



Stenungsunds kommun

Kommunrevisionen

Till Kommunstyrelsen

## Granskning av riskhantering och intern kontroll

Ernst & Young AB har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Stenungsunds kommun granskat kommunens riskhantering och intern kontroll. Syftet med granskningen var att belysa den interna kontrollen på en övergripande nivå centralt och inom verksamhetsområdena Barn och Utbildning och Individ- och Familjeomsorg.

Granskningen visar att det finns flera utvecklingsområden inom riskhantering och intern kontroll. I bifogad rapport framgår en beskrivning av gjorda iakttagelser och revisorernas bedömning. Kommunrevisionen önskar få ett skriftligt svar, senast den 16 april 2012, på vilka eventuella åtgärder som kommunstyrelsen planerar att vidta med anledning av bifogad rapport.

Stenungsund den 23 januari 2012

För Kommunrevisionen

Staffan Vretborn  
Ordförande

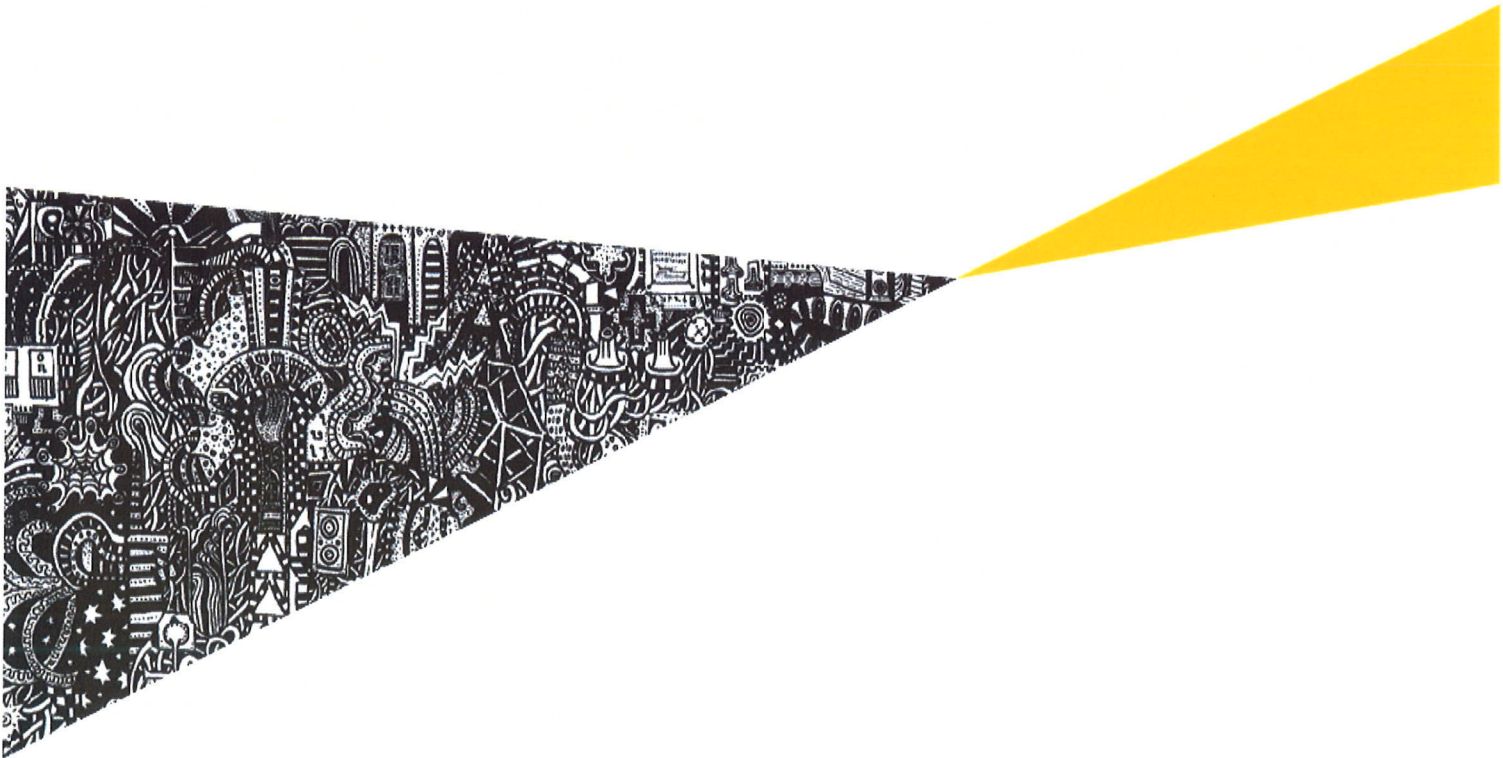
Olle Björkman  
V.Ordförande

Bilaga 1: Granskningsrapport ” Stenungsunds kommun – Granskning av riskhantering och intern kontroll”

# Stenungsunds kommun

## Granskning av riskhantering och intern kontroll

23 januari 2012



# Innehåll

<b>1.</b>	<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>4</b>
2.1.	Bakgrund .....	4
2.2.	Syfte och avgränsning .....	4
2.3.	Revisionsfrågor .....	4
2.4.	Revisionskriterier .....	5
2.5.	Metod .....	6
2.6.	Kvalitetssäkring .....	6
<b>3.</b>	<b>Granskningsresultat .....</b>	<b>7</b>
3.1.	<b>Kontrollmiljön .....</b>	<b>7</b>
3.1.1.	Har kommunen en gemensam syn på intern kontroll som har kommunicerats till verksamheten? .....	7
3.1.2.	Finns tydliga verksamhetsmässiga och ekonomiska styrprinciper för verksamheten? .....	8
3.1.3.	Finns det övergripande policys & riktlinjer för intern kontroll och en tydlighet i organisationens syn på etik och moral? .....	8
3.1.4.	Finns det en kultur som främjar intern styrning och kontroll? .....	9
3.1.5.	Är medarbetarna medvetna om organisationens värderingar, etik och moral? .....	9
3.1.6.	Finns det ett forum för att hantera händelser som indikerar brister i intern styrning och kontroll? .....	9
3.1.7.	Finns det en ändamålsenlig organisation med tydligt uttalade roller och ansvar? .....	10
3.1.8.	Barn och utbildning (BoU) .....	10
3.1.9.	Individ och Familjeomsorg (IFO) .....	11
3.2.	<b>Riskbedömningar .....</b>	<b>11</b>
3.2.1.	Finns det en gemensam modell för att utvärdera risker? .....	11
3.2.2.	Har organisationen en hög medvetenhet om behovet av att arbeta med riskidentifiering? .....	12
3.2.3.	Genomförs en årlig uppdatering av verksamhetskritiska risker? .....	12
3.2.4.	Barn och Utbildning (BoU) .....	12
3.2.5.	Individ och Familjeomsorg (IFO) .....	13
3.3.	<b>Kontroller .....</b>	<b>13</b>
3.3.1.	Finns det kontroller kopplade till identifierade risker? .....	13
3.3.2.	Är ansvar, befogenheter och behörigheter tydligt uttalade? .....	13
3.3.3.	Finns det fastställda instruktioner för hur kontroller definieras och dokumenteras? ..	13
3.3.4.	Barn och Utbildning (BoU) .....	14
3.3.5.	Individ och Familjeomsorg (IFO) .....	14
3.4.	<b>Kommunikation och information .....</b>	<b>14</b>
3.4.1.	Finns det en struktur för hur information kommuniceras till verksamheten? .....	14
3.4.2.	Finns det en struktur för att fånga upp informationen från verksamheten? .....	15
3.4.3.	Finns det en rutin för att säkerställa att medarbetare tagit del av väsentlig information? .....	15
3.4.4.	Finns det ett system för rapportering av väsentliga avvikelser och brister i den interna kontrollen? .....	15
3.4.5.	Finns det riktlinjer för hur misstankar om oegentligheter ska kommuniceras? .....	15
3.4.6.	Finns det riktlinjer för hur verksamheten ska kommunicera externt (brukare, media mm)? .....	16
3.4.7.	Hålls riktade utbildningar för chefer och nyckelpersoner i verksamheten? .....	16
3.4.8.	Barn och Utbildning (BoU) .....	16

3.4.9. Individ och Familjeomsorg (IFO) .....	16
3.5. <b>Utvärdering och uppföljning</b> .....	17
3.5.1. Följs verksamheten upp ur ett operationellt och ekonomiskt perspektiv? .....	17
3.5.2. Finns det en systematisk uppföljning och utvärdering av intern styrning och kontroll?17	
3.5.3. Följs de direktiv/uppdrag/mål som ges till verksamheten upp? .....	17
3.5.4. Dokumenteras åtgärdsplaner för revisionsnoteringar och följs dessa upp? .....	18
3.5.5. Barn och Utbildning (BoU).....	18
3.5.6. Individ och Familjeomsorg (IFO) .....	18
<b>4. Sammanfattande slutsatser och rekommendationer.....</b>	<b>19</b>
<b>Bilaga 1 – Dokumentförteckning .....</b>	<b>20</b>
<b>Bilaga 2 – Genomförda intervjuer.....</b>	<b>21</b>
<b>Bilaga 3 – COSO-ramverkets fem komponenter .....</b>	<b>22</b>
<b>Bilaga 4 – Riskkategorier .....</b>	<b>23</b>

# 1. Sammanfattning

Ernst & Young har på uppdrag av Kommunrevisionen i Stenungsunds kommun granskat kommunens riskhantering och intern kontroll.

Granskningen har syftat till att belysa den interna kontrollen på en övergripande nivå centralt och inom verksamhetsområdena Barn och Utbildning och Individ- och Familjeomsorg.

Stenungsunds kommun har ett fastställt reglemente för intern kontroll. Granskningen visar att reglementet inte är tillräckligt implementerat att syftet med reglementet kan anses vara uppnått, dvs. att kommunstyrelsen och myndighetsnämnderna med rimlig grad av säkerhet kan säkerställa en god intern kontroll.

Begreppet intern kontroll definieras olika inom kommunens verksamheter och den interna kontrollen baseras inte på en genomförd riskbedömning i enlighet med reglementet för intern kontroll.

Vid granskningen har vidare framkommit att arbetet med riskhantering kan vidareutvecklas genom att identifiering och hantering av risker bör inkludera samtliga vedertagna riskkategorier, dvs. strategiska, verksamhetskritiska och finansiella risker samt risker för att kommunen brister vad gäller lagefterlevnad.

Uppföljning av hur intern kontrollen fungerar inom respektive verksamhet har inte, enligt vad som redovisas i kommunstyrelsens protokoll, dokumenterats och redovisats till kommunstyrelsen för 2011.

Sammanfattningsvis lämnas följande rekommendationer efter genomförd granskning:

- Kommunstyrelsen och utskott bör säkerställa och efterfråga redovisning och dokumentation av hur verksamheternas interna kontroll fungerar minst en gång per år. Av kommunstyrelsens och utskottens protokoll framgår inte att så har skett under det senaste året.
- För att uppnå en enhetlig struktur vid implementering och rapportering av intern kontroll bör kommunledningen upprätta riktlinjer för den interna kontrollen. Riktlinjerna bör bland annat innehålla krav på att en internkontrollplan upprättas för varje verksamhetsområde. Internkontrollplanen bör baseras på en risk- och väsentlighetsanalys och den interna kontrollen bör fokuseras på identifierade väsentliga risker genom att relevanta kontrollaktiviteter kopplas mot dessa risker. Riktlinjerna bör vidare inkludera rutiner för systematisk utvärdering, rapportering och uppföljning av den interna kontrollen.
- Kommunledningen bör säkerställa att reglementet om intern kontroll och riktlinjer för intern kontroll är väl kända och implementerade i hela verksamheten. Information och utbildning av reglemente och riktlinjer bör ske exempelvis vid kommunens ledardagar.
- Kommunstyrelsen bör även fastställa hur och vem som ansvarar för att nämnden och utskotten genomför en riskbedömning samt att riskbedömningen skall omfatta samtliga fyra riskkategorier, strategiska, operationella/verksamhetskritiska, finansiella risker samt risk för att lag inte efterlevs.

## 2. Inledning

### 2.1. Bakgrund

Kommunrevisionen i Stenungsunds kommun har med anledning av de brister som under 2010 framkommit kring intern kontroll i andra kommuner beslutat göra en fördjupad granskning hur kommunen säkerställer en god intern kontroll. Vidare har kommunrevisionens risk- och väsentlighetsanalys legat till grund för beslutet att granska hur riskhanteringen fungerar inom ett urval av kommunens verksamhetsområden. Granskningen har också omfattat att bedöma hur kommunstyrelsen tar sitt ansvar i dessa frågor.

Av kommunallagens 6 kap. 7 § framgår att ” Den (nämnden) skall se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller när vården av en kommunal angelägenhet med stöd av 3 kap. 16 § har lämnats över till någon annan.”

Det primära syftet med intern kontroll i offentlig verksamhet är att säkerställa att de av fullmäktige fastställda målen uppfylls. Intern kontroll är det verktyg med vilket kommunstyrelse/nämnd och verksamhetsområde/utskott säkerställer att verksamheten styr mot målen. Den interna kontrollen omfattar alla system, processer och rutiner som syftar till att styra ekonomi, prestationer och kvalitet. Den mest etablerade definitionen av intern kontroll har utarbetats av COSO<sup>1</sup> och lyder i princip enligt följande:

*Intern kontroll är en process, där såväl den politiska som den professionella ledningen och övrig personal samverkar. Processen är utformad för att med rimlig grad av säkerhet uppnå följande mål:*

- *Ändamålsenlig och effektiv verksamhet*
- *Tillförlitlig finansiell rapportering och information om verksamheten*
- *Efterlevnad av tillämpliga lagar föreskrifter, riktlinjer mm.*

Ernst & Young fick i uppdrag att genomföra denna granskning och arbetet har utförts under november 2011.

### 2.2. Syfte och avgränsning

Granskningens syfte har varit att granska hur väl arbetet med riskhantering och intern kontroll genomsyrar verksamhetens samtliga nivåer.

Granskningen är avgränsad till att belysa den interna kontrollen på en central övergripande nivå och inom verksamhetsområdena Barn och Utbildning samt Individ- och Familjeomsorg. Urvalet av verksamhetsområden har skett i samråd med de förtroendevalda revisorerna.

### 2.3. Revisionsfrågor

Följande revisionsfrågor har formulerats utifrån syftet och skall sammantaget besvaras i granskningen:

*Kontrollmiljö:*

- Har kommunen en gemensam syn på intern styrning och kontroll som har kommunicerats till verksamheten?
- Finns tydliga verksamhetsmässiga och ekonomiska styrprinciper för verksamheten?

---

<sup>1</sup> The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission

- Finns det övergripande policys & riktlinjer för intern kontroll och en tydlighet i organisationens syn på etik och moral?
- Finns det en kultur som främjar intern styrning och kontroll?
- Är medarbetarna medvetna om organisationens värderingar, etik och moral?
- Finns det ett forum för att hantera händelser som indikerar brister i intern styrning och kontroll och misstankar om oegentligheter?
- Finns det en ändamålsenlig organisation med tydligt uttalade roller och ansvar?

#### *Riskbedömning:*

- Finns det en gemensam modell för att identifiera risker?
- Har organisationen en hög medvetenhet om behovet av att arbeta med riskidentifiering?
- Genomförs en årlig uppdatering av verksamhetskritiska risker?

#### *Kontrollaktiviteter:*

- Finns det kontroller kopplade till identifierade risker?
- Är ansvar, befogenheter och behörigheter tydligt uttalade?
- Finns det fastställda instruktioner för hur kontroller definieras och dokumenteras?

#### *Information – och kommunikation:*

- Finns det en struktur för hur information kommuniceras till verksamheten?
- Finns det en struktur för att fånga upp information från verksamheten?
- Finns det en rutin för att säkerställa att medarbetare tagit del av väsentlig information?
- Finns det ett system för rapportering av väsentliga avvikelser och brister i intern styrning och kontroll?
- Finns det riktlinjer för hur misstankar om oegentligheter ska kommuniceras?
- Finns det riktlinjer för hur verksamheten ska kommunicera externt (brukare, media mm)?
- Hålls riktade utbildningar för chefer och nyckelpersoner i verksamheten?

#### *Uppföljning & Utvärdering:*

- Följs verksamheten upp ur ett operationellt och ekonomiskt perspektiv?
- Finns det en systematisk uppföljning och utvärdering av intern styrning och kontroll?
- Följs de direktiv/uppdrag/mål som ges till verksamheten upp? Omfattar uppföljningen:
  - kvalitet?
  - kostnadseffektivitet?
  - Resursanvändning?
  - Produktivitet?
  - Kostnader i förhållande till budget?
- Dokumenteras åtgärdsplaner för revisionsnoteringar och följs dessa upp?

## **2.4. Revisionskriterier**

Med revisionskriterier, i enlighet med Sveriges Kommunala Yrkesrevisorer (SKYREV), avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar.

Revisionskriterierna för denna granskning utgörs i huvudsak av Kommunallagens 6 kap. 7 § vilken reglerar styrelser och nämnders uppdrag. Ytterligare revisionskriterier är den definition och det ramverk för intern kontroll som utarbetats av COSO och som delats in i följande fem

komponenter, *kontrollmiljö, riskbedömning, kontroller, information och kommunikation och övervakning och uppföljning* samt kommunens reglemente avseende intern kontroll.

## **2.5. Metod**

Granskningen genomfördes i huvudsak som en dokument- och intervjustudie med avseende på kommunen som helhet samt inom de utvalda verksamhetsområdena.

I huvudsak baseras granskningen på en översiktlig genomgång av erhållna dokument (bilaga 1), lagstiftning, kommunens policys och riktlinjer samt intervjuer med ett urval av verksamhetsföreträdare utifrån ovan redovisade revisionsfrågor (bilaga 2).

Till stöd för granskningen har ett granskningsprogram använts som är särskilt framtaget för granskning av intern kontroll. Granskningsprogrammet utgår från COSO-ramverkets fem komponenter: kontrollmiljö, riskbedömningar, kontroller, information och kommunikation samt utvärdering och uppföljning (bilaga 3).

## **2.6. Kvalitetssäkring**

Innan rapporten överlämnats till de förtroendevalda revisorerna har rapporten kvalitetsgranskats. Det innebär att samtliga intervjuade verksamhetsföreträdare har fått möjlighet att lämna synpunkter på rapportens sakinhåll och att rapporten kvalitetsgranskats av sakkunnig kollega inom Ernst & Young.



### 3. Granskningsresultat

Nedan redogörs för revisionsfrågorna utifrån dokumentstudier och intervjuer. Först redogörs för ett allmänt svar utifrån vad samtliga respondenter svarat och sedan lämnas ytterligare svar relaterade till granskade verksamhetsområden.

#### 3.1. Kontrollmiljön

*Kontrollmiljön anger tonen i en organisation och påverkar kontrollmedvetenheten hos dess medarbetare. Det är grunden för alla andra komponenter för intern styrning och kontroll och erbjuder ordning och struktur. Faktorer inom kontrollmiljön innefattar integritet, etiska värden, kompetensen hos medarbetarna i organisationen, ledningens filosofi och ledarstil, det sätt på vilket ledningen fördelar ansvar och befogenheter och organiserar och utvecklar dess medarbetare samt den uppmärksamhet och vägledning som nämnden/utskottet ger.*

Stenungsund kommuns nuvarande reglemente för intern kontroll beslutades av fullmäktige 2010-04-12. Ambitionen var att i det reglementet tydliggöra nämndernas skyldighet att styra och följa upp det interna kontrollsystemet. Reglementet innehåller i huvudsak hur den interna kontrollen skall organiseras och följas upp samt vilket ansvar organisationen har för den interna kontrollen. Det framgår att kommunstyrelsen har det övergripande ansvaret för att det finns en god intern kontroll i kommunens verksamheter, att det är nämnderna/utskotten som har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive ansvarsområde samt att det är varje verksamhetschef som ansvarar för att konkreta regler och anvisningar är utformade så att god intern kontroll kan upprätthållas.

Utöver kommunens reglemente om intern kontroll finns andra riktlinjer som stärker den interna kontrollen såsom till exempel:

- Delegationsordning
- Attestreglemente
- IT-säkerhetsinstruktioner
- Mutor och bestickning
- Bisyslor

Därutöver har gemensamma värderingar sammanställts i kommunen i dokumentet "Vår syn på medarbetar- och ledarskap – en gemensam värdegrund". Där återfinns vilka förväntningar kommunen har på medarbetare och chefer liksom medarbetares och chefers ansvar i kommunen. Värderingarna är beslutad av verksamhetsområdesledningen i samverkan med de fackliga organisationerna.

##### 3.1.1. Har kommunen en gemensam syn på intern kontroll som har kommunicerats till verksamheten?

I reglementet definieras intern kontroll, en definition som i stort överensstämmer med den definition som utarbetats av COSO och som återfinns ovan i avsnittet 2.1. Reglementet är fastställt av kommunfullmäktige och finns tillgängligt på kommunens intranät, Lotsen.

Vid intervjuerna framkom att reglementet om intern kontroll inte var känt av samtliga respondenter samt att begreppet intern kontroll i huvudsak kopplas till ekonomiska flöden. Vidare framkom vid intervjuerna att reglementet för intern kontroll inte upplevs som genomarbetat och förankrat.

Den interna kontrollen byggs upp för varje verksamhetsområde vilket innebär att den är utvecklad i olika hög grad inom kommunens olika verksamhetsområden.

#### *Bedömning*

Stenungsunds kommun har ett fastställt reglemente som definierar begreppet intern kontroll och som tydliggör kommunens syn på intern kontroll. Då vi kunnat konstatera att det finns bristande kunskaper hos medarbetarna om att reglementet finns men också om dess innehåll bedömer vi att det i kommunen finns ett behov av att uppdatera både politiker och medarbetare om vad innehållet i reglementet innebär.

Vid intervjuerna framkom vidare att begreppet intern kontroll definieras olika inom kommunen. Verksamheterna genomför dock en rad aktiviteter i den löpande styrningen och uppföljningen som är att betrakta som intern kontroll. Vi noterade att det inte är tydligt hur arbetet med den interna kontrollen skall bedrivas och vi bedömer att det finns en varierande förståelse för intern kontroll i enlighet med COSO-modellen. Vi rekommenderar att COSO-modellen kommuniceras och tillämpas för att skapa ett gemensamt synsätt på hur en systematisk intern kontroll bör utformas. För att ytterligare öka förståelsen av intern kontroll i enlighet med COSO-modellen rekommenderar vi att gemensamma riktlinjer för intern kontroll upprättas där det mer konkret framgår vad som förväntas av respektive nämnd/utskott, kommundirektör samt verksamhetschef.

I reglementet framgår hur den interna kontrollen skall vara organiserad och vilket ansvar som åligger kommunstyrelsen, nämnder/utskott samt medarbetare. Vår bedömning är att det är otydligt i organisationen vilka förväntningar som finns på arbetet med den interna kontrollen. Vi bedömer att det är nödvändigt att kommunstyrelsen förtydligar det delegerade ansvaret för arbetet med den interna kontrollen enligt kommunallagen 6 kap. 7§.

#### *3.1.2. Finns tydliga verksamhetsmässiga och ekonomiska styrprinciper för verksamheten?*

Varje verksamhetsår fastställs styrprinciper för verksamheten, både ekonomiska och verksamhetsmässiga. För de verksamheter som har att förhålla sig till speciallagstiftning inkluderas de krav som ställs enligt lag i de verksamhetsmässiga styrprinciperna.

#### *Bedömning*

Vid intervjuerna framkom dels att de ekonomiska styrprinciperna upplevs som tydliga och mätbara dels att de uppfattas som överordnade de verksamhetsmässiga styrprinciperna.

De verksamhetsmässiga styrprinciperna, förutom de som framgår av speciallagstiftning, upplevs som omfångsrika och otydliga. Inför 2012 har de verksamhetsmässiga styrprinciperna förtydligats vilket enligt flera respondenter innebär att framtida verksamhetsmässiga styrprinciper är tydligare.

#### *3.1.3. Finns det övergripande policys & riktlinjer för intern kontroll och en tydlighet i organisationens syn på etik och moral?*

I avsnitt 3.1 ovan framgår att det i kommunen finns det ett reglemente för intern kontroll.

Vad gäller tydligheten i kommunens syn på etik och moral saknas en övergripande policy kring etik och moral. Indirekt framgår kommunens syn på etik och moral av andra dokument såsom till exempel Vår syn på medarbetar- och ledarskap och Muta och bestickning. Det senare dokumentet ingår som en del i policy och riktlinjer för inköp och upphandling och är därför inte allmänt känt bland medarbetarna i kommunen.

### *Bedömning*

Vår bedömning är att det finns en övergripande policy för intern kontroll men att riktlinjer för hur denna skall tillämpas saknas.

Vid intervjuerna framkom att en övergripande policy för etik och moral saknas dock hänvisade ett flertal av de intervjuade personerna till dokumentet Vår syn på medarbetar- och ledarskap. Foldern är väl inarbetad och den gemensamma värdegrund som foldern redogör för är väl känd bland medarbetarna.

Vår bedömning är att kommunen bör upprätta en övergripande policy kring etik och moral och informera om och tydliggöra innehållet i existerande dokument.

#### *3.1.4. Finns det en kultur som främjar intern styrning och kontroll?*

En kultur som främjar intern styrning och kontroll omfattar bland annat att ledningen är engagerad och diskuterar intern kontroll regelbundet på ledningsmöten eller andra ledningsforum, att det finns riktlinjer som tydliggör vad som förväntas i internkontrollarbetet, att det finns en ansvarig person för kommunens intern kontroll, att avrapportering av hur den interna kontrollen fungerar sker löpande till kommunstyrelsen samt att kommunens värderingar regelbundet diskuteras och uppdateras.

### *Bedömning*

Vår bedömning är att det finns en positiv syn på intern kontroll i kommunen men att det saknas en struktur för hur arbetet med intern kontroll praktiskt skall genomföras. Vår rekommendation är att kommunen upprättar riktlinjer för intern kontroll där det dels framgår hur en riskbedömning skall genomföras så att den kan ligga till grund för den interna kontrollen, dels framgår att en internkontrollplan per verksamhetsområde skall upprättas där kontrollaktiviteter kopplas till väsentliga risker.

#### *3.1.5. Är medarbetarna medvetna om organisationens värderingar, etik och moral?*

Kommunens värderingar har samlats i Vår syn på medarbetar- och ledarskap. Dokumentet är framtaget i samverkan med de fackliga organisationerna och beslutad 2006-10-12 av förvaltningsledningen.

En övergripande policy för etik och moral saknas i kommunen.

### *Bedömning*

Vår bedömning är att kommunens värdegrund är väl känd av medarbetarna och att det upplevs som "man lever som man lär". Värderingarna är dock en tjänstemannaprodukt och enligt uppgift inte beslutad av den politiska organisationen. Vi rekommenderar att resultatet av kommunens pågående uppdatering av värdegrunden fastställs av den politiska organisationen.

Vidare föreslår vi att kommunen upprättar en övergripande policy kring etik och moral som kommuniceras på ett tydligt sätt på kommunens hemsida och intranät. Till denna kan kommunens värdegrund och dokumentet för muta och bestickning bifogas för att ytterligare stärka innehållet i policyn.

#### *3.1.6. Finns det ett forum för att hantera händelser som indikerar brister i intern styrning och kontroll?*

Enligt reglementet för intern kontroll skall kommundirektören vid minst två tillfällen per år få en redovisning av hur intern kontrollarbetet fungerar inom respektive verksamhet. Denna

redovisning skall dokumenteras och redovisas till respektive utskott och nämnd som då har möjlighet att få ytterligare områden redovisade.

Skador och tillbud rapporteras i det av kommunen använda digitala verktyget Skalman. För användning av verktyget finns en lathund där det klargörs vad för typ av avvikelser som ska rapporteras. Tillbud definieras som "en händelse som kan ge eller skulle kunna ge upphov till skada, sjukdom eller annan skadlig inverkan i arbetet". Verktyget är uppbyggt så att den som gör anmälan fyller i svarsalternativ om typ av skada samt ansvarig arbetsplats, handläggare och skadekategori. Dessutom skall det framgå om, och i sådana fall vilka, externa instanser som bör underrättas om händelsen. När ärendet är registrerat har aktuell verksamhetschef huvudansvaret för utredning och uppföljning. Huvudskyddsombud, säkerhetssamordnare och personaladministratör läser anmälan och vidtar åtgärder vid behov.

Vid misstanke om mutor och bestickning finns dokumenterade instruktioner om vem som skall kontaktas, i första hand närmaste chef och i andra hand kommunens upphandlingschef.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att det i kommunen finns forum för att hantera händelser som indikerar brister i intern styrning och kontroll. Vår bedömning är vidare att de händelser som idag rapporteras och hanteras i huvudsak avser skador och tillbud. Kommunens digitala system för dessa typer av avvikelser, Skalman, fungerar ändamålsenligt och är väl implementerat i kommunen. Vår rekommendation är att kommunen bör se över möjligheten att utveckla rapporteringen i Skalman så att även andra händelser som indikerar brister i den interna styrningen och kontrollen kan rapporteras och hanteras via Skalman. För att det skall fungera ändamålsenligt bör dock en internkontrollplan ligga till grund för vilka avvikelser som i så fall skall rapporteras i Skalman.

Vidare är vår bedömning att den instruktion som finns avseende rapportering vid misstanke om mutor och bestickning inte är tillräckligt känd inom kommunen.

#### *3.1.7. Finns det en ändamålsenlig organisation med tydligt uttalade roller och ansvar?*

I reglemente för intern kontroll har roller och ansvar avseende den interna kontrollen tydliggjorts. Ovan, under avsnitt 3.1, redogörs för innehållet i reglementet och hur ansvaret för den interna kontrollen har organiserats.

En ny och omarbetad delegationsordning skall antas under hösten 2011 vilken utgör grund för att roller och ansvar i övrigt upplevs ändamålsenliga av respondenterna.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att det finns en ändamålsenlig organisation med tydligt uttalade roller och ansvar avseende den interna kontrollen. Avsaknaden av riktlinjer för intern kontroll innebär dock att det inte framgår vad ansvaret innebär i form av förväntningar och kvalitet på den interna kontrollen.

Vår bedömning är vidare att den omarbetade delegationsordningen bör utgöra en god grund för tydligt uttalade roller och ansvar då företrädare för kommunens verksamhetsområden varit delaktiga i framtagandet av delegationsordningen. Vi kan dock notera att den är omfattande och vid granskningstillfället ännu inte antagen.

---

#### *3.1.8. Barn och utbildning (BoU)*

Inom BoU har ett antal rutinbeskrivningar upprättats som stöd för att verksamheten skall bedrivas i enlighet med gällande lagar och regler. Det finns bland annat barnomsorgsrutin,

likabehandlingsplan, rutin för godkännande av friskolor, rutin för barn med skyddad identitet etc. Inom BoU finns en internkontrollplan framtagen 2006 och som uppdaterats under senare år och därför fortfarande anses aktuell. Verksamheten har klara ekonomiska styrprinciper och i huvudsak genom lagar och regler finns klara verksamhetsmässiga styrprinciper. BoU upplever att kommunens specifika verksamhetsmässiga styrprinciper inte har varit tydliga men att de har förtydligats inför 2012. Incidenter i form av tillbud och skador rapporteras och följs upp i Skalman.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att kontrollmiljön inom BoU är god. Vi har uppmärksammat att ledningen för BoU upprättat en internkontrollplan över väsentliga kontrollåtgärder för att verksamheten skall följa väsentliga lagar.

#### *3.1.9. Individ och Familjeomsorg (IFO)*

IFO har, som BoU, upprättat ett antal rutinbeskrivningar som stöd för att verksamheten skall bedrivas i enlighet med gällande lagar och regler. Någon internkontrollplan har inte upprättats och begreppet intern kontroll uppfattas som mer kopplat till ekonomiska flöden. IFO upplever att både de ekonomiska och verksamhetsmässiga målen är tydliga och mätbara. IFO har vidare upprättat egna värderingar som finns i Riktlinjer inom IFO. Incidenter i form av tillbud och skador rapporteras och följs upp som Lex-Sarah ärenden och/eller i Skalman.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att kontrollmiljön inom IFO:s verksamhetsområde är god. Av granskningen framkom dock att intern kontroll inte är känt i dess vidare betydelse inom IFO.

### **3.2. Riskbedömningar**

*Varje organisation möter många olika risker av externt och internt ursprung som måste värderas. En förutsättning för riskbedömningen är att verksamheten har övergripande mål som är väl förankrade på olika nivåer i organisationen. Riskbedömningen är identifieringen och analysen av relevanta risker för att uppnå målen och utgör basen för att bestämma hur riskerna skall hanteras.*

*För att effektivt kunna skydda sig mot oönskade händelser måste en organisation systematiskt identifiera var i verksamheten risker kan uppträda, samt därefter värdera de identifierade riskerna och besluta om hur de skall hanteras.*

I COSO- ramverket indelas verksamhetens risker i fyra olika kategorier, strategiska, operationella/verksamhetskritiska, finansiella risker samt risker för att lagar och regler inte efterlevs (bilaga 4). Indelningen skall säkerställa att verksamhetens samtliga risker beaktas.

I kommunens reglemente för organisation och utvärdering av intern kontroll framgår att en riskbedömning av verksamheten skall ligga till grund för den styrning och interna kontroll som varje utskott och nämnd har det yttersta ansvaret för.

#### *3.2.1. Finns det en gemensam modell för att utvärdera risker?*

I kommunen har säkerhetssamordnaren ansvar för samordning och praktiskt framtagande av en risk- och sårbarhetsanalys inom kommunen. Den modell som används bygger på Försvarsmaktens riskhanteringsmodell vilket innebär att det är de operationella riskerna som identifieras och redovisas, i huvudsak risker fokuserade på fysisk påverkan.

Kommunens ambition är att det för 2011 skall sammanställas en risk- och sårbarhetsanalys med avseende på hot och våld som inkluderar kommunens samtliga verksamheter.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att det finns en modell för att identifiera och hantera risker. Idag är det i huvudsak risker för fysisk påverkan som identifieras och utvärderas.

Vi rekommenderar Stenungsunds kommun att fortsätta att utveckla övergripande rutiner för identifiering och hantering av risker så att detta arbete omfattar samtliga fyra riskkategorier enligt COSO. Kommunen bör vidare säkerställa att löpande riskbedömningar utförs och ligger till grund för styrning och utvärdering av den interna kontrollen. Det är också viktigt att tydliggöra organisation och ansvar för riskhantering.

#### *3.2.2. Har organisationen en hög medvetenhet om behovet av att arbeta med riskidentifiering?*

Inom kommunen finns en stor förståelse för att identifiera risker i enlighet med kommunens risk- och sårbarhetsanalys, dvs. risker med fokus på fysisk påverkan. Det finns dock ingen verksamhet som har identifierat risker inom COSOs samtliga fyra riskkategorier och i undantagsfall har kontrollaktiviteter baserats på identifierade risker.

#### *Bedömning*

Den samordnade framtagningen av en risk- och sårbarhetsanalys per verksamhetsområde har ökat medvetenheten om behovet av att arbeta med riskidentifiering. Vår bedömning är att medvetenheten kan breddas genom att öka förståelsen och kunskapen om att identifiera risker inom samtliga COSOs riskkategorier samt genom att skapa förståelse för att den interna kontrollen bör baseras på väsentliga risker.

#### *3.2.3. Genomförs en årlig uppdatering av verksamhetskritiska risker?*

Tidigare år har det inte genomförts en samlad uppdaterad risk- och sårbarhetsanalys som omfattat kommunens samtliga verksamhetsområden. Det har då varit upp till varje verksamhetschef att identifiera och följa upp verksamhetens risker.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att det tidigare år inte genomförts en årlig uppdatering av verksamhetskritiska risker inom kommunens samtliga verksamhetsområden. Den i år samordnade framtagningen av en risk- och sårbarhetsanalys möjliggör en årlig uppdatering av verksamhetskritiska risker framöver.

#### *3.2.4. Barn och Utbildning (BoU)*

Ledningen inom BoU uppfattar att det finns en intern struktur för hur arbetet med riskidentifiering ska gå till. Riskarbetet är styrt enligt nationella lagar där personal på förskolor och skolor är väl inarbetade i att bedöma och hantera risker. Inom verksamheten förs en dialog kring innebörden av riskidentifiering och för förskolor och skolor har risker identifierats och handlingsplaner upprättats i huvudsak vad gäller risker för kriser, hot och våld.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att BoU har identifierat och hanterat risker för kriser, hot och våld för respektive enhet. Den mer övergripande riskidentifieringen har liksom för kommunens övriga verksamhetsområden inte genomförts.

### 3.2.5. Individ och Familjeomsorg (IFO)

Vid granskningstillfället hade IFO just startat arbetet med att genomföra en risk- och sårbarhetsanalys för verksamheten. Risk- och sårbarhetsanalysen avsåg i första hand våld och hot. Under det senaste året har diskussioner om risker i huvudsak koncentrerats till frågor om sekretess avseende journalhantering. Risker i samband med journalhantering uppmärksammas då det finns nationella bestämmelser och riktlinjer från socialstyrelsen som påverkar verksamhetens riskidentifiering.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att risker identifieras och hanteras utifrån nationella lagar och regler men att en sammantagen och övergripande riskanalys inte har genomförts.

### 3.3. Kontroller

*Kontrollaktiviteter bidrar till att säkerställa att fastställda policys och rutiner följs. De bidrar till att nödvändiga åtgärder vidtas för att hantera risker för att organisationens mål inte uppnås. Kontrollaktiviteter äger rum inom hela kommunen, på alla nivåer och i alla funktioner. De innefattar en rad aktiviteter av olika slag såsom t ex. godkännanden, attester, krav på verifikationer, avstämningar, uppföljningar av verksamhetens mål och ekonomiska resultat.*

#### 3.3.1. Finns det kontroller kopplade till identifierade risker?

Stenungsund kommun har ingen fastställd modell för hur kontrollaktiviteter skall kopplas till väsentliga risker och det finns inte heller någon gemensam rutin för att sammanställa kontroller i t ex en internkontrollplan. I reglementet framgår att konkreta regler och anvisningar skall utformas så att den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde är tillräcklig för att upprätthålla en god intern kontroll.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att kontroller inte systematiskt har kopplats till identifierade risker. Avsaknaden av en internkontrollplan innebär att det är svårt att översiktligt bedöma hur väl utvecklade kontrollrutiner som finns inom kommunen.

#### 3.3.2. Är ansvar, befogenheter och behörigheter tydligt uttalade?

Ansvar för intern kontroll framgår i reglementet om intern kontroll. Varje verksamhetschef ansvarar för att leda arbetet med att åstadkomma och upprätthålla en god intern kontroll inom respektive verksamhetsområde. Vidare har, som nämnts tidigare, utskotten/nämnderna det yttersta ansvaret och kommunstyrelsen det övergripande ansvaret. Kommundirektören skall vid två tillfällen om året träffa verksamhetschefer för att få en redovisning av hur det interna kontrollarbetet fungerar, denna redovisning skall dokumenteras och därefter redovisas till respektive utskott och nämnd.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att ansvar, befogenheter och behörigheter är tydligt uttalade i reglementet för intern kontroll.

#### 3.3.3. Finns det fastställda instruktioner för hur kontroller definieras och dokumenteras?

I kommunen finns det inte fastställda instruktioner eller riktlinjer för hur kontroller skall definieras och dokumenteras.

### *Bedömning*

Då fastställda instruktioner för hur kontroller definieras och dokumenteras saknas rekommenderar vi att kommunen tar fram riktlinjer för arbetet med intern kontroll och att det i dessa framgår hur kontroller definieras och dokumenteras.

#### *3.3.4. Barn och Utbildning (BoU)*

Inom BoU finns en internkontrollplan framtagen. Internkontrollplanen består av fyra kontrollaktiviteter, andelen obehöriga lärare, erbjudande av barnomsorgsplatser inom viss tid, förekomst av likabehandlingsplaner samt registerkontroll av anställda. Samtliga kontroller är relaterade till krav enligt lag. Identifierade risker enligt risk- och sårbarhetsanalysen ligger inte till grund för kontrollaktiviteterna eftersom de riskerna i huvudsak är relaterade till hot och våld.

Incidenter anmälda i Skalman används ur kontrollsynpunkt både för att hantera och följa upp inträffade och befarade tillbud och skador.

### *Bedömning*

Vår bedömning är att den internkontrollplan som upprättats och används inom BoU kan utvecklas genom att kontrollaktiviteter kopplas till väsentliga risker.

#### *3.3.5. Individ och Familjeomsorg (IFO)*

Inom IFO finns inte formaliserade och dokumenterade kontrollaktiviteter baserade på identifierade risker. Det finns t ex ingen internkontrollplan upprättad där kontrollaktiviteter samlats. Det är första året som en risk- och sårbarhetsanalys tas fram inom IFO varför inte heller informella kontroller kunnat baseras på identifierade väsentliga risker. Rapportering, uppföljning och utvärdering sker av de anmälningar som gjorts enligt Lex-Sarah och Lex-Maria samt av incidenter rapporterade i Skalman.

### *Bedömning*

Vår bedömning är att IFO saknar formaliserade kontrollaktiviteter baserade på väsentliga risker.

## **3.4. Kommunikation och information**

*Effektiv kommunikation måste förekomma för en god intern kontroll och flöda nedåt, uppåt och över hela organisationen. All personal måste få ett klart budskap från den högsta ledningen att ansvaret för intern styrning och kontroll måste tas på allvar. Relevanta kategorier av anställda måste få utbildning om risker som kan uppträda inom deras arbetsområden. De måste ha en kanal för att kommunicera betydelsefull information uppåt. Det finns också behov av effektiv kommunikation med externa parter, såsom kunder och leverantörer.*

### *3.4.1. Finns det en struktur för hur information kommuniceras till verksamheten?*

Medarbetarna i Stenungsunds kommun informeras via regelbundna chefs- och medarbetarmöten samt via intranätet, Lotsen.

### *Bedömning*

Vår bedömning är att det finns en fungerande struktur för hur information kommuniceras till verksamheten, både muntligt via chefs- och medarbetarmöten och skriftligt via intranätet.



### 3.4.2. Finns det en struktur för att fånga upp informationen från verksamheten?

Information och synpunkter från medarbetarna kan lämnas till närmaste chef och vid regelbundet återkommande arbetsplatsmöten. Incidenter fångas upp i rapportsystemet Skalman där tillbud och skador löpande skall rapporteras, åtgärdas och följas upp.

#### *Bedömning*

Vi bedömer att det finns en struktur för att fånga upp information från verksamheten men att den kan förbättras genom att Skalman utvidgas till att omfatta även brister i den interna kontrollen.

### 3.4.3. Finns det en rutin för att säkerställa att medarbetare tagit del av väsentlig information?

Det finns inte någon kontroll som säkerställer att medarbetare tagit del av väsentlig information annat än i samband med anställning då t ex tystnadsplikt skall skrivas under. Det finns heller ingen rutin att informera personalen om skyldigheten att ta del av information och fastställda riktlinjer, det är upp till varje chef att se till att så sker.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att det inte finns några systematiska kontroller som säkerställer att medarbetarna tagit del av väsentlig information såsom genom t ex en medarbetarbekräftelse eller krav på närvaro. Vi har dock noterat att det inom samhällsbyggnad upprättas ett dokument avseende kontrollattestens omfattning och när en medarbetare tilldelas det ansvaret skall detta dokument signeras. Vi rekommenderar att blanketten används inom hela kommunen.

### 3.4.4. Finns det ett system för rapportering av väsentliga avvikelser och brister i den interna kontrollen?

Kommunen har inte fastställt en formell struktur för att rapportera den interna kontrollen t ex genom att verksamheterna upprättar internkontrollplaner och rapporterar avvikelser och brister utifrån upprättad plan. Av reglementet framgår att verksamhetschefer regelbundet skall rapportera till kommundirektören hur den interna kontrollen fungerar inom respektive verksamhet.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att det saknas ett tillförlitligt system för att rapportera brister i den interna kontrollen. Rapporteringen till kommundirektören har nämnts vid någon enstaka intervju, men vi har inte erhållit någon redovisning av dessa rapporter och protokoll från kommunstyrelse- och utskottssammanträden visar inte att redovisning av den interna kontrollen varit uppe på agendan det senaste året.

### 3.4.5. Finns det riktlinjer för hur misstankar om oegentligheter ska kommuniceras?

I dokumentet Muta och bestickning finns riktlinjer om vem som skall kontaktas om misstankar om oegentligheter uppkommer, i första hand närmaste chef i andra hand upphandlingschefen.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att det finns riktlinjer om hur misstankar om oegentligheter skall kommuniceras i verksamheten. Dock noterades vid granskningen att ett flertal av de intervjuade personerna inte kände till riktlinjerna varför vi rekommenderar att kommunen säkerställer att dokumentet Muta och bestickning kommuniceras till samtliga medarbetare.

### 3.4.6. Finns det riktlinjer för hur verksamheten ska kommunicera externt (brukare, media mm)?

Stenungsunds kommun har en av kommunfullmäktige fastställd informationspolicy där informationsansvaret fördelas enligt följande:

- Kommunstyrelsen har ansvar för den övergripande informationen
- Informationssekreteraren har ansvar för den övergripande interna och externa informationen till personal och kommuninvånare
- Varje chef har rätt och ansvar att informera om sitt verksamhetsområde såväl internt som externt enligt riktlinjerna för det löpande arbetet
- Alla anställda har rätt att uttala sig om sin verksamhet

I informationspolicyn framgår vidare vad den externa kommunikationen skall syfta till och hur den praktiskt skall ske.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att det i kommunen finns riktlinjer för hur den externa kommunikationen skall ske. Vi har dock noterat att policyn inte var känd av samtliga personer som intervjuades samt att informationssekreterarens ansvar inte uppfattas inkludera den externa kommunikationen.

### 3.4.7. Hålls riktade utbildningar för chefer och nyckelpersoner i verksamheten?

Chefsdagar med utbildningsinslag hålls ca fyra gånger per år och en utbildningsdag hålls någon gång per år för nyanställda.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att det regelbundet hålls utbildningar för chefer och nyckelpersoner i verksamheten. Vår rekommendation är att kommunen använder chefs- och medarbetardagar för att informera om och säkerställa att väsentliga policys och riktlinjer är kända av medarbetarna inom kommunen.

### 3.4.8. Barn och Utbildning (BoU)

BoU genomför regelbundet möten med medarbetare på olika nivåer för att säkerställa kommunikationen till och från verksamheten. Dessutom publiceras information på intranätet Lotsen och på Fronten som är det digitala personalrummet inom BoU.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att informationen kanaliseras på ett tillförlitligt sätt inom BoU.

### 3.4.9. Individ och Familjeomsorg (IFO)

IFO genomför regelbundna möten med medarbetarna för att säkerställa kommunikationen till och från verksamheten. Intranätet används och ibland skickas mail till hela personalen för att uppmärksamma personalen om ny information på intranätet.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att informationen kanaliseras på ett tillförlitligt sätt inom IFO.

### 3.5. Utvärdering och uppföljning

*Interna styr- och kontrollsystem behöver övervakas, följas upp och utvärderas – en process som bestämmer kvalitén på systemets resultat över tiden. Det åstadkoms genom löpande övervakningsåtgärder och uppföljningar, separata utvärderingar eller en kombination av dessa. Uppföljningen genomförs för att säkerställa att de kontroller som designats för att möta risker verkligen utförs och fungerar som det är tänkt.*

#### 3.5.1. Följs verksamheten upp ur ett operationellt och ekonomiskt perspektiv?

Stenungsunds kommun har en struktur för ekonomisk återrapportering och verksamhetsuppföljning. Återrapporteringen sker vid tre tillfällen under året, i delårsboksluten och i årsbokslutet. Vid dessa tillfällen skall rapport lämnas både av det ekonomiska och av det verksamhetsmässiga utfallet.

##### *Bedömning*

Vår bedömning är att verksamheten följs upp både ur ett operationellt och ekonomiskt perspektiv men att verksamhetsuppföljningen kan utvecklas då fastställda verksamhetsmål uppfattas som allt för generella av respondenterna och därför svåra att mäta och följa upp.

#### 3.5.2. Finns det en systematisk uppföljning och utvärdering av intern styrning och kontroll?

Uppföljning av den interna kontrollen är en viktig del i verksamheten, då resultatet av uppföljningen bör ligga till grund för det fortsatta arbetet med intern kontroll. Det bör ske en löpande utvärdering av identifierade väsentliga kontroller i syfte att säkerställa att de utförts och fungerar som avsett.

Enligt reglementet för intern kontroll är det varje verksamhetschef som ansvarar för att leda arbetet med att åstadkomma och upprätthålla en god intern kontroll. Det inkluderar att se till att utvärdering och uppföljning sker. Det arbetet skall rapporteras till kommundirektören två gånger per år samt dokumenteras och redovisas till respektive utskott och nämnd.

##### *Bedömning*

Vår bedömning är att det i reglementet för intern kontroll framgår att en systematisk uppföljning och utvärdering av den interna kontrollen skall ske men att det i praktiken endast sker uppföljning av de delar som rapporteras i Skalman. Det beror bland annat på att kommunstyrelsen, med avseende på det senaste årets sammanträdesprotokoll, inte synes efterfrågat någon redovisning av hur den interna kontrollen fungerar men också på grund av att riktlinjer för intern kontroll saknas.

Vi rekommenderar att Stenungsunds kommun upprättar riktlinjer för intern kontroll som inkluderar rutiner för hur och när utvärdering och uppföljning skall ske. För att kommunen effektivt skall kunna utvärdera och följa upp den interna kontrollen krävs en enhetlighet i arbetet med intern kontroll som är baserat på väsentliga risker, identifierade och formaliserade kontrollaktiviteter samt riktlinjer för utvärdering och uppföljning. Kommunstyrelsen skall, på grund av sitt övergripande ansvar för den interna kontrollen, ansvara för utformningen av önskad rapportering.

#### 3.5.3. Följs de direktiv/uppdrag/mål som ges till verksamheten upp?

I återrapporteringen som nämns ovan sker uppföljning av verksamheten. Den uppföljningen omfattar mål och utfall avseende kvalitet, kostnadseffektivitet, resursanvändning, produktivitet och kostnader i förhållande till budget.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att verksamheten följs upp ur direktiv/uppdrag/mål perspektiv men att, som sagts ovan, uppföljningen kan utvecklas då fastställda verksamhetsmål uppfattas av respondenterna som allt för generella och därför svåra att mäta och följa upp.

#### *3.5.4. Dokumenteras åtgärdsplaner för revisionsnoteringar och följs dessa upp?*

Revisionsnoteringar från 2010 har, enligt kommunstyrelsens protokoll från den 17 januari 2011, redovisats och lagts till handlingarna. Det har noterats i protokollet att kommunrevisionen är överens med revisionsbyrån och ekonomikontoret hur arbetet skall vidareutvecklas under kommande år.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att åtgärder föranledda av revisionsnoteringar normalt följs upp. Vår rekommendation är att kommunstyrelsen vid genomgång av revisionsnoteringar från den löpande granskningen även följer upp om revisionsnoteringarna från föregående år är åtgärdade.

#### *3.5.5. Barn och Utbildning (BoU)*

För uppdrag och mål enligt gällande lagstiftning sker både utvärdering och uppföljning strukturerat. Det gäller de incidenter som redovisas i Skalman och där åtgärdsplaner därefter upprättas och följs upp. Likaså kräver både Skolinspektionen och Arbetsmarknadsverket återrapporering av åtgärder efter rapporter i samband med inspektion. Kontrollaktiviteter i internkontrollplanen inkluderas i den regelbundna rapporteringen.

Verksamheten avrapporterar i stort sett månatligen både det ekonomiska och det verksamhetsmässiga utfallet till utskottet. I samband med delårs- och bokslutsrapporter sker en mer omfattande avrapportering till utskottet.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att uppföljning och utvärdering sker av det ekonomiska och verksamhetsmässiga utfallet av verksamheten i BoU. Avrapportering av incidenter rapporterade i Skalman sker till kommunledning och utskott medan kontrollaktiviteter i internkontrollplanen inte rapporteras löpande.

#### *3.5.6. Individ och Familjeomsorg (IFO)*

I delårs- och bokslutsrapporteringen rapporteras IFOs ekonomiska och verksamhetsmässiga utfall. I övrigt sker uppföljning och utvärdering av incidenter rapporterade som ärenden i form av Lex Sarah, Lex Maria eller Skalman. I övrigt finns det inte någon rapportering inom IFO avseende intern kontroll.

Uppföljning av åtgärdsplaner görs av Socialstyrelsen för Lex Sarah ärenden och incidenter fördelas inom ledningsgruppen för att säkerställa att åtgärder vidtas.

#### *Bedömning*

Vår bedömning är att uppföljning och utvärdering sker av det ekonomiska och verksamhetsmässiga utfallet inom IFO. Avrapportering och åtgärdsplaner vid incidenter rapporteras till Socialstyrelsen, kommunledningen och utskott. Intern kontroll i ett vidare perspektiv avrapporterar inte av IFO.

#### 4. Sammanfattande slutsatser och rekommendationer

Stenungsunds kommun har ett fastställt reglemente avseende organisation och uppföljning av intern kontroll och har inlett ett omfattande arbete med att upprätta enhetliga risk- och sårbarhetsanalyser inom samtliga enheter i kommunen. Vår bedömning är dock att Stenungsunds kommun kan förtydliga och utveckla arbetet med intern kontroll för att på så sätt säkerställa reglementets syfte, dvs. att kommunstyrelsen och myndighetsnämnderna med rimlig grad av säkerhet säkerställer att kommunens övergripande mål uppnås.

Vidare är vår bedömning att riskhanteringen kan utvecklas till att inkludera samtliga riskkategorier, dvs. strategiska, operationella och finansiella risker samt risker för att kommunen brister vad gäller lagefterlevnad.

Nedan följer en sammanfattning av de mest väsentliga rekommendationerna efter genomförd granskning:

- Säkerställ att reglemente om intern kontroll är känt i hela verksamheten
- Upprätta gemensamma riktlinjer för arbetet med intern kontroll där framtagande av intern kontrollplan är en del
- Överväg att upprätta ett reglemente avseende organisation och identifiering av risker inom de fyra riskkategorierna (bilaga 4)
- Fokusera intern kontrollarbetet på identifierade väsentliga risker genom att koppla kontrollaktiviteter mot dessa risker
- Fastställ instruktioner för hur kontroller skall beskrivas och dokumenteras
- Säkerställ att riktlinjerna inkluderar rutiner för en systematisk utvärdering och uppföljning av den interna kontrollen



Eva From  
Ernst & Young AB



Hans Gavin  
Ernst & Young AB

## **Bilaga 1 – Dokumentförteckning**

- Reglemente avseende organisation och uppföljning av intern kontroll
- Utkast Kommunstyrelsens delegationsordning 2011
- Attestreglemente, 2008
- Mutor och bestickning (Inköp och upphandlingar, Lotsen)
- IT-säkerhetsinstruktioner (Service, Lotsen)
- Ekonomiska styrprinciper, Budget 2012
- Vår syn på medarbetar- och ledarskap, en gemensam värdegrund för Stenungsunds kommun, 2006
- Årsbokslut 2010
- Delårsuppföljningar april och augusti 2011
- Handlingsplan hot och våld, Barn och utbildning
- Internkontrollplan Barnomsorg och skola, 2006 och revidering 2008
- Rutiner för Individ- och familjeomsorg hot och våld
- Risk och sårbarhetsanalyser, Stenungsunds kommun
- Beredskapsplan för extraordinära händelser, 2011
- Kontrollattestblankett, Samhällsbyggnad

## **Bilaga 3 – COSO-ramverkets fem komponenter**

### **Kontrollmiljö**

Kontrollmiljön anger tonen i en organisation och påverkar kontrollmedvetenheten hos dess medarbetare. Det är grunden för alla andra komponenter för intern styrning och kontroll och erbjuder ordning och struktur. Faktorer inom kontrollmiljön innefattar integritet, etiska värden, kompetensen hos medarbetarna i organisationen, ledningens filosofi och ledarstil, det sätt på vilket ledningen fördelar ansvar och befogenheter och organiserar och utvecklar dess medarbetare samt den uppmärksamhet och vägledning som styrelsen ger.

### **Riskbedömningar**

Varje organisation möter många olika risker av externt och internt ursprung som måste värderas. En förutsättning för riskbedömningen är etablerandet av mål knutna till olika nivåer och som är internt konsistenta. Riskbedömningen är identifieringen och analysen av relevanta risker för att uppnå målen och utgör basen för att bestämma hur riskerna skall hanteras.

### **Kontroller**

Kontroller är de riktlinjer och rutiner som bidrar till att säkerställa att ledningens direktiv genomförs. De bidrar till att säkerställa att nödvändiga åtgärder vidtas för att hantera risker för att organisationens mål inte uppnås. Kontroller äger rum inom hela organisationen, på alla nivåer och i alla funktioner. De innefattar en rad aktiviteter av olika slag såsom godkännanden, attester, verifikationer, avstämningar, genomgångar av verksamhetens resultat, säkrandet av tillgångarna, samt åtskillnad av tjänsteroller och uppgifter.

### **Kommunikation och information**

Effektiv kommunikation måste förekomma för en god intern kontroll och flöda nedåt, uppåt och över hela organisationen. All personal måste få ett klart budskap från den högsta ledningen att ansvaret för intern styrning och kontroll måste tas på allvar. De anställda måste förstå sin egen roll samt hur enskilda aktiviteter påverkar andras arbete. De måste ha en kanal för att kommunicera betydelsefull information uppåt. Det finns också behov av effektiv kommunikation med externa parter, såsom kunder och leverantörer.

### **Utvärdering och uppföljning**

Interna styr- och kontrollsystem behöver övervakas, följas upp och utvärderas – en process som bestämmer kvalitén på systemets resultat över tiden. Det åstadkoms genom löpande övervakningsåtgärder och uppföljningar, separata utvärderingar eller en kombination av dessa. Uppföljningen genomförs för att säkerställa att de kontroller som designats för att möta risker verkligen utförs och fungerar som det är tänkt.

## **Bilaga 4 – Riskkategorier**

Enligt COSO-ramverket indelas verksamhetens risker i olika kategorier. Indelningen skall säkerställa att verksamhetens samtliga risker beaktas. COSO-ramverkets indelning är följande:

### **Strategiska risker**

Risker som är hänförliga till att verksamheten inte når sina strategiska mål. Det kan gälla risker på grund av förändringar i omvärlden eller bristande struktur i det strategiska arbetet. Det senare till exempel i form av brister i planering, genomförande och uppföljning av det strategiska arbetet som kan ge negativa konsekvenser för organisationen.

### **Operationella risker**

Operationella risker innebär risker i det dagliga utförandet som kan påverka verksamheten. Det kan gälla till exempel risker relaterade till personal, miljö, olyckor och resurstillgång.

### **Finansiella risker**

Finansiella risker är de risker som leder till att den finansiella rapporteringen blir felaktig. Det kan avse risker relaterade till redovisningsregler, värderingar och bedömningar samt räntor och kapitalstrukturer.

### **Efterlevnadsrisker**

Efterlevnadsrisker avser risker att inte uppnå de krav som ställs av lagar, regler och policys.