



# Anvisningar för intern kontroll inom hälsa-, vård- och omsorgsnämnden

Gäller 2019- 01-10 - 2022-12-31, med årlig översyn

## Bakgrund

Internkontrollarbetet är en del i nämndens arbete för att styra, leda, utveckla och upprätthålla en hög kvalitet i verksamheten. Arbetet utgår från en helhetssyn och utgör ett sammanhängande system för att, utifrån identifierade risker, säkra en effektiv service till kommunmedlemmarna.

## Definition av intern kontroll

I Malmö stads reglemente för den interna kontrollen (KF 20/12 2016) anges:

En god intern kontroll innebär att kommunen har en ändamålsenlig och effektiv verksamhet vilket bland annat betyder styrning och kontroll över ekonomi, prestationer och kvalitet. Detta ger bra förutsättningar för en god service samt för att säkra förtroendet för verksamheten hos kommunmedlemmar och andra intressenter.

Intern kontroll är en process, där såväl den politiska ledningen som ansvariga chefer och övriga medarbetare samverkar. Processen är utformad för att med rimlig grad av säkerhet kunna uppnå följande mål:

- att verksamheten är ändamålsenlig och effektiv
- att information om verksamhet och ekonomi är tillförlitlig
- att lagar, förordningar och styrdokument följs

I detta ingår att upptäcka och bedöma risker samt att förebygga fel. En väl fungerande intern kontroll fungerar dessutom som ett skydd mot oberättigade misstankar mot såväl förtroendevalda som tjänstepersoner.

## Organisering och ansvar

**Kommunstyrelsen (KS)** har det övergripande ansvaret för att se till att det finns en god intern kontroll. I detta ligger ett ansvar för att organisera arbetet med intern kontroll (IK) och att bistå nämnder och bolagsstyrelser med metodstöd och övrigt stöd till utveckling samt att genom sin förvaltning fastställa kommungemensamma anvisningar.

**Nämnden** har det yttersta ansvaret för att den interna kontrollen är tillräcklig inom dess ansvarsområden och ska se till att det finns en organisering och ett systematiskt arbetssätt som säkerställer en god intern kontroll. Nämnden ska årligen besluta om internkontrollplan som beskriver prioriterade åtgärder och granskningar utifrån dokumenterade riskanalyser. En årlig uppföljning av nämndens arbete med intern kontroll ska rapporteras till kommunstyrelsen. Nämnden ska följa kommungemensamma anvisningar från kommunstyrelsen och dess förvaltning.

**Revisio-  
nen**  
granskar om nämndens arbete med intern kontroll är tillräcklig.

**Förvaltningsdirektören** har det verkställande ansvaret för att kommungemensamma regler och anvisningar tillämpas i enlighet med lokala förutsättningar och att det finns en sund kultur så att en god intern kontroll kan upprätthållas. Detta innebär t.ex. att det ska finnas rutiner för framtagande och rapportering av årlig internkontrollplan. Förvaltningsdirektören ska löpande rapportera till nämnden om hur den interna kontrollen fungerar.

**Verksamhetsansvariga chefer** på alla nivåer ska se till att medarbetarna har förståelse för vad god intern kontroll innebär i den egna verksamheten och att det finns goda förutsättningar för att god intern kontroll kan upprätthållas. Det innebär bland annat att stödja ett riskmedvetande, det vill säga att chefer och medarbetare är uppmärksamma på det som kan gå fel eller misstänks kunna gå fel och agerar utifrån detta.

Alla **medarbetare** har en skyldighet att följa antagna regler och anvisningar i sin arbetsutövning. Det är medarbetarna som står närmast verksamheten, har det dagliga mötet med kommunmedlemmar och kolleger, och därför också har en särskild möjlighet att upptäcka brister och avvikelser. Dessa ska omedelbart rapporteras till överordnad chef.

**Förvaltningscontrollern** är samordnare för nämndens arbete med IK och ska vara motor i den årliga processen samt utbilda o stödja chefer och andra medarbetare rörande IK.

Revisionens bedömningar kan vara en grund för fortsatt utveckling av god intern kontroll.



## Hälsa-, vård- och omsorgsnämndens intern kontrollarbete

En för staden gemensam handbok *Intern kontroll i Malmö stad* har publicerats av stadskontoret, vilken anger gemensamma arbetssätt och fungerar som stöd i det praktiska arbetet. Ett digitalt stödsystem har införts som ger en tydlig struktur i det administrativa arbetet. Nämnden har handboken och stödsystemet som utgångspunkt för IK-arbetet.

Nämndens process för intern kontroll utgörs av årligen återkommande aktiviteter; riskanalys, sammanställning av intern kontrollplan, genomförande av granskningar och åtgärder, rapportering av granskningar och åtgärder till nämnden och kommunstyrelsen samt översyn och eventuell revidering av IK-processen.

### Risikanalyt

Framtagningen av förvaltningens granskningsområden och direktåtgärder till den årliga interna kontrollplanen ska föregås av *riskidentifiering* och *riskvärdering*.

En *risk* definieras som en oönskad händelse som, om den inträffar, kan förhindra eller försvåra att verksamhetens syfte, mål, uppdrag och ansvar inte kan uppnås/genomföras. Eller annorlunda uttryckt: risker utgör hot mot att klara *det vi är till för* på ett ändamålsenligt sätt.

För att identifiera risker kan olika skadeperspektiv och riskakategorier prövas, till exempel personskada, verksamhetsskada, ekonomisk skada, förtroendeskada, risk för stöld eller bedrägligt beteende, brist på eller oklara rutiner.

Risker kan förekomma i olika delar av organisationen, till exempel inom särskilt boende, ordinärt boende, hälso- och sjukvård, HR-området, kommunikationsområdet, ekonomi, administration, IT, upphandling/inköp, med flera verksamhetsområden som ligger under nämndens ansvar.

När riskerna ska värderas finns nedanstående verktyg att tillgå; varje risk värderas utifrån med vilken sannolikhet den kan inträffa, samt vilken grad av konsekvens som kan inträffa.

Värde	Sannolikhet	Konsekvens
1	Nästintill omöjligt	Knappt kännbart
2	Föga troligt	Kännbart
3	Möjligt	Påtagligt
4	Troligt	Allvarligt
5	Nästintill säkert	Synnerligen allvarligt

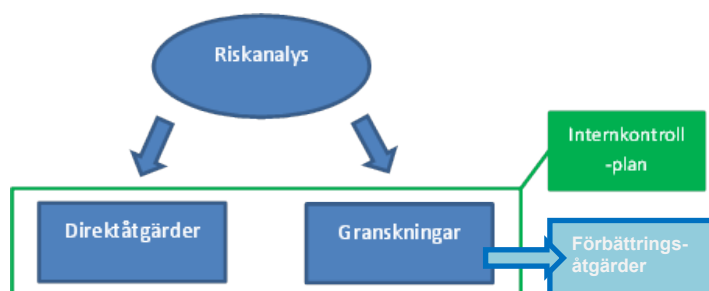
Ett riskvärde fås genom att värdet för sannolikhet respektive konsekvens multipliceras. Riskvärdet ligger till grund för bedömning av om risken ska hanteras genom den årliga IK-planen.

När riskvärdet bestämts görs ytterligare bedömning av hur risken ska hanteras:

- accepteras
- befintliga åtgärder /inbyggda kontroller bedöms tillräckliga
- direktåtgärd
- granskning

## Intern kontrollplan

När riskidentifiering och riskvärdering har utförts, föreslås och dokumenteras hur riskerna ska hanteras. Detta görs i **internkontrollplanen** som består av en **åtgärdsdel** och en **granskningsdel**.



De åtgärder som kommer direkt av riskanalysen kallas *direktåtgärder*, det går att vidta åtgärder direkt eftersom det är känt vad som är fel och vad som behöver göras. *Förbättringsåtgärder* är de åtgärder som kommer efter en genomförd granskning genom vilken vi har tagit reda på vad som utgör risken för att det går fel och att vi därigenom vet vad som behöver göras.

Kommunstyrelsen beslutar varje år om ett antal granskningar som ska genomföras i alla nämnder. Dessa granskningar återfinns också i nämndens IK-plan.

IK-planen antas av nämnden på dess sista möte innan verksamhetsåret eller på dess första möte för verksamhetsåret. De förtroendevalda blir informerade om riskanalyserna genom att dessa bifogas ärendet om IK-plan.

## Planering av direktåtgärder och granskningar

Det är viktigt att tänka på att kostnaderna för de åtgärder och granskningar som vi tänker genomföra inte överstiger den nytta eller det värde som vi tror oss uppnå.

Det är också viktigt att den som ska utföra kontrollen inte står i ett *jävsförhållande* till det som ska kontrolleras, t.ex. att de medarbetare som utför vissa arbetsmoment inte granskar sig själva eller sina närmsta kolleger.

Det är några saker som behöver tänkas igenom och dokumenteras vid planeringen av en åtgärd:

- beskrivning av risk som ligger till grund för direktåtgärd
- vad som ska göras
- vem som ansvarar för att det blir gjort
- när åtgärden ska vara genomförd och när återrapportering ska ske till nämnden/styrelsen.

För granskningar gäller:

- vilka områden och tillhörande rutiner som ska granskas
- syfte med granskningen
- omfattning, metod och frekvens
- vem som ansvarar för att utföra granskningen
- till vem resultatet av granskningen ska rapporteras
- tidpunkt för genomförande av granskningen och när den ska rapporteras till nämnden/styrelsen

Om avvikelser framkommer efter genomförda granskningar ska åtgärder för förbättringsarbete tas fram av den som genomfört kontrollen i samarbete med verksamhetsansvariga.

### **Rapportering**

För varje åtgärd eller granskning i IK-planen upprättas en rapport i stödsystemet efter genomförandet. Resultaten i rapporterna sammanställs två till tre gånger om året för rapportering till nämnden; i samband med DR1, DR2 samt efter avslutat verksamhetsår. Om något anmärkningsvärt inträffat vilket bedöms vara av särskilt värde för nämnden att bli informerade om, alternativt, det krävs ett beslut av nämnden, hanteras detta som enskilt ärende till nämnden.

En sammantagen rapport över nämndens IK-arbete skickas till kommunstyrelsen i samband med årsanalysen.

### **Revidering**

I samband med årsrapportering till nämnden görs en årlig översyn av nämndens process för IK. Eventuella förslag på förändringar kan då övervägas.