi i balans, kommunikation, omvärldsbevakning, verksamhetsutveckling, administration, tidplan och organisation.*

#### **Tillförlitlig rapportering och information om verksamheten**

Risker att patientnämnden inte får information om verksamheten eller att information inte är korrekt och/eller risker att den ekonomiska rapporteringen inte är tillräcklig eller tillförlitlig.

*Exempel på riskområden: ekonomi, korruption, tidplan, organisation, oegentligheter, effektivitet, extern påverkan och delegation.*

#### **Följsamhet lagar och regler**

Risker att lagar, förordningar och/eller landstingsfullmäktiges policy, mål och riktlinjer inte följs.

*Exempel på riskområden: säkerhet, brand, kemikalier, miljö, likabehandling, arbetsmiljö och patientsäkerhet.*

## Plan för arbete med riskanalys inom patientnämndens ansvarsområde

Aktivitet	Ansvar/Forum för beslut	Tidsförhållanden
Underlag till riskanalys tas fram.	Förvaltnings-/kanslichef	Underlag klart under november månad.
Förslag till riskanalys sammanställs och värdering av risker görs. <i>(Riskvärde tas fram. Beslut om vilka risker som ska följas med kontrollaktiviteter.)</i>	Patientnämndens presidium	Sammanställt inför nämndens sammanträde i december.
Riskanalys och värdering av risker bearbetas och fastställs.	Patientnämnden	Vid nämndens sammanträde i december.
Underlag till kontrollaktiviteter tas fram. Förslag till internkontrollplan utarbetas.	Förvaltnings-/kanslichef	Underlag klart vid årsskiftet.
Behandling av förslag till internkontrollplan inklusive riskanalys och kontrollaktiviteter	Patientnämndens presidium	Av presidiet bearbetat förslag klart under januari månad.
Eventuell bearbetning och beslut om internkontrollplan.	Patientnämnden	Vid nämndens sammanträde i februari.

### Kontrollaktiviteter

Riskanalysen utgör underlag till vilka risker som kontrolleras med en kontrollaktivitet i internkontrollplanen. Kontrollaktiviteterna är avgränsade och specifika mätningar eller avstämningar som genomförs för att få information om, följa och förebygga de risker som prioriteras i planen. Resultatet av kontrollerna ska också bidra till ett arbete i verksamheten för att minimera eller i bästa fall eliminera riskerna.

Kontrollerna kan genomföras med olika metoder. Fullständig kontroll och stickprov är de vanligaste. Fullständig kontroll innebär att alla objekt studeras under en bestämd tidsperiod, exempelvis samtliga utlysta tjänster under ett år. Stickprov är en avgränsad kontroll av ett visst antal objekt under en viss period. Stickprov kan göras för att begränsa omfattningen av kontrollen om det finns ett stort antal objekt att kontrollera. Avgränsningen kan göras genom att begränsa antalet kontrollobjekt eller kontrollera samtliga objekt under en kortare period. Motsvarigheten till ovan exempel skulle kunna vara att kontrollera 20 utlysta tjänster under ett år alternativt alla tjänster under en månad.

### Beskrivning av kontrollaktiviteterna i internkontrollplanen

När kontrollaktiviteterna beskrivs i planen ska det tydligt framgå:

- Vad som ska kontrolleras genom en specifik beskrivning och avgränsning,
- Vilken metod som används. Ex fullständig kontroll eller stickprov,
- Hur ofta det ska kontrolleras. Ex. kvartalsvis, månadsvis, veckovis,
- Vem som ska genomföra och rapportera kontrollerna,
- När resultatet ska rapporteras till patientnämnden.

### Redovisning och rapportering av kontrollaktiviteterna

Kontrollaktiviteterna genomförs av kontrollansvarig och resultatet rapporteras till patientnämnden enligt vad som anges i planen. Rapporteringen ska innehålla:

- En kort beskrivning av hur många gånger kontrollen har genomförts och med vilken metod
- En kortfattad redovisning av resultatet av kontrollaktiviteterna (resultatet bör gå att kvantifiera) samt en värdering om resultatet bedöms tillfredsställande.
- Eventuellt vidtagna åtgärder i verksamheten samt om behov finns för ytterligare åtgärder.

Med utgångspunkt från denna information gör patientnämnden en samlad bedömning vilka åtgärder som ska vidtas med anledning av resultatet.

### Uppföljning och analys av patientnämndens interna kontroll

Kanslichefen ska senast i samband med upprättande av årsrapport rapportera till patientnämnden och ge en bedömning och analys av nämndens interna kontroll utifrån:

- Omfattning av utförda uppföljningar i nämnden,
- Hur många kontrollaktiviteter som har genomförts i nämnden,
- Vilka metoder som har använts,
- Om alla kontrollaktiviteter har genomförts enligt kontrollplanen,
- Förslag på förbättring av kontrollernas genomförande.

### Resultat av uppföljningar i patientnämnden

- Vilka styrkor, brister och utvecklingsområden som framkom i redovisningen av kontrollaktiviteterna,
- Om risken som kontrollaktiviteterna avser följa kvarstår,
- Om behov av ytterligare/andra kontrollaktiviteter finns för kommande internkontrollplan.

### Vidtagna åtgärder med anledning av uppföljningarna

Vilka åtgärder som har vidtagits i verksamheten med anledning av risken och/eller resultatet av kontrollaktiviteterna

- Vilka åtgärder som patientnämnden har vidtagit, och om möjligt värdera resultat av åtgärderna

Kanslichefen ska också i samma rapport ge förslag på åtgärder för förbättring av rutiner för intern kontroll inom patientnämndens ansvarsområde.