

# Rutin för intern kontroll

Gäller samtliga verksamheter i Hjo kommun

Fastställd 2015-03-24

Dokumentansvarig: Kommunchef





## Innehållsförteckning

Inledning .....	4
Definition och syfte .....	4
Ansvarsfördelning.....	4
Nämnden .....	4
Förvaltningschefen .....	4
Övriga chefer .....	5
Medarbetare.....	5
Revisorerna .....	5
Förutsättningar för intern kontroll.....	6
Kontrollmiljö.....	6
Riskanalys – vad behöver vi kontrollera? .....	7
Kartläggning av risker.....	7
Riskbedömning .....	8
Metod för kontroll – hur ska vi kontrollera? .....	9
Internkontrollplan.....	9
Uppföljning och åtgärder.....	10
Arbetsgången .....	10
Årsplan för arbetsprocessen .....	11

## Inledning

En kommun är till största del en offentlig verksamhet vilket innebär att det är viktigt att kommunen gör rätt saker på rätt sätt till rätt kostnad. Intern kontroll är ett led i att säkerställa kvalitén på kommunens verksamhet. Intern kontroll ska ses som ett hjälpmedel och vara en integrerad process i det dagliga arbetet.

Kommunens regler för intern kontroll regleras i *riktlinjer för intern kontroll*. Denna rutin syftar till att fungera som ett stöd i arbetet med den interna kontrollen.

## Definition och syfte

Intern kontroll definieras som en process där såväl politiker som tjänstemän samarbetar. Processen är utformad för att med rimlig grad av säkerhet kunna uppnå följande mål:

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

Intern kontroll omfattar ett brett område. I området ingår allt från uppföljning av övergripande mål för den kommunala verksamheten till att säkra rutiner för hantering av nycklar på ett särskilt boende.

Förutom ovan nämnda kan sägas att syftet med intern kontroll är att:

- säkerställa att de av fullmäktige och kommunstyrelsen fastställda målen uppfylls,
- säkra en effektiv förvaltning,
- säkra en rättvisande och tillförlitlig redovisning,
- skydd mot förluster eller förstörelse av kommunens tillgångar,
- bidra till att säkra att beslut vilar på ett korrekt underlag,
- eliminering eller upptäckt av allvarliga fel,
- skydda personalen mot oberättigade misstankar om oegentligheter.

Det finns därmed stora vinster i att ha goda rutiner för intern kontroll. Vid oegentligheter visar det sig ofta att den interna kontrollen varit dålig.

## Ansvarsfördelning

### Nämnden

Nämnden ansvarar för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde. En nämnd kan aldrig överföra det ansvaret på någon annan. Nämnden utformar och antar en internkontrollplan. Det är nämndens ansvar att utforma och konkretisera anvisningar för den egna interna kontrollen.

### Förvaltningschefen

Förvaltningschefen har det övergripande ansvaret för den interna kontrollen och svarar inför nämnden för den verkställande ledningen av verksamheten och att nödvändiga initiativ tas för att åstadkomma och upprätthålla en god intern kontroll.

## Övriga chefer

Verksamhetsansvariga chefer och enhetschefer ansvarar inom sitt verksamhetsområde och sina befogenheter för att personalen arbetar mot uppställda mål och att arbetsmetoder och rutiner också bidrar till en god intern kontroll. Ska rapportera eventuella brister i den interna kontrollen till närmsta chef.

## Medarbetare

Alla medarbetare har ett ansvar att arbeta mot de mål som satts upp för verksamheten samt att följa antagna regler och anvisningar i sin arbetsutövning. Medarbetare ska rapportera eventuella brister i den interna kontrollen till närmsta chef.

## Revisorerna

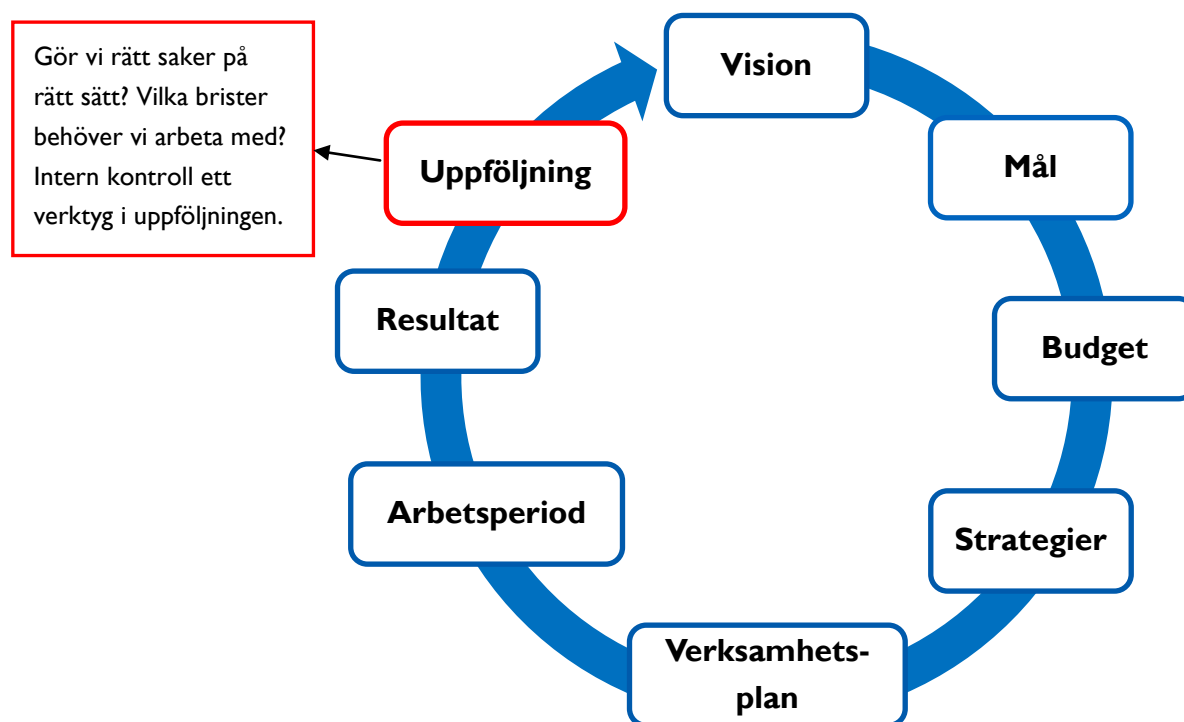
Revisorerna har enligt kommunallagen till uppgift att pröva "...om den interna kontroll som görs inom nämnderna är tillräcklig."<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Kommunallagen 9 kap 9 §

## Förutsättningar för intern kontroll

Den interna kontrollen är en del av kommunens ekonomi- och verksamhetsstyrning. Kommunen ska, utifrån lagar och kommuninvånarnas krav, bedriva en ändamålsenlig verksamhet. Fullmäktige beslutar därför bl.a. om finansiella mål och övergripande verksamhetsmål och för att kunna bedriva verksamhet i enlighet med dessa mål krävs strategier och en ändamålsenlig och lämplig organisation. Ledningen måste också ta ställning till om resurserna är de rätta i förhållande till målen. Verksamheten genererar slutligen vissa resultat som förhoppningsvis stämmer överens med de uppsatta målen. Uppföljning av resultaten sker i uppföljningen av målen och verksamhetsplanerna.



Hela denna process måste styras, utvärderas och kontrolleras för att möjliggöra en hög grad av måluppfyllelse. Styrning handlar om planering, samordning, ledning, uppföljning och kontroll. Intern kontroll har sin tyngdpunkt i uppföljning och kontroll, men förutsätter planering, samordning och ledning för att kunna fungera. Intern kontroll är ett sätt att säkra att verksamheten har rätt förutsättningar för att uppnå de satta målen.

Finns det relevanta, väldokumenterade och välfungerande processer och rutiner som grund för verksamheten finns goda förutsättningar för en god intern kontroll. Om den interna kontrollen är säkerställd i den löpande rutinen, behövs det färre kontroller enligt internkontrollplanen. Ju fler *inbyggda* kontroller, desto färre *anmodade* kontroller.

## Kontrollmiljö

En viktig faktor i arbetet med intern kontroll är att förvaltningen har en god kontrollmiljö, d.v.s. att organisationsklimatet tillåter en öppen dialog om problem och risker i verksamheten. I en organisation som präglas av öppenhet, professionalism och samverkan finns goda förutsättningar för att den interna kontrollen ska fungera bra.

## Risikanalys – vad behöver vi kontrollera?

Att det finns konkreta och mätbara mål för verksamheten är en förutsättning för en fungerande intern kontroll och de processer som verksamheten består av ska stödja ett eller flera av verksamhetens mål. Processerna och rutinerna, d.v.s. hur arbetet faktiskt utförs, är därför grundläggande för den interna kontrollen. Varje verksamhet behöver därmed starta arbetet med den interna kontrollen med en riskanalys för att se vilka processer/rutiner som behöver ses över. Riskanalysen består av tre olika steg:

1. Kartläggning av risker – vilka processer/rutiner har vår verksamhet som inte får gå fel för att vi ska kunna uppnå våra mål?
2. Riskbedömning - uppskatta konsekvenserna (väsentlighetsgraden) och sannolikheten (risken) för att relevanta processer/rutiner brister.
3. Metod för kontroll - beakta hur riskerna ska bearbetas, d.v.s. vad måste vi ta itu med och på vilket sätt?

Risikanalysen handlar om att identifiera händelser som medför en risk samt att värdera dessa risker. Syftet med riskanalysen är att ge förutsättningar att föregripa riskerna innan de inträffar.

### Kartläggning av risker

Arbetet med riskanalysen startar med en kartläggning av verksamhetens risker. Kartläggningen kan med fördel genomföras i grupp, exempelvis med verksamhetens ledningsgrupp. Syftet med kartläggningen är att identifiera vad som är mest prioriterat för verksamheten att kontrollera. Fokus ska ligga på områden där det inte görs kontinuerliga kontroller.

För att komma igång med kartläggningen kan man fråga sig:

- Vilka processer/rutiner behöver fungera för att vi ska kunna uppnå våra mål?
- Vilka processer/rutiner har vi där vi vet att det finns brister?
- Vad har vi fått synpunkter på från brukare/medborgare/revision/tillsynsmyndighet?
- Var finns det risk för betydande ekonomisk förlust om processen/rutinen brister?

Det är viktigt att se riskbedömningen ur såväl medborgarens, brukarens, kommunen som helhet och den anställdes perspektiv. Olika processer/rutiner kan ha olika påverkansgrad på olika grupper.

Kartläggningen kan också utgå från:

- Politiska/förtroendemässiga konsekvenser (moraliska, etiska aspekter med avseende på kommunens rykte)
- Externa och interna IT-baserade risker
- Omvärldsrisker (ex. beslut fattade i riksdag/EU)
- Legala risker (ex. ny lagstiftning, inkorrekt tillämpning av avtal)
- Finansiella risker (ex. förändrad skatt, statsbidrag, sena betalningar från brukare)
- Områdets ekonomiska betydelse, transaktionsvolym och storlek på enskilda transaktioner inom verksamheten
- Kompetens och erfarenhet hos berörd personal i verksamheten
- Tekniska konsekvenser vid fel
- Mänskliga och inte minst verksamhetsmässiga konsekvenser för kommunen eller för enskilda personer som kan uppstå vid fel

## Riskbedömning

Efter att kartläggningsprocessen visat vilka processer/rutiner som är relevanta för verksamheten att kontrollera genomförs en riskbedömning. Arbetet med intern kontroll ska prioritera väsentliga processer/rutiner där det finns risk för allvarliga fel med stora konsekvenser. För att få fram vilka processer/rutiner som hamnar i den kategorin genomförs en värderande riskbedömning.

Riskbedömningen utgår ifrån två frågor:

- Vad är sannolikheten för att denna process/rutin brister?
- Vad är konsekvensen av att denna process/rutin brister?

Sannolikheten graderas från ett till fyra med nedanstående innebörd:

1 – Osannolik	risken är praktiskt taget obefintlig för att fel ska uppstå
2 – Mindre sannolik	risken är mycket liten för att fel ska uppstå
3 – Möjlig	det finns en möjlig risk för att fel ska uppstå
4 – Sannolik	det är mycket troligt att fel ska uppstå

Konsekvensen graderas från ett till fyra med nedanstående innebörd:

1 – Försumbar	är obetydlig för intressenter och kommunen
2 – Lindrig	uppfattas som liten av såväl intressenter som kommunen
3 – Kännbar	uppfattas som besvärande för intressenter och kommunen
4 – Allvarlig	är så stor att fel inte får inträffa

Genom att kombinera sannolikheten med konsekvensen enligt matrisen nedan ges ett värde mellan 1 - 16 som visar hur stor risken är för att denna process/rutin brister. Varje ruta svarar mot en kombination av bedömd konsekvens och sannolikhet och ju högre siffra, desto högre prioritet.

### Konsekvens

4 – Allvarlig	4	8	12	16
3 – Kännbar	3	6	9	12
2 – Lindrig	2	4	6	8
1 – Försumbar	1	2	3	4
	1 – Osannolik	2 – Mindre sannolik	3 – Möjlig	4 – Sannolik

**Sannolikhet**

### Värde

1 – 3	Inget agerande krävs. Vi accepterar riskerna.
4 – 8	Processen/rutinen bör hållas under uppsikt. Eventuellt delar vi riskerna med annan part (ex. försäkringslösning)
9 – 12	Processen/rutinen ska tas med i kommande internkontrollplan. Eventuellt behövs nya regelverk och/eller utbildning av personalen. Vi reducerar riskerna.
16	Direkt åtgärd krävs! Vi försöker minimera riskerna.



## Metod för kontroll – hur ska vi kontrollera?

Utifrån riskbedömningen ska de processer/rutiner som fått ett värde på 9 eller högre tas med i kommande års internkontrollplan. För processer/rutiner som fått ett värde på 16 ska åtgärder vidtas omedelbart!

I planen ska framgå vilka processer man ska kontrollera men också *hur* man ska kontrollera. Vissa kontrollmetoder kan vara direkta och rikta sig mot en bestämd process/rutin eller bestämt system för att hantera risk, andra kan vara mer indirekta och syfta till att motverka att risk överhuvudtaget uppstår, t.ex. informationsinsatser, kompetensutveckling eller åtgärder för att skapa handlingsberedskap.

Under arbetet med att utforma internkontrollerna fylls riskanalysrapporten i.<sup>2</sup> Där anges:

- **Process/rutin**
- **Risk:** risker som finns i den analyserade processen/rutinen.
- **Riskbedömning:** värden för sannolikhets- och konsekvensbedömningen.
- **Kontrollmoment:** vad man ska kontrolleras.
- **Kontrollmetod:** hur man ska kontrollera.
- **Kontrollansvarig:** ansvarig tjänst/person för kontrollen.
- **Slutdatum för kontrollen**

Kontrollerna ska så långt som möjligt integreras i organisationens ordinarie verksamhetsprocesser och således ingå som naturliga beståndsdelar i de processer som organisationen och ledningen behöver för att nå sina mål. **Kontrollkostnaden** måste vägas mot konsekvenserna om fel uppstår – kontrollen får inte bli ett kostsamt självändamål.

## Internkontrollplan

De processer/rutiner som prioriteras beroende på att de fick ett högt värde i riskbedömningen (9-16), förs upp på internkontrollplanen. Planen är en sammanställning av de riskanalysrapporter som verksamheterna tagit fram under sin riskanalys. Internkontrollplanen sammanställs av förvaltningens internkontrollsamordnare.

Internkontrollplanen<sup>3</sup> ska innehålla följande delar:

- **Process/rutin eller system som ska kontrolleras.**
- **Risk:** de risker som finns i den analyserade processen/rutinen.
- **Riskvärde:** värde på genomförd riskbedömning.
- **Kontrollmoment:** vad kontrollen syftar till att säkerställa.
- **Kontrollmetod:** vilken kontrollmetod kommer användas (ex. genomgång av alla bokförda leverantörsfakturor eller stickprov).
- **Ansvarig:** vem är ansvarig för själva kontrollen (en grundläggande princip är att den person som utför intern kontrollen inte själv utfört det arbete som ska kontrolleras. Ibland kan detta av organisatoriska skäl vara svårt att undvika, men man bör sträva efter det).
- **Klart:** när granskningen ska vara utförd.

Internkontrollplanen ska fastställas av kommunstyrelsen.

<sup>2</sup> Se exempel på riskanalysrapport i bilaga 1

<sup>3</sup> Se exempel på internkontrollplan i bilaga 2

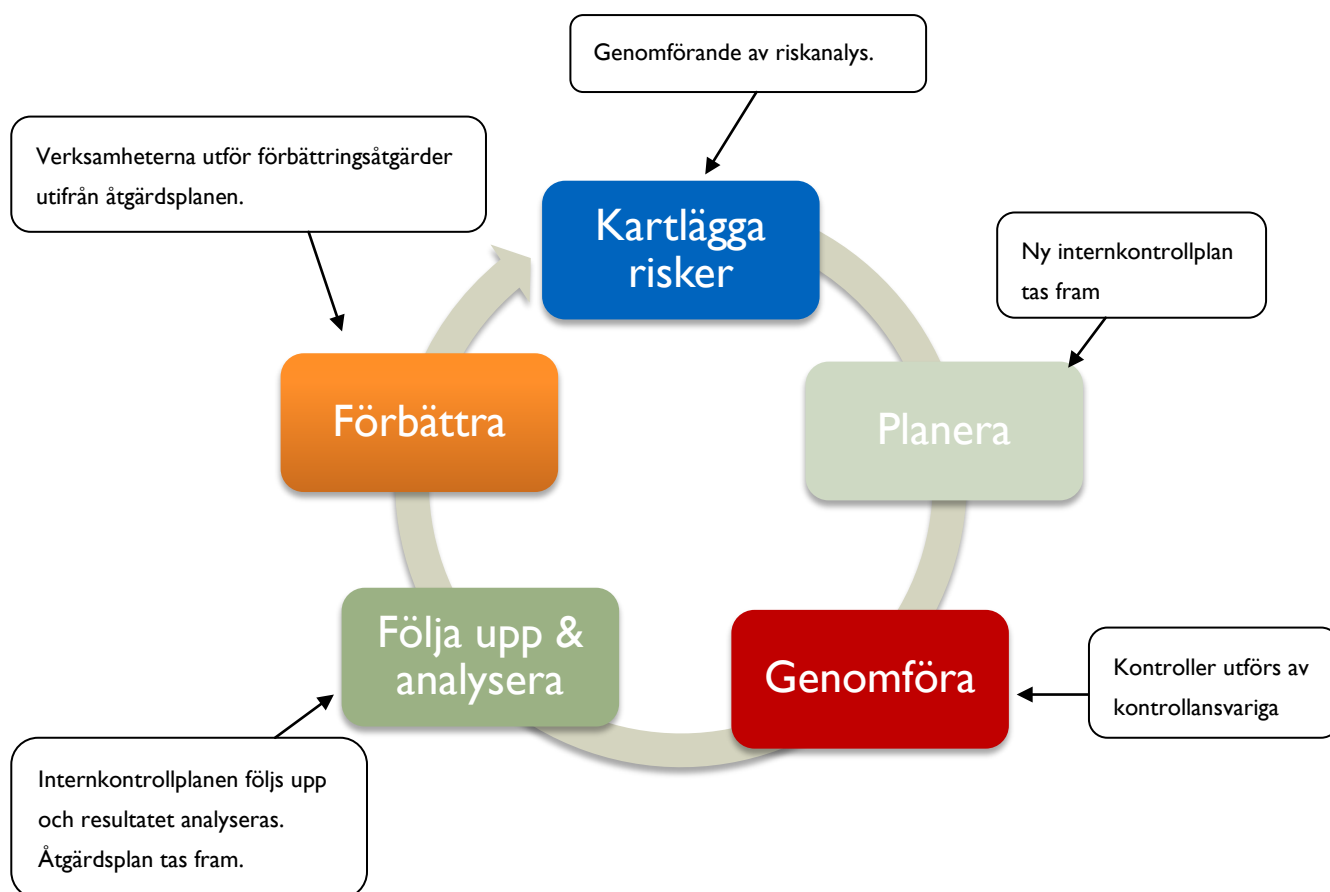
## Uppföljning och åtgärder

Genomförd kontroll ska dokumenteras och rapporteras till förvaltningens internkontrollsamordnare genom en kontrollrapport<sup>4</sup>. Av rapporten ska framgå vem som gjort kontrollen, vad kontrollen innefattar, om den interna kontrollen är tillfredsställande och eventuella förslag till åtgärder. Sammanställning av internkontrollrapporterna ligger till grund för den åtgärdsplan som redovisas till nämnden.

I åtgärdsplanen sammanfattas årets genomförda internkontroller och vilka åtgärder som behöver vidtas kommande år för att rätta till upptäckta brister. Av åtgärdsplanen ska framgå vilka åtgärder som ska genomföras, vem som ansvarar för att de genomförs samt när åtgärden ska vara klar.<sup>5</sup> Uppföljning av åtgärdsplanen sker skriftligt till förvaltningschefen. Uppföljning av åtgärdsplanen sker vid två tillfällen under året, dels i samband med delårsbokslutet i augusti och dels i november när hela internkontrollplanen sammanställs.

Förvaltningens internkontrollsamordnare ansvarar för att samordna arbetet med internkontrollplanen, sammanställa inkomna internkontrollrapporter samt upprätta en åtgärdsplan.

## Arbetsgången



<sup>4</sup> Se exempel på kontrollrapport i bilaga 3

<sup>5</sup> Se exempel på åtgärdsplan i bilaga 4

## Årsplan för arbetsprocessen

### **November**

Processen inleds med att förvaltningschefen begär in kontrollrapporter som redovisar resultatet av årets internkontroller. Förvaltningens internkontrollsamordnare sammanställer rapporterna och upprättar en åtgärdsplan utifrån dessa.

Förvaltningschefen skickar, efter samråd med ledningsgruppen, åtgärdsplanen vidare till nämnden så den hinner behandlas på decembersammanträdet.

Verksamhetschefer påbörjar arbetet med riskanalysen till kommande års internkontrollplan.

### **December**

Förvaltningens ledningsgrupp tar fram en internkontrollplan för kommande år och skickar vidare till nämnden så den hinner behandlas på januarisammanträdet.

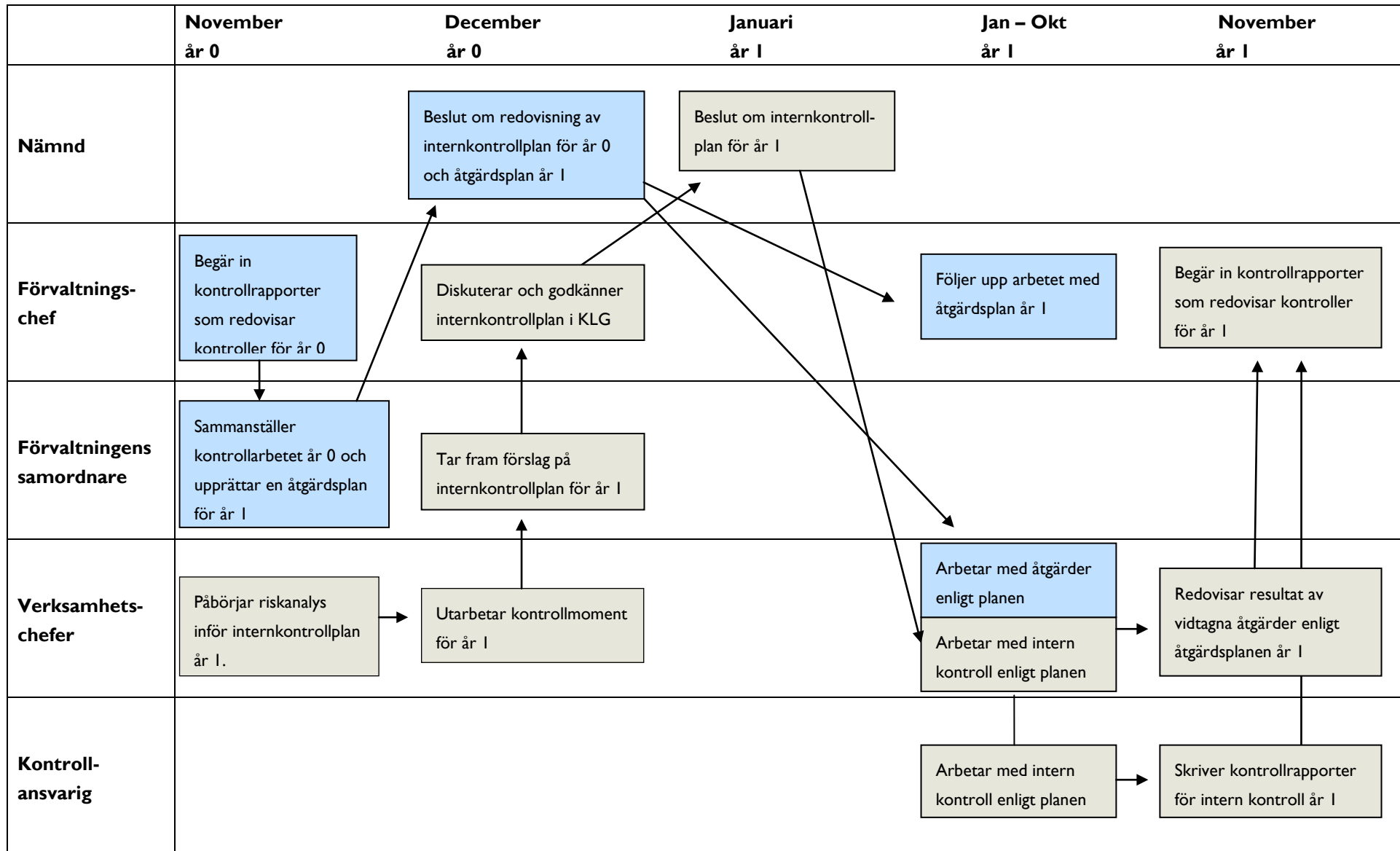
Nämnden tar beslut om redovisningen av årets internkontrollplan.

### **Januari**

Nämnden fastställer internkontrollplan för året.

### **Januari - oktober**

Under perioden utförs själva internkontrollarbetet samt arbete med åtgärder utifrån den upprättade åtgärdsplanen.



Enhet

Datum

XXXX-XX-XX

Handläggare

Mottagare

Internkontrollansvarige

## Risicanalys

### Process/rutin

Ordinationer

### Risk

Risk för vårdskada, sent eller uteblivet resultat av behandlingen.

### Riskbedömning

*Konsekvens: 4*

*Sannolikhet 3*

*Sammanlagt värde: 12*

### Kontrollmoment

Kontrollera att hälso- och sjukvårdsåtgärder som ordinerats av sjukgymnast och arbetsterapeut utförs enligt ordination.

### Kontrollmetod

Genomgång av hela arbetskedjan, stickprov

### Kontrollansvarig

Vård- och omsorgschef

### Slutdatum för kontrollen

Oktober



## Bilaga I Exempel på Internkontrollplan

Nr	Rutin/Process	Risk	Riskvärde	Kontrollmoment	Kontrollmetod	Ansvarig	Klart
<b>Vård och omsorg</b>							
I	Ordinationer	För vårdskada, sent eller uteblivet resultat av behandlingen	12	Kontrollera att hälso- och sjukvårdsåtgärder som ordinerats av sjukgymnast och arbetsterapeut utförs enligt ordination.	Genomgång av hela arbetskedjan, stickprov	Vård- och omsorgschef	Okt

Enhet

Din enhet

Handläggare

Ditt Namn

Beteckning

Datum

XXXX-XX-XX

Mottagare

## Kontrollrapport: Ordinationer

### Kontrollmoment

Kontrollera att hälso- och sjukvårdsåtgärder som ordinerats av sjukgymnast och arbetsterapeut utförs enligt ordination.

### Risk

Risk för vårdskada, sent eller uteblivet resultat av behandlingen.

### Kontrollmetod

Genomgång av hela arbetskedjan, stickprov

### Resultat av kontroll

Hälso- och sjukvårdsåtgärder som ordineras av Sjukgymnast/Fysioterapeut och arbetsterapeut behöver ibland delegeras till personal i verksamheten att utföra. Verksamheten har säkrat upp detta i verksamhetsövergripande rutinen *Ordinerade och delegerade insatser hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende*.

Kontrollen visar att flertalet brister i verksamheten uppstår då rutinerna inte följs.

### Förslag till åtgärder

Åtgärd	Ansvarig	Klart
1. Utbildnings-APT/dokumentationsutbildning där signeringskrav framgår tydligt.	VoO-chef	Maj
2. Stående inslag i den enskildes introduktion av både chef, kollega och i delegeringssammanhang.	Resp. enhetschef	Aug
3. Ställa krav på alla medarbetare som ser brister i dokumentation att snarast rapportera detta enligt rutin.	VoO-chef	Sept

## Åtgärdsplan 20XX utifrån genomförda internkontroller

Nr	Process/rutin	Förbättringsåtgärder	Klart	Ansvarig
1	Ordinationer	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Utbildnings-APT/dokumentationsutbildning där signeringskrav framgår tydligt.</li><li>2. Stående inslag i den enskildes introduktion av både chef, kollega och i delegeringssammanhang.</li><li>3. Ställa krav på alla medarbetare som ser brister i dokumentation att snarast rapportera detta enligt rutin.</li></ol>	Maj Aug Sept	VoO-chef Resp. enhetschef VoO-chef

