

STYRANDE DOKUMENT

Sakområde: Visioner och strategier av övergripande karaktär

Dokumenttyp: Riktlinjer

Beslutsfattare: Rektor

Avdelning/kansli: Ledningskansliet

Handläggare: Maria Hart

Beslutsdatum: 2012-10-01

Träder i kraft: 2012-10-01

Bör uppdateras före: 2015-09-30

Ev dokument som upphävs: Dnr SLU ua 10-1704/09 Process för intern styrning och kontroll vid SLU är 2009.

Bilaga till: Rektors beslut "Riktlinjer för intern styrning och kontroll vid SLU".

Riktlinjer för intern styrning och kontroll vid SLU

SLU:s styrelse har i februari 2012 (§ 9/12) uttryckt önskemål om att processen för riskanalys, som är ett av delmomenten i intern styrning och kontroll, ska styras genom en för universitetet gemensam beslutad metod.

Bakgrund

Sedan den 1 januari 2008 gäller särskilda bestämmelser för myndigheters arbete med intern styrning och kontroll. Bestämmelserna i myndighetsförordningen (2007:515), förordningen om intern styrning och kontroll (2007:603) och högskoleförordningen (1993:100) är sammanfattningsvis följande:

Ledningen i en statlig myndighet ansvarar inför regeringen för att hushålla väl med statens medel samt att verksamheten

- bedrivs effektivt,
- bedrivs enligt gällande rätt,
- bedrivs enligt de förpliktelser som följer av Sveriges medlemskap i Europeiska unionen och
- redovisas på ett tillförlitligt och rättvisande sätt (myndighetsförordningen, 3 §).

För ett universitet ska med myndighetens ledning i detta sammanhang förstås styrelsen. Styrelsen ska säkerställa att det vid universitetet finns en intern styrning och kontroll som fungerar på ett betryggande sätt (Högskoleförordningen, 2 kap. 2 §). Med intern styrning och kontroll avses *den process* som syftar till att universitetet *med rimlig säkerhet* fullgör kraven i punktsatserna ovan (förordning om intern styrning och kontroll, 2 §).

Vad som menas med att verksamheten bedrivs effektivt berörs i förarbetet till förordningen om intern styrning och kontroll (departementspromemorian

Intern styrning och kontroll i staten, Ds 2006:15), där det framgår att med *effektiv verksamhet* avses att myndigheten *bedriver den verksamhet som riksdagen och regeringen beslutat om samt att regeringens mål för verksamheten uppnås.*

Ledningens ansvar

Intern styrning och kontroll är till stor del en fråga om att tydliggöra styrelsens verksamhetsansvar. Det är styrelsens ansvar att

- vara aktiv part i arbetet med intern styrning och kontroll,
- ställa tydliga krav på processen,
- löpande hålla sig uppdaterad om arbetet,
- de anställda är väl förtrogna med syften och mål för verksamheten,
- skapa goda arbetsförhållanden,
- ta tillvara och utveckla de anställdas kompetens och erfarenhet och
- i samband med årsredovisningen bedöma om myndigheten har en betryggande intern styrning och kontroll.

Övergripande beskrivning av olika moment i processen intern styrning och kontroll

I förordningen om intern styrning och kontroll ingår momenten riskanalys, kontrollåtgärder, uppföljning och dokumentation. Nedan redovisas en kort sammanfattning av innehållet i förordningen för intern styrning och kontroll och Ekonomistyrningsverkets allmänna råd och föreskrifter till förordningen.

Förutsättningar för intern styrning och kontroll

Förutsättningarna för en effektiv intern styrning och kontroll är den interna miljön, integrering i verksamhetsplaneringen och att det finns fastställda tydliga mål.

Intern miljö

Styrning och kontroll handlar om människors förmåga att uppfatta och utföra sina uppgifter. I ledningens verksamhetsansvar ingår att ta tillvara förmågan till detta. Detta avspeglas i myndighetens interna miljö.

Universitetsledningen ska säkerställa att de anställda är väl förtrogna med målen för verksamheten, att goda arbetsförhållanden skapas samt att de anställdas kompetens och erfarenhet tillvaratas.

Integrering i verksamhetsplaneringen

Intern styrning och kontroll ska vara en integrerad del i myndighetens verksamhetsplanering. Det bör vara naturligt att i arbetet med att ta fram en verksamhetsplan och att utforma operativa rutiner även genomföra riskanalyser och ta fram lämpliga kontrollåtgärder. Det måste säkerställas att det finns rutiner på samtliga nivåer i myndigheten för att styra, följa upp och rapportera verksamheten. Det är också viktigt att kommunikationen inte bara sker från ledningen och ut i organisationen utan även tillbaka till

ledningen. En viktig del i informations- och kommunikationsarbetet är att dokumentera hur myndighetens process för intern styrning och kontroll ska fungera.

Fastställa tydliga mål

En framgångsrik riskanalys förutsätter att myndigheten har tydliga mål för uppgifter och har formulerat dem så att de återspeglar verksamhetskraven enligt olika regelverk. I samband med den ordinarie verksamhetsplaneringen identifieras och bryts mål och uppgifter ner. Inför arbetet med riskanalys kan vissa av dessa behöva förtydligas ytterligare.

Riskanalys

När myndigheten har säkrat förutsättningarna och gjort de förberedelser som behövs är nästa steg att göra en inventering av myndighetens risker. När de mest prioriterade riskområdena identifierats genomförs riskanalyser på olika nivåer i myndigheten.

De obligatoriska momenten riskanalys innebär att utifrån verksamhetens uppgifter och mål

- identifiera händelser som medför risk,
- värdera dessa risker,
- besluta om hur riskerna ska hanteras samt
- uppdatera riskanalysen

Identifiera risker

En risk identifieras genom att fastställa händelser som utgör hot mot att uppnå önskat mål och resultat för verksamheten. Sättet att fånga riskerna kan ske genom dokumenterade tidigare erfarenheter, granskning av myndighetens processer, omvärldsanalyser, intervjuer, enkäter, m.m. Den som är ansvarig för det verksamhetsområde som analyseras är också ansvarig för att de risker som identifierats blir värderade och att beslut tas om hantering av riskerna. Riskerna kan avse myndighetens verksamhet eller verksamhetens finansiering. De kan uppkomma internt inom myndigheten eller externt utanför myndigheten.

Värdera risker

I riskvärderingen ingår att bedöma sannolikheten för att en händelse inträffar samt konsekvenserna av inträffandet alternativt konsekvenserna av en redan inträffad händelse. Värderingen av om en risk är hög eller låg görs i förhållande till den målsättning som risken påverkar.

Besluta om hantering av risker

Beslut måste tas om en risk ska accepteras, begränsas, delas eller undvikas. Ledningen ska ställa de olika handlingsalternativen mot kostnaden att genomföra de åtgärder som är nödvändiga för att risken ska sänkas till en nivå som bedöms acceptabel.

Uppdatera riskanalysen

Riskanalysen ska kontinuerligt uppdateras så att den är aktuell.

Kontrollåtgärder

Exempel på kontrollåtgärder är informationsinsatser, kompetensutveckling, ansvars- och arbetsfördelning, attestregler eller åtgärder för att skapa handlingsberedskap.

Uppföljning

Uppföljning och utvärdering av den interna styrningen och kontrollen kan bland annat göras genom olika slag av punktinsatser i form av verksamhetsuppföljningar och internutredningar samt i form av löpande övervakande funktioner i organisation och rutiner.

Dokumentation

En bra dokumentation är ett viktigt bidrag i en kontinuerlig förbättring av den interna styrningen och kontrollen och en förutsättning för att ledningen ska kunna göra en bedömning av densamma. Dokumentationen är också ett verktyg för att sprida information om hur processen för integrerad intern styrning och kontroll fungerar i organisationen. Dokumentationen ska omfatta hela processen för intern styrning och kontroll.

Intern styrning och kontroll vid SLU

I juni 2009 fastställde SLU:s styrelse att de övergripande målen för SLU:s interna styrning och kontroll är att säkerställa att:

- den interna styrningen och kontrollen vid universitetet fungerar på ett betryggande sätt,
- målen för verksamheten uppnås effektivt och enligt gällande rätt,
- verksamheten redovisas på ett tillförlitligt sätt,
- universitetet hushållar väl med statens medel

Huvudprinciper är att den interna styrningen och kontrollen integreras i planeringsprocessen och för styrelsens del koncentreras till de två tillfällena under året då årsredovisning respektive verksamhetsplan och anslagsfördelning fastställs.

Varje år följs föregående års riskanalys upp och en ny riskanalys genomförs utifrån resultat i bland annat årsredovisningen. Riskanalysen ska omfatta verksamheter i hela organisationen och genomföras på universitets- och fakultetsnivåerna.

Uppföljning och analys ska göras inom såväl kärn- som stödverksamheterna och ska dokumenteras för att utgöra underlag för styrelsens intygande i årsredovisningen.

Ännu inte vidtagna åtgärder och eventuella behov av nya sådana med anledning av genomförd riskanalys inarbetas årligen i verksamhetsplan och anslagsfördelning i juni (universitet), september/oktober (fakultet) och oktober/november (universitetsadministration). Åtgärderna kan bestå i till exempel informationsinsatser, kompetensutveckling, ansvars- och arbetsfördelning, ekonomiska incitament och uppdrag.

Metod för riskanalys vid SLU

Vid SLU ska riskanalyser genomföras på nedanstående sätt¹, se även flödesschema över ISK-processen i bilaga 1².

1. **Juni föregående år:** Följande enheter får i uppdrag att göra en riskanalys för sitt verksamhetsområde:
 - fakulteterna: respektive fakultetsnämnd
 - universitetsdjursjukhuset (UDS): ledningsgruppen
 - universitetsbiblioteket: ledningsgruppen
 - universitetsadministrationen: ledningsgruppen (ACG)

Ledningskansliet har ett uppdrag att ge stöd till fakultetsnämnderna (motsv).

2. **Augusti:** Ledningskansliet bereder underlag till styrelsen. I underlaget ingår förra årets prioriterade risker samt eventuella förslag på nya risker/fokusområden.
3. **September:** Styrelsen föreslår på styrelsemöte eventuella fokusområden/saknade risker inför höstens riskanalysbedömningar. Dessa vidareförmedlas till fakultetsnämnder m fl.
4. **Oktober:** Ledningskansliet skickar metodinstruktioner och risker för bedömning till fakulteter (motsv).
5. **Augusti - november:**
 - a) Fakulteterna (motsv) sammanställer sina risker för bedömning:
 - SLU:s gemensamma riskanalys från föregående år (de för fakulteten relevanta riskerna)
 - nya rekommenderade risker/fokusområden som framkommit under

¹ SLU Säkerhet genomför riskanalys enligt metoden ISO 3100 för Risk Management. Gruppering och definitioner överensstämmer väl mellan de båda modellerna, men det kan finnas anledning att harmonisera ytterligare.

² Punkternas numrering är knuten till flödeshjälperna i bilagan.

året

- eventuella risker som fakulteten identifierar som inte täcks av SLU:s gemensamma

- b) Fakultetsnämnden (motsv) bedömer/värderar riskerna, förslagsvis genom att varje ledamot i förväg noterar bedömningar som därefter sammanställs till ett underlag (i för detta ändamål framtaget hjälpmedel). Den sammanställda bedömningen ska diskuteras och eventuellt korrigeras på ett fakultetsnämndsmöte.

Bedömningen görs enligt följande skala där 1 betecknar låg och 4 hög sannolikhet eller konsekvens:

Sannolikhet

1. Osannolik: Det är inte troligt att det inträffar men helt säker kan man ju inte vara.
2. Möjlig: Mindre trolig att det kan inträffa
3. Sannolik: Troligt att det inträffar
4. Säker: Mycket troligt att det inträffar. Bara en tidsfråga när

Konsekvens

1. Försumbar: Mindre störningar i verksamheten
2. Lindrig: Störningar i verksamheten
3. Allvarlig: Allvarlig och långvarig störning av verksamheten
4. Kritisk: Förödande för verksamheten, så stor skada att verksamheten inte fungerar

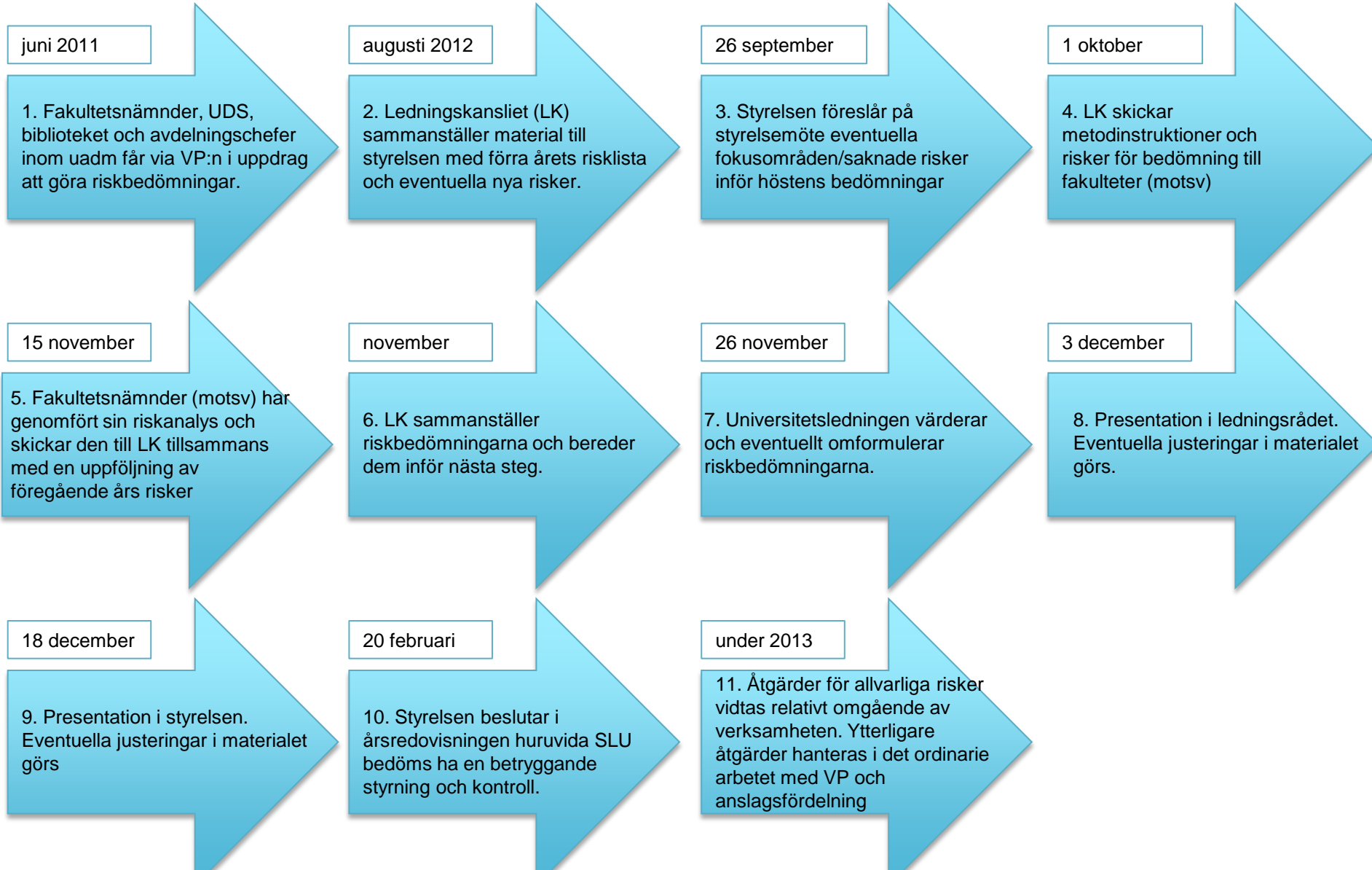
- c) Ett sammanvägt riskvärde beräknas (sannolikhetsvärde x konsekvensvärde) vilket ger ett riskvärde mellan 0 och 16.
- d) Samtidigt med riskbedömningen ska fakulteten (motsv) lämna kommentarer för respektive risk om genomförda/ planerade åtgärder (enligt bilaga 2) avseende:
- de för fakulteten (motsv) relevanta risker som fanns med på föregående års SLU-gemensamma risklista (uppföljning av de åtgärder som redan finns angivna)
 - de fem allvarligaste riskerna av de övriga (d v s gemensamma nya samt eventuella nya fakultetsspecifika)
- e) De nya risklistorna inklusive kommentarer (se bilaga 2) skickas till ledningskansliet senast 1 november (för 2012 gäller 15 november).
6. **November:** Ledningskansliet sammanställer och bereder fakulteternas (motsv) analyser till en gemensam riskanalys för hela universitetet. I

arbetet ingår bl a att formulera risker på ett generellt och lättbegripligt sätt, koppla dem till verksamhetsmålen samt att föreslå ansvarig att vidta åtgärder för att hantera respektive risk.

7. **November:** Den gemensamma riskanalysen diskuteras och värderas i universitetsledningen. Utifrån det samlade riskvärdet kategoriseras de olika riskerna som låg (riskvärde 1-5,9), medel (6-9,9) eller hög (10-16).
8. **December:** SLU:s gemensamma analys presenteras i ledningsrådet.
9. **December:** Förslag på SLU:s gemensamma riskanalys presenteras i styrelsen och eventuella justeringar görs.
10. **Februari:** Styrelsen beslutar i årsredovisningen huruvida SLU har en betryggande styrning och kontroll.
11. Åtgärder för allvariga risker vidtas omgående av verksamheten. Ytterligare åtgärder hanteras i det ordinarie arbetet med verksamhetsplan och anslagsfördelning. Ansvarig enhet framgår av riskdokumentet.

ISK-processen vid SLU

För detaljer för respektive flöde, se dokumentet "Riktlinjer för intern styrning och kontroll vid SLU", stycket "Metod för riskanalys vid SLU". De exakta datumen gäller för 2012/13, men själva metoden är densamma även för kommande år.





Bilaga 2: Uppgifter som noteras om varje risk

Riskerna nedtecknas efter värdering i en excelfil. Fakulteter (motsv) ska i samband med att de värderar risker även kommentera följande risker:

- de för fakulteten (motsv) relevanta risker som fanns med på föregående års SLU-gemensamma risklista
- de fem allvarligaste riskerna av de övriga (d v s gemensamma nya samt eventuella nya fakultetsspecifika)

De svarta uppgifterna nedan kommenteras/fylls i av fakulteter (motsv), de grå av ledningskansliet.

Uppgifter i excelfilen	Förklaring
Nr	Alla risker numreras för att lättare kunna hänvisas till vid diskussion. Numreringen gäller endast ett visst dokument och kan ändras mellan olika fakulteter/år.
Risk	Formulering av risken. Ex ”För få studenter på masterprogrammen när avgiftsfinansiering införs för studenter utanför EU/EES.”
Sannolikhet	Sannolikheten att en risk ska inträffa bedöms 1-4 av varje ledamot och sammanställs per fakultet (motsv).
Konsekvens	Konsekvensen ifall en risk inträffar bedöms 1-4 av varje ledamot och sammanställs per fakultet (motsv)
Riskvärde (S x K) 2012	Ett riskvärde räknas ut för varje risk
Motiv till bedömning av sannolikhet/konsekvens (frivillig)	För att nästa år lättare komma ihåg hur det resonades vid bedömningen, går det skriva några korta kommentarer här.
Hög/låg/medel risk	I det gemensamma SLU-materialet kategoriseras riskerna som låg (riskvärde 1-5,9), medel (6-9,9) eller hög (10-16). Riskerna är sorterade efter riskvärde, men fokus blir inte på exakta siffror.
Målområde	Varje risk knyts till ett målområde inom verksamheten, t ex grundutbildning
Ursprung	Ursprunget visar från vilken fakultet (motsv) och/eller år risken första gången noterades.

Riskvärde (S x K) 2011	För att visa utvecklingen av bedömningar visas ledningsrådets/ universitetsledningens bedömning från tidigare år.
Fem allvarligaste tidigare år	De risker som har ett årtal i denna kolumn var det aktuella året en av de fem allvarligast bedömda riskerna
Ytterligare beskrivning av risken/ närliggande risker	Olika fakulteter (motsv) kan identifiera risker som är liknande, men ändå skiljer sig åt något. Här återfinns liknande risker som kan sorteras in under den angivna risken eller en utförligare beskrivning av den.
Pågående/genomförda åtgärder för att hantera risken 2011	De åtgärder som angavs för risken i PM:et "Intern styrning och kontroll vid SLU 2011"
Uppföljning av åtgärder från 2011. Vad är slutfört? Vad kvarstår? Vad ska inte göras?	Årets uppföljning av de åtgärder som angavs föregående år (ovanstående).
Pågående/genomförda/planerade åtgärder som är nya 2012 (om inga ytterligare åtgärder tillkommit, hänvisa endast till åtgärder från 2011)	Tillägg av eventuella nytillkomna åtgärder som inte angavs 2011, se ovan.
Ifall föregående åtgärder genomförs, bedöms risken då hög/medel/låg?	Bedömning av hur stor inverkan pågående/planerade åtgärder har för riskvärdet.
Eventuella ytterligare tänkbara åtgärder (frivillig)	Åtgärder som bara finns på idéstadiet, som t ex kräver ytterligare beslut eller bör göras av annan fakultet/SLU-gemensamt.
Ansvarig enhet för att leda åtgärder	Vilken fakultet/enhet är ansvarig att leda åtgärderna framåt. Det innebär inte att enbart de arbetar med åtgärderna, men de har ett övergripande ansvar.
Beslut som krävs för att hantera risken, hänsyn taget till kostnaden	Vilka eventuella beslut som krävs för att kunna gå vidare med föreslagna/eventuellt påbörjade åtgärder.
Deadline för åtgärder	I fall det är möjligt att göra en tidsbedömning, när ska åtgärden vara slutförd.

Rektor

BESLUT

2012-10-01
Sändlista

Riktlinjer för intern styrning och kontroll vid SLU

Beslut

Rektor beslutar:

att fastställa riktlinjer för intern styrning och kontroll enligt bilaga.

Redogörelse för ärendet

Enligt Myndighetsförordningen (2007:515, 3§) ska verksamheten på myndigheten bli effektiv. Vad som menas med att verksamheten bedrivs effektivt berörs i förarbetet till förordningen om intern styrning och kontroll (departementspromemorian Intern styrning och kontroll i staten, Ds 2006:15), där det framgår att med effektiv verksamhet avses att myndigheten bedriver den verksamhet som riksdagen och regeringen beslutat om samt att regeringens mål för verksamheten uppnås. I processen intern styrning och kontroll ska det enligt förordningen om intern styrning och kontroll ingå följande moment: riskanalys, kontrollåtgärder, uppföljning samt dokumentation.

Motiv till beslutet

Fakulteterna har använt olika metoder för att göra sina respektive riskanalyser. SLU:s styrelse har gett rektor i uppdrag att besluta om för hela universitetet gemensamma riktlinjer för riskanalys.

Beslutets innebörd och bedömda konsekvenser

Beslutet innebär att SLU kommer att ha en gemensam metod och planerad arbetsgång för hantering av riskanalyser i samband med arbetet för intern styrning och kontroll.

Beslut i detta ärende har i rektors frånvaro fattats av prorektor Lena Andersson-Eklund efter föredragning av administrativ controller Maria Hart och i närvaro av biträdande universitetsdirektör Marianne Fredriksson.

Lena Andersson-Eklund

Maria Hart

Sändlista

Dekaner

Avdelningschefer (motsv) inom universitetsadministrationen

Universitetsdjursjukhuschefen

Överbibliotekarien

Kopia för kännedom

Internrevisionen

Akademisekreteraren

SLUSS