

Riktlinjer för intern kontroll

KS 2018-12-05 §161

Dokumenttyp	Riktlinjer	Gäller för	Samtliga förvaltningar i Bjuvs kommun
Version	2	Giltighetsperiod	Tillsvidare
Dokumentägare	Kommunchef	Beslutat/antaget datum	2018-12-05
Dokumentansvarig	Kommunstrateg	Beslutat/antaget av	Kommunstyrelsen



Inledning

Varje år genomför vi intern kontroll i Bjuvs kommun. Den interna kontrollen regleras och styrs av de två dokumenten "Reglemente för intern kontroll" samt "Riktlinjer för intern kontroll".

Intern kontroll är en del av ekonomi- och verksamhetsstyrningen. Det konkreta arbetet med intern kontroll innebär bland annat att skapa och upprätthålla goda och ändamålsenliga rutiner och system, att skapa och upprätthålla en tydlig ansvars- och befogenhetsfördelning i organisationen, att säkra att redovisningen är rättvisande och tillförlitlig samt att verksamheten följer och tillämpar lagar, föreskrifter och styrande dokument.

Tidigare betydde intern kontroll kontroller av ekonomiska transaktioner och rutiner. Numera tillämpar de flesta kommuner ett bredare synsätt på intern kontroll. En sådan modell är den så kallade COSO-modellen. Den här modellen arbetar med en helhetssyn på verksamheten där den interna kontrollen betraktas som ett verktyg för att kvalitetssäkra styrningen så att servicen till kommunens invånare ska bli så god och effektiv som möjligt. Det tre målen som används för den interna kontrollen kommer från modellen och det arbetssätt vi använder är också hämtat därifrån.

Syfte

Syftet med att genomföra intern kontroll är att säkerställa att vi bedriver effektiva verksamheter och att vi undviker allvarliga fel.

Mål

Målen med den interna kontrollen är att med rimlig grad av säkerhet:

- **Upprätthålla en ändamålsenligt och kostnadseffektiv verksamhet**
Det här innebär bland annat att vi har kontroll över ekonomi, prestationer och kvalitet och att vi säkerställer att fattade beslut verkställs och följs upp i förhållande till fastställd verksamhet och mål.
- **Upprätthålla en tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten**
Det här innebär att kommunstyrelsen, nämnderna och de verksamhetsansvariga ska ha tillgång till rättvisande räkenskaper, en ändamålsenlig och tillförlitlig redovisning av verksamhetens prestationer avseende kvantitet och kvalitet samt övrig relevant information om verksamheten och dess resursanvändning.
- **Efterleva tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.**
Det här innebär att vi följer lagstiftning, kommunens interna regelverk och styrande dokument samt ingångna avtal med olika parter.

Begreppet "rimlig grad av säkerhet" innebär att kommunstyrelsen och nämnderna vid utformningen av rutiner ska göra en avvägning mellan kontrollkostnad och kontrollnytta. Vid bedömning av kontrollnytta ska inte endast ekonomiska faktorer vägas in, utan även vikten av att upprätthålla förtroendet för verksamheten hos olika intressenter.



Ansvar

Det yttersta ansvaret för den interna kontrollen fastställs i "Reglemente för intern kontroll". Här finns ett antal förtydliganden.

Kommunstyrelsen

Styrelsen har enligt KL 6:1 och 6:3 ansvar för att leda och samordna förvaltningen av kommunens angelägenheter samt att ha uppsikt över övriga nämnders verksamhet. Den här uppsikten innebär en rätt att göra påpekanden, lämna råd och anvisningar och, om det är nödvändigt, lämna förslag till fullmäktige om förändringar. Utifrån detta har kommunstyrelsen ansvaret för att det finns en god intern kontroll, att övergripande organisation och styrande dokument för den finns och att regelbundet utvärdera och utveckla den interna kontrollen.

Kommunstyrelsen ska varje år utifrån en riskanalys ta fram minst två kommunövergripande kontrollmoment som alla nämnder ska granska. Syftet är att skapa en gemensam nivå för den interna kontrollen.

I sitt ansvar för den interna kontrollen inom sitt verksamhetsområde ska kommunstyrelsen även följa det som anges under rubriken "Nämnderna".

Nämnderna

Nämndernas ansvar för den interna kontrollen anges i KL 6:6. Det är alltid kommunstyrelsen och respektive nämnd som har det yttersta ansvaret för att utforma en god intern kontroll. I ansvaret ligger att utifrån reglemente och riktlinjer för den interna kontrollen i kommunen ta fram arbetsformer för den egna interna kontrollens organisation, utformning och funktion.

Kommunstyrelsen och varje nämnd ska minst ha en fastställd rutin för hur planering och rapportering av internkontrollarbetet ska gå till.

Nämnden ska varje år utifrån en riskanalys ta fram minst två nämndspecifika kontrollmoment att granska under året.

Förvaltningschefen

Förvaltningschefen ansvarar för att minst årligen skriftligt rapportera till sin nämnd/styrelse en intern kontrollplan och uppföljning av den interna kontrollen. Förvaltningschefen ska även ge en samlad bedömning om hur den interna kontrollen fungerar. Allvarigare brott mot den interna kontrollen rapporteras omedelbart till nämnden/styrelsen.

Övergripande process

1. Ett reglemente för intern kontroll fastställs.
2. Organisation och styrande dokument antas av respektive styrelse/nämnd.
3. Informations- och utbildningsinsatser genomförs i organisationen för att klargöra syfte och arbetssätt.
4. Viktiga risker identifieras och dokumenteras.
5. En riskanalys görs avseende de identifierade riskerna.
6. De risker som det närmaste året bedöms vara i behov av närmare granskning sammanställs i en intern kontrollplan, som antas av respektive nämnd/styrelse.
7. Uppföljning av den interna kontrollen genomförs enligt planen.
8. Förvaltningschefen rapporterar löpande till nämnden.
9. Nämnderna rapporterar, senast i samband med årsredovisningens upprättande, till kommunstyrelsen och kommunens revisorer.



10. Kommunstyrelsen utvärderar det samlade kontrollsystemet och återför resultatet av utvärderingen till nämnderna.
11. Revisorerna prövar om ett system för intern kontroll finns etablerat och bedömer om genomförda kontroller är tillfredsställande.

Utförande

Allt arbete med intern kontroll sker i anvisat systemstöd. Nedan finns en detaljerad förklaring av arbetet.

1. Planering

Identifiering av risker

Första steget i arbetet med intern kontroll är att genomföra en övergripande identifiering av risker i verksamhetens största processer. I arbetet utgår vi från våra verksamheters grunduppdrag och de tre huvudprocesserna *verksamhet*, *ekonomi* och *HR*. De här tre huvudprocesserna är våra tre riskkategorier:

- **Verksamhet**
Här ingår arbetet med verksamhetsspecifika processer exempelvis arbetet med nämndernas uppdrag och uppgifter enligt reglementena samt nämndernas och verksamheternas mål. Här kan kontroller som även är relevanta i kvalitetsarbetet inkluderas som en del av den interna kontrollen.
- **Ekonomi**
Här ingår arbetet med ekonomiprocesserna; budget, uppföljning och löpande redovisning.
- **HR**
Här ingår arbetet med HR-processerna; rekrytering, lön och lönesättning, medarbetardialog, systematiskt arbetsmiljöarbete samt rehabilitering.

Varje nämnd tar fram vilka risker som finns i deras verksamhet kopplat till de tre riskkategorierna. Följande kan användas som utgångspunkt i arbetet:

- **Ändamålsenligt och kostnadseffektiv verksamhet:**
Fundera över kvaliteten i arbetet med de tre huvudprocesserna och hitta risker som finns för bristande kvalitet.

Konkreta exempel kan handla om otydliga ansvars- och befogenhetsfördelningar i organisationen, dåligt genomarbetade processer och tillvägagångssätt, dåligt fungerande arbete med verksamhetsstyrning och mål med mera.

- **Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten:**
Fundera över om redovisningen av arbetet med de tre huvudprocesserna sker på ett bra sätt och hitta risker som finns för bristande redovisning.

Konkreta exempel kan handla om att redovisningen inte innehåller tillräcklig eller rätt information, att vi inte redovisar resultatet till rätt instans, att vi inte redovisar resultatet i rätt tid med mera.



- **Efterlevnad av tillämpliga lagar, föreskrifter, riktlinjer med mera:**
Fundera över hur bra vi är på att följa lagstiftning, avtal och styrande dokument kopplat till de tre huvudprocesserna och hitta de risker som finns för bristande efterlevnad.

Konkreta exempel kan handla om otydliga styrande dokument, otydlighet kring var de styrande dokumenten finns och hur de uppdateras, att vi inte följer lagstiftning med mera.

Risakanalys

Utifrån de risker som har identifierats genomförs en riskanalys. I riskanalysen bedöms hur stor sannolikheten är att risken uppkommer och vad konsekvensen blir för verksamheten om risken uppkommer. Varje risk bedöms och poängsätts utifrån beskrivningen nedan.

Konsekvensen är påverkan på verksamheten och andra intressenter om risken uppkommer. Fundera över konsekvensen på ekonomi, politik, teknik, medarbetare, kvalitet, måluppfyllelse, förtroende och verksamhet i kommunen eller hos andra intressenter om risken uppkommer. Bedöms på skala 1–5:

- 1 = försumbar påverkan är obetydlig för både intressenter och kommunen
- 2 = lindrig påverkan uppfattas som liten av såväl intressenter som kommunen
- 3 = kännbar påverkan uppfattas som besvärande för intressenter/kommunen
- 4 = allvarlig påverkan är betydande och det är mycket angeläget att undvika fel
- 5 = mkt allvarlig påverkan är så stor att fel helt enkelt inte får inträffa

Sannolikhet innebär sannolikheten att fel eller brist uppkommer, bedöms på skala 1–5:

- 1 = högst osannolik risken för fel är praktiskt taget obefintlig
- 2 = osannolik risken är liten att fel ska uppkomma
- 3 = möjlig det finns risk att fel ska uppkomma
- 4 = sannolik det är troligt att fel kan uppkomma
- 5 = högst sannolik det är mycket troligt att fel ska uppkomma

Riskerna får utifrån bedömningen en poäng i en riskmatris som visar kombinationen av bedömd grad av sannolikhet och konsekvens. Poängen beräknas genom att multiplicera konsekvensvärdet med sannolikhetsvärdet. Bedömningen bör genomföras i grupp eftersom de i någon mån alltid blir subjektiva.

Identifiering och riskanalys ska uppdateras och omvärderas varje år med tidigare års slutsatser som utgångspunkt, den första gången identifieringen genomförs blir därför den mest omfattande. Granskningarna bör leda till att brister åtgärdas och därför blir utfallet av riskbedömningen annorlunda nästa gång den genomförs. Det här resulterar också i att kontrollmomenten varierar över tid.

Till de risker som får högst poäng utarbetas kontrollmoment till den interna kontrollplanen. Kontrollmomenten ska så långt som det är möjligt kunna integreras i ordinarie verksamhet och ingå som integrerade delar i de processer som behövs för att nå de politiskt beslutade målen. Riskanalysen kan också utgöra beslutsunderlag för löpande arbete.

Intern kontrollplan

Den interna kontrollplanen innehåller ett urval av de risker och tillhörande kontrollmoment som för tillfället bedöms vara i behov av närmare granskning. Genomförandet av planen ska ge ett besked om vad som fungerar och inte fungerar och bör leda till att brister åtgärdas.

Intern kontrollplan för innevarande år ska antas av styrelse/nämnd senast i januari. Den interna kontrollplanen ska rapporteras i anvisad mall och innehålla följande:

- **Kontrollmoment:** vilka kontrollmoment som ska följas upp.
- **Metod:** hur kontrollmomentet ska genomföras, det vill säga vilken metod som ska användas och omfattningen på uppföljningen.
- **Kontrollansvarig:** vilken funktion (arbetstitel) som ansvarar för att kontrollmomentet utförs och utvärderas.
- **Rapporteras till:** till vilken styrelse/nämnd uppföljningarna ska rapporteras.
- **Start- och slutdatum:** när rapportering ska ske.

2. Genomförande

När den interna kontrollplanen är antagen genomförs kontrollmomenten utifrån planen. Hur kontrollerna utförs beror på vilket kontrollmoment som beslutas. Man kan ändå urskilja ett antal faser som en granskning kan innehålla.

- **Fas 1. Förberedelse:** formulera utifrån granskningsområdet konkreta frågor som du vill ha svar på; avgränsa din undersökning; bestäm vilka metoder du ska använda för att samla in information.
- **Fas 2. Undersökning:** insamling av fakta; genomläsning av riktlinjer, rutinbeskrivningar och annat material; intervjuer; stickprov.
- **Fas 3. Bedömning:** värdering av vad undersökningen ger svar på frågeställningarna (t.ex. om rutinen utförs korrekt, om resultatet är riktigt, om styrningen är tillförlitlig och ändamålsenlig, om felen är medvetna eller omedvetna, om eventuella förluster är väsentliga)
- **Fas 4. Dokumentation:** sammanfatta resultatet och dina slutsatser. Ge förslag till åtgärder.



3. Uppföljning

De genomförda kontrollmomenten ska rapporteras till kommunstyrelsen och respektive nämnd senast i samband med årsredovisningen. Vid upptäckta brister lämnas också förslag på åtgärder.

Uppföljningen ska rapporteras i anvisad mall och innehålla följande:

- **Kontrollmoment:** vilka kontrollmoment som har följts upp.
- **Metod:** hur kontrollmomentet har genomförts, det vill säga vilken metod som har använts och omfattningen på uppföljningen.
- **Kommentar:**
 - **Iakttagelser:** vilka iakttagelser som har identifierats under arbetet med kontrollmomentet, det vill säga resultatet av den kontroll som har genomförts
 - **Analys:** en analys av den genomföra kontrollen. Varför ser resultatet ut som det gör?
 - **Förslag på åtgärder:** förslag på eventuella åtgärder som kan genomföras baserat på iakttagelser och analys. Vad kan vi göra för att bli bättre?
 - **Ansvarig för att genomföra förbättringar:** förslag på vilken/vilka funktioner (arbetstitel) som ska ansvara för att åtgärden genomförs.

4. Åtgärder

När uppföljningsrapporten är rapporterad till respektive nämnd planeras och genomförs de beslutade förbättringsåtgärderna. Till varje förbättringsåtgärd ska följande anges:

- **Åtgärd:** vad vi vill genomföra.
- **Kontrollansvarig:** vilken funktion (arbetstitel) som är ansvarig för att åtgärden genomförs.
- **Slutdatum:** när åtgärden ska vara genomförd.

