

FORVALTNINGSREVISJONS-
RAPPORT 06-2023

KOMMUNEDIREKTØRENS INTERNKONTROLL

UTARBEIDET FOR
KONTROLLUTVALGET I
ETNEDAL KOMMUNE



INNLANDET REVISJON IKS

27. januar 2023
2023-129 AK/ALJ

FORORD

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet «*Kommunedirektørens internkontroll*» som er gjennomført på oppdrag av kontrollutvalget i Etnedal kommune.

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave som innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak (kommuneloven § 23-3).

Prosjektarbeidet er utført i perioden juni 2022- desember 2022 av oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Anette Karenstuen. Fagansvarlig for forvaltningsrevisjon i Innlandet Revisjon IKS Anne Live Jensvoll har kvalitetssikret rapporten.

Utkast til rapport er sendt kommunedirektøren til uttalelse. Svaret fra kommunedirektøren er vedlagt rapporten.

Vi takker for godt samarbeid med ansatte i kommunen som vi har hatt kontakt med i prosjektarbeidet.

Lillehammer, 27. januar 2023.



Anette Karenstuen
Oppdragsansvarlig revisor

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD.....	2
SAMMENDRAG.....	4
1 INNLEDNING.....	6
1.1 KONTROLLUTVALGETS BESTILLING	6
1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER	6
1.3 ORGANISERING I ETNEDAL KOMMUNE	8
2 METODE	10
3 REVISJONSKRITERIER.....	12
3.1 UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER	12
3.2 KONKRETE REVISJONSKRITERIER	16
4 KOMMUNENS OVERORDNEDE SYSTEM FOR INTERNKONTROLL.....	17
4.1 ETNEDAL KOMMUNES OVERORDNEDE INTERNKONTROLLSYSTEM	17
4.2 REVISJONENS VURDERINGER.....	25
5 KOMMUNENS OPPFØLGING AV INTERNKONTROLLEN.....	27
5.1 SYSTEM FOR RAPPORTERING.....	27
5.2 OPPFØLGING AV INTERKOMMUNALE SAMARBEID	29
5.3 REVISJONENS VURDERINGER.....	30
6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER.....	31
6.1 KONKLUSJONER.....	31
6.2 ANBEFALINGER.....	32
REFERANSER.....	33
VEDLEGG RÅDMANNENS UTTALELSE	35

SAMMENDRAG

Kommunesektoren forvalter felleskapets verdier og leverer tjenester som er av stor betydning både for den enkelte innbygger og lokalsamfunnet som helhet. En god internkontroll vil kunne bidra til å forebygge feil og misligheter og samtidig bidra til kvalitet, effektivitet og forutsigbarhet i kommunens tjenesteleveranse.

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å undersøke om rådmannen har sikret tilfredsstillende kontroll gjennom det overordnede internkontrollsystemet, og bidra til å identifisere eventuelle forbedringspunkter på internkontrollområdet. I bunnen ligger det en hovedmålsetning om å sikre at innbyggerne i kommunen får de tjenestene og ytelsene de har krav på.

Revisjonskriteriene er i hovedsak hentet fra kommuneloven § 25-1 og anerkjente veiledninger på området. Faktaopplysninger i rapporten er innhentet gjennom intervjuer med rådmannens øverste ledergruppe og gjennomgang av dokumenter i kommunens kvalitetssystem Compilo.

I Etnedal kommune har kommunedirektøren tittelen rådmann. I rapporten benyttes tittelen rådmann der vi omtaler kommunens internkontrollsystem, og kommunedirektør der vi omtaler revisjonskriterier og problemstillinger.

Problemstillinger med tilhørende konklusjoner er gjengitt nedenfor:

Problemstilling 1

I hvilken grad har kommunedirektøren etablert et overordnet system for internkontroll?

For å besvare problemstillingen har vi undersøkt om kommunen har sektorovergripende reglement og rutiner på plass, om det er etablert en risikobasert internkontroll, og om kommunen har et system for å håndtere og følge opp avvik.

Vår hovedkonklusjon er at Etnedal kommune har etablert et overordnet system for internkontroll som i stor grad synes å være integrert i kommunens ledelse og styring. Kommunen har hatt fokus på å få på plass sektorovergripende reglementer og en risikobasert internkontroll. Systemet er oppbygd etter ny kommunelov og veilederen fra KS.

Revisjonen mener at kommunen har sørget for å formalisere internkontrollen gjennom at de har oppdaterte overordnede reglementer og prosedyrer samlet og tilgjengelig i Compilo. Kommunen har i all hovedsak de reglementer og rutiner som KS anbefaler at en kommune bør ha på plass. Kommunen arbeider systematisk med gjennomgang av disse dokumentene på årlig basis, og har en plan for å gjennomgå de reglementene som ennå ikke er oppdatert og på plass. Det overordnede internkontrollsystemet er fortsatt ferskt (2021), men kommunen har kommet langt i å etablere en risikobasert internkontroll. Dette gjelder i hovedsak på overordnet nivå, og i noen grad ned på virksomhetsnivå. Revisjonen anser det som positivt at kommunen har utarbeidet felles metode og vurderingsgrunnlag ved utarbeidelse av risikoanalyser, dette gjør det enklere å prioritere tiltak på tvers av virksomhetsområder og tilpasse omfanget av internkontrollen.

Etnedal kommune har et felles rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik gjennom Compilo. Kommunen har ikke formalisert når og hvordan det skal meldes avvik. Revisjonen mener at kommunen har et forbedringspotensial i å etablere en god praksis for rapportering av avvik fra alle tjenesteområdene, og synliggjøre hvordan de ønsker at avvikssystemet skal brukes, og hva systemet skal brukes til.

Problemstilling 2

I hvilken grad blir internkontrollen fulgt opp?

For å besvare problemstillingen har vi undersøkt i hvilken grad kommunen har et system for å følge opp internkontrollen, og hvordan rådmannen sørger for å få relevant informasjon. Under denne problemstillingen har vi også sett på hvordan kommunen følger opp interkommunale samarbeid og rapporterer til kommunestyret om internkontroll.

Vår hovedkonklusjon er at rådmannen har etablert et system for å følge opp internkontrollen, gjennom oppdatering av viktige hendelser/avvik og fast rapportering der informasjon om internkontrollaktiviteter blir etterspurt fra virksomhetene i kommunen.

Gjennom faste rapporteringer på blant annet avvik, risikovurderinger og måloppnåelse får rådmannen oversikt og informasjon over viktige internkontroll-aktiviteter ute i virksomhetene. Systemet avhenger av hvordan kommuneledelsen følger opp sine ansatte og involverer seg i rapporteringen. I dette ligger også at kommunalsjefene har god oversikt over avvik innen sin sektor. Basert på funn i problemstilling 1 synes det som om kommunen fortsatt har utviklingspotensial når det gjelder å samle avvik i Compilo.

Revisjonen vurderer at rådmannen gjennom årsmelding og tertialrapporter gir kommunestyret informasjon om Etnedal kommunes systemer, rutiner og løpende internkontrollarbeid. Kommunen har et system for å følge opp interkommunale samarbeid, men det synes som internkontroll i de interkommunale samarbeidene i mindre grad er vektlagt i faste møtepunkter og i tertial- og årsrapport fra vertskommunen. Kommunen bør vurdere om de får tilstrekkelig informasjon fra vertskommunen slik at de har trygghet for at innbyggerne i kommunen får de tjenestene de har krav på. Revisjonen vurderer det som positivt at Etnedal kommune arbeider med å få vertskommunesamarbeid inn i avvikssystemet Compilo.

Ut fra konklusjonene ovenfor er det enkelte forhold vi mener kan forbedres. Revisjonen har følgende anbefalinger:

- Rådmannen bør formalisere hva som defineres som et avvik, når og hvordan melding av avvik skal skje, og synliggjøre hva avvikssystemet skal brukes til.
- Rådmannen bør arbeide for å etablere en god praksis for rapportering av avvik i Compilo fra alle tjenesteområdene.
- Rådmannen bør vurdere om kommunen får tilstrekkelig informasjon i vertskommunesamarbeid til at de er trygge på at innbyggerne får de tjenestene de har krav på.

1 INNLEDNING

1.1 KONTROLLUTVALGETS BESTILLING

Innlandet Revisjon presenterte en foranalyse og prosjektplan om kommunedirektørens internkontroll i kontrollutvalget i Etnedal kommune 19. april 2022. Kontrollutvalget i Etnedal kommune vedtok (sak 20/22):

«Kontrollutvalget vedtar bestilling av forvaltningsrevisjonsprosjekt innen kommunedirektørens internkontroll, slik prosjektet fremgår av behandlet prosjektplan».

De andre kontrollutvalgene i Valdres har fattet tilsvarende vedtak. Vi har derfor benyttet samme problemstillinger, revisjonskriterier og metode i alle prosjektene. Det vil være ulike funn, vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger i de seks rapportene.

1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Målet med forvaltningsrevisjonsprosjektet er å finne ut om det er sikret tilfredsstillende kontroll gjennom det overordnede internkontrollsystemet til kommunedirektøren, og bidra til å identifisere eventuelle forbedringspunkter på internkontrollområdet. I bunnen ligger det en hovedmålsetning om å sikre at innbyggerne i kommunen får de tjenestene og ytelsene de har krav på.

Vi har formulert følgende problemstillinger for prosjektet:

1. I hvilken grad har kommunedirektøren etablert et overordnet system for internkontroll?
2. I hvilken grad blir internkontrollen fulgt opp?

Under problemstilling 1 vil vi undersøke om det er etablert sektorovergrepene reglement og rutiner som er oppdaterte, dokumenterte og tilgjengelige. Internkontrollen skal være risikobasert, og vi vil derfor undersøke om kommunen har identifisert risiko som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav. Vi vil også undersøke om kommunen har et system for håndtering av avvik.

Gode systemer for internkontroll er i seg selv er ikke tilstrekkelig. Det er også viktig at systemet følges opp i praksis. Under problemstilling 2 undersøker vi i hvilken grad kommunen har et system for å følge opp at internkontrollsystemet brukes etter hensikten og at kommunedirektøren sørger for å få relevant informasjon. Dette gjelder både informasjon gjennom faste rapporteringer og oppfølging av interkommunale samarbeid.

1.2.1 AVGRENSNING

Med internkontroll menes det overordnede administrative kontrollansvaret, det vil si systematiske tiltak og prosesser som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres og utføres i samsvar med krav fastsatt i, eller i medhold av lov.¹ Med den sektorovergripende internkontrollen menes det etablerte felles styringssystemet og de verktøyene ledelsen har innført for å nå virksomhetens mål.

Undersøkelsen vil først og fremst være en overordnet, sektorovergripende gjennomgang av kommunens samlede internkontrollsystem. Den sektorovergripende internkontrollen henger imidlertid tett sammen med, og er i stor grad avhengig av, den tjenestespesifikke internkontrollen. Vi vil derfor i noen grad også beskrive internkontrollen på enhetsnivå. Avgrensningen er gjort i forståelse med kontrollutvalget ut fra ønske om å få et prosjekt som kan være nyttig for kommunen selv om det er et lite prosjekt med begrensede ressurser.

1.2.2 RAPPORTENS OPPBYGGING

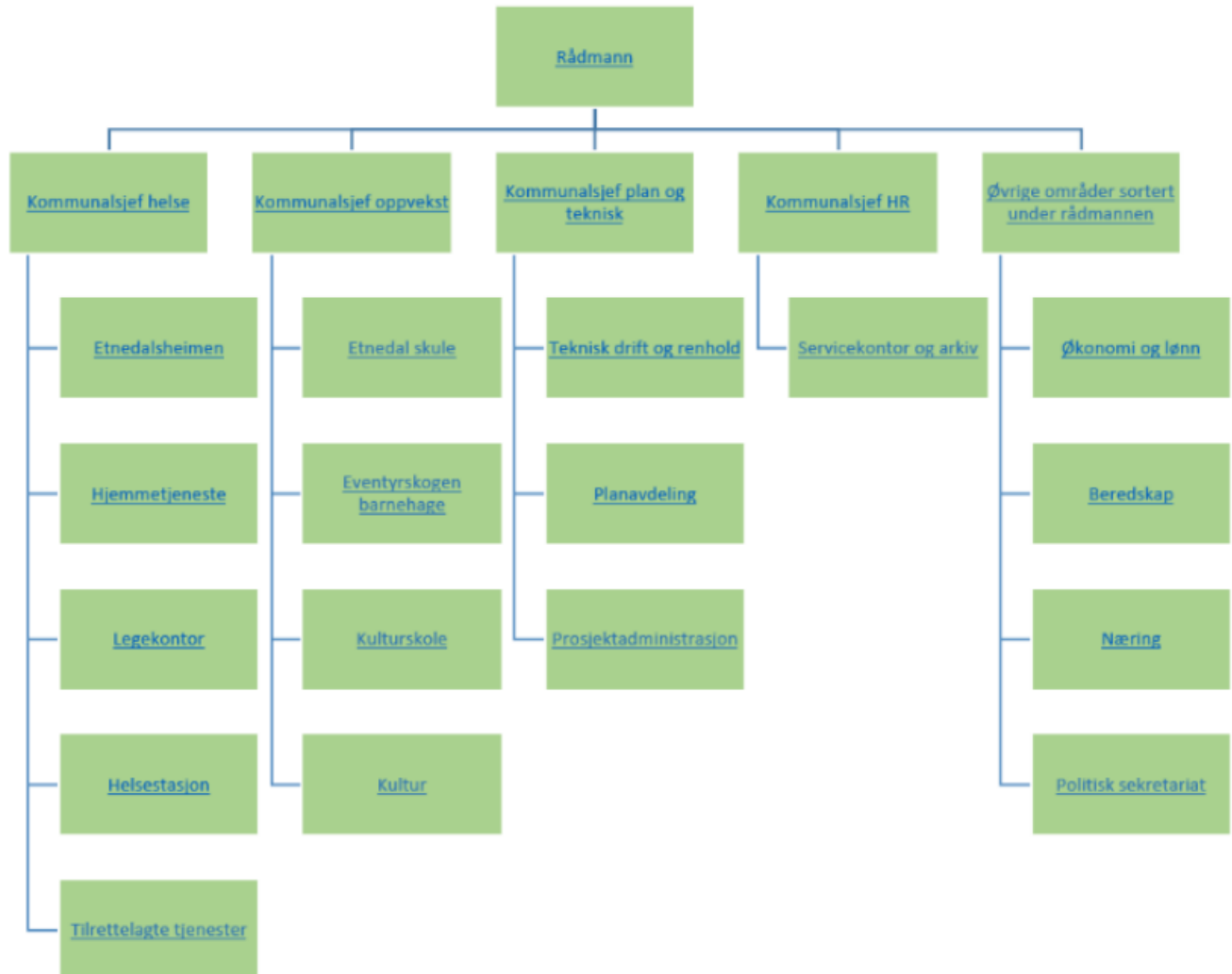
Kapittel 2 beskriver bruk av metode og hvordan revisjonen har gått frem for å innhente fakta i rapporten. I kapittel 3 gis en samlet framstilling av revisjonskriteriene som ligger til grunn for revisjonen. I kapittel 4 og 5 gjennomgås funn fra undersøkelsen og problemstillingene besvares. Hvert av disse kapitlene avsluttes med revisjonens vurdering. Konklusjoner og anbefalinger er samlet i kapittel 6.

Rådmannens høringsuttalelse er lagt ved i sin helhet til slutt i rapporten.

¹ «Kommunelovens bestemmelser om internkontroll». Kommunal- og moderniseringsdepartementets veileder om internkontroll (2021).

1.3 ORGANISERING I ETNEDAL KOMMUNE

Etnedal kommune er organisert i en to-nivå-modell, med rådmann og fire kommunalsjefer.² Dette er nærmere illustrert i kommunens organisasjonskart:



Figur 1: Organisasjonskart (kilde: Etnedal kommunes hjemmeside 11.11.2022)

Helse

Innenfor ansvarsområdet til kommunalsjef for helse ligger helseinstitusjon, fastleger, helsestasjon, psykolog og hjemmetjeneste, dagsenter for hjemmeboende personer med demenssykdom, tilrettelagte tjenester (som består av miljøtjenesten og psykisk helse), fysioterapeut- og ergoterapitjenesten, tildelingskontor og institusjonskjøkken. Området har tre avdelingsledere; leder for tilrettelagte tjenester, leder institusjon og leder for hjemmetjenesten. Kommunalsjefen har direkte lederansvar for kommuneoverlegen, ledende helsesykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, leder tildelingskontoret og kjøkken-institusjon. Kommunalsjefen har også en rådgiver i stabsfunksjon.

² I Etnedal kommune har kommunedirektøren tittelen rådmann. Vi vil i dette dokumentet benytte tittelen rådmann der vi omtaler Etnedal kommunes internkontrollsystem, og kommunedirektør der vi omtaler revisjonskriterier.

Oppvekst

Kommunalsjef oppvekst har ansvar for skole, barnehage, kultur og flyktingetjenesten. I tillegg til dette bistår hun rådmann med tverrsektorielle oppgaver. Etnedal har to kommunale barnehager³ og en skole. Det er ca. 25 ansatte i skolen, ca. 16 ansatte i barnehagen, to ansatte i flyktingetjenesten og ti ansatte innen kulturfeltet.

HR

Kommunalsjef HR har ansvar for HR og servicekontoret. Servicekontoret består av blant annet post- og arkivfunksjon, skrankehåndtering og sentralbord. Det er ingen leder som rapporterer til henne.

Plan og teknisk

Kommunalsjef for plan og teknisk har det overordnede ansvaret for plan og teknisk. Kommunalsjefen leder selv planavdelingen med fem ansatte og en prosjektleder. Hun har en avdelingsleder innen teknisk drift med personalansvaret for ni ansatte, samt en renholdsavdeling.

Interkommunale samarbeid

Kommunen deltar i flere interkommunale samarbeid som leverer tjenester til Etnedals innbyggere. Dette er blant annet PP-tjenesten, NAV-Valdres, Barnevernet, Fact-team og Valdres lokalmedisinske senter.

Nord-Aurdal er vertskommune for de fleste av samarbeidene.

1.3.1 COMPILO

Compilo er en programvare for et helhetlig kvalitetssystem som benyttes av alle kommunene i Valdres. Kvalitetssystemet består av flere ulike moduler og det er mulighet for å tilpasse kvalitetssystemet etter ønsker og behov:

- Modul for dokumenter. Denne modulen muliggjør å samle kvalitetsdokumentasjon slik at prosedyrer og dokumentasjon er tilgjengelig.
- Modul for avvik, der avvik kan rapporteres, behandles og lukkes.
- Modul for risikoanalyse
- Modul for årshjul som gir samlet oversikt over aktiviteter som skal gjennomføres i organisasjonen i løpet av et kalenderår.⁴

³ Bare en av barnehagene er i drift p.t.

⁴ [Helhetlig kvalitetssystem - Compilo](#)

2 METODE

I dette kapittelet beskriver vi hvordan vi har gått frem i våre undersøkelser.

Prosjektet er gjennomført i henhold til RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon som er normen for god kommunal revisjonsskikk fastsatt av Norges kommunerevisorforening. Innlandet Revisjon IKS har et internt kvalitetssikringssystem som er i samsvar med RSK 001.

Det ble avholdt et oppstartsmøte for prosjektet den 13. juni 2022 i kommunehuset i Etnedal. På møtet deltok rådmann Kai Egil Bachér og kommunalsjef HR Monica Rundhaug fra Etnedal kommune. Fra Innlandet Revisjon deltok oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Anette Karenstuen og forvaltningsrevisor Kaija Skaare Lier.

Formålet med møtet var å informere om oppstart, gå gjennom prosjektplanen og opplegg for gjennomføring, samt utveksle informasjon. Det ble redegjort for problemstillinger, revisjonskriterier og metode. Oppstartsmøtet ble kombinert med et intervju av rådmannen for å få et overordnet bilde av internkontrollen i kommunen. Det ble skrevet referat fra intervjuet, og dette er verifisert.

I etterkant av oppstartsmøtet oversendte vi revisjonskriteriene som kommunen vil bli målt på. Revisjonens kontaktperson i kommunen har vært kommunalsjef HR.

Faktaopplysninger i rapporten er innhentet ved intervjuer med kommuneledelsen og gjennomgang av sentrale dokumenter. Datainnsamlingen er i hovedsak gjort i perioden juni 2022 til november 2022.

DOKUMENTANALYSE

Revisjonen sendte administrasjonen en liste over ønsket dokumentasjon og ba i tillegg om en beskrivelse av internkontrollsystemet i kommunen. Administrasjonen opprettet en tilgang til internkontrollsystemet Compilo der dokumentasjonen ble gjort tilgjengelig. Vi har systematisk gjennomgått dokumentasjonen vi har fått tilgang til. En fullstendig liste over dokumentasjon fremgår av referanselisten.

INTERVJUER

Det er gjennomført fire intervjuer etter oppstartsmøtet. De som er intervjuet er kommunalsjef HR, kommunalsjef for plan og teknisk, kommunalsjef oppvekst og kommunalsjef helse. Intervjuene er gjennomført på Teams.

Intervjuene var semistrukturerte. Det innebærer at det i forkant av intervjuet ble utarbeidet en intervjuguide med spørsmål, men at det underveis i intervjuet var rom for å stille ytterligere spørsmål. Referatene fra intervjuene ble verifisert og referatene er brukt som datagrunnlag i rapporten.

RELEVANS OG PÅLITELIGHET

Datas relevans er knyttet til om undersøkelsen representerer den virkelige situasjonen. Vi mener data som er samlet inn i denne undersøkelsen er egnet til å svare på problemstillingene. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at de opplysninger som framkommer i rapporten nødvendigvis er et utvalg av fakta. Ved å gjennomføre intervjuer kun med øverste ledelse i kommunen får vi et oversiktsbilde av hvordan internkontrollen er innrettet i kommunen, men i mindre grad informasjon om hvordan internkontrollen fungerer i praksis lenger ned i organisasjonen. Dette er en svakhet ved datagrunnlaget, men et bevisst valg med tanke på avgrensning og ressurser i prosjektet.

Med pålitelighet menes at data skal være mest mulig presise og nøyaktige. Dette er blant annet ivaretatt ved verifisering av intervjureferater og ved innhenting av uttalelse fra rådmannen på utkast til rapport.

3 REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er de normer og krav som kan stilles til kommunens virksomhet på det området som undersøkes. Revisjonskriteriene er dermed den målestokken kommunens praksis holdes opp mot, og utgjør grunnlaget for revisjonens vurderinger.

Revisjonskriteriene kan blant annet utledes fra lov, forskrift, rundskriv fra departementer, kommunens egne retningslinjer eller prosedyrer og hva som ansees som god forvaltningsskikk på området.

I denne undersøkelsen er revisjonskriteriene utledet fra følgende kilder:

- Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) av 22. juni 2018 nr. 83
- Forskrift om systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (1997)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017)
- Prop. 81 L (2019-2020)
- Prop. 46 L (2017–2018)
- Forarbeidene NOU 2016:4
- Kommunesektorens organisasjon (KS) 2020: *Kommunedirektørens internkontroll. Hvordan få orden i eget hus?*
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2021): *Internkontroll i kommunesektoren*

3.1 UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER

3.1.1 KRAV TIL INTERNKONTROLL ETTER KOMMUNELOVEN

Kommuneloven § 25-1 lovfester de mest sentrale kravene for internkontroll.⁵

Bestemmelsens tre ledd må leses i sammenheng:

Kommuner og fylkeskommuner skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Kommunedirektøren i kommunen og fylkeskommunen er ansvarlig for internkontrollen.

Internkontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

Ved internkontroll etter denne paragrafen skal kommunedirektøren

- a) utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering*
- b) ha nødvendige rutiner og prosedyrer*
- c) avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik*
- d) dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig*

- e) *evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.*

Første ledd tydeliggjør at internkontroll er et ledelsesansvar. Det er *kommunedirektøren* som er ansvarlig for kommunens internkontroll og virkeområdet for internkontrollplikten er *administrasjonens virksomhet*. Formålet med internkontrollen er å sikre *etterlevelse* av lover og regler.

Andre ledd sier at internkontrollen skal være *systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold*. Bestemmelsen sier noe om hvilket omfang internkontrollen skal ha og hvordan internkontrollen i kommunen skal innrettes.

Bestemmelsens tredje ledd inneholder en oppstilling av mer konkrete krav til internkontrollen. Disse kravene handler om å utarbeide beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering, nødvendige rutiner og prosedyrer, avvikshåndtering osv.

Kommuneloven § 25-2 stiller krav om at kommunedirektøren skal rapportere til kommunestyret og fylkestinget om internkontroll og om resultater fra statlig tilsyn minst én gang i året.

3.1.2 FORSKRIFT OG VEILEDERE OM INTERNKONTROLL

Internkontrollforskriften

Forskrift om systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (1997) pålegger virksomheter å innføre og utøve internkontroll, definert som «*systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres og vedlikeholdes i samsvar med lovpålagte HMS-krav*». Den øverste ansvarlige skal sørge for at det innføres og utøves internkontroll i virksomheten og at det gjøres i samarbeid med arbeidstakerne og deres representanter.⁶ Det følger videre at:

*«Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse i det omfang som er nødvendig for å etterleve krav i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen. Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse».*⁷

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017) har til formål å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Forskriften slår fast at det er øverste leder som er ansvarlig for at virksomheten styres og forbedres systematisk. Lederen har ikke bare ansvar for at lover følges, men også for å lage systemer som sikrer trygge tjenester av god kvalitet og at det jobbes kontinuerlig med pasientsikkerhet og forbedringsarbeid.

⁶ Jf. forskriftens § 4

⁷ Jf. forskriftens § 5

Kommunal- og moderniseringsdepartementets veileder om internkontroll

Kommunal- og moderniseringsdepartementet har utarbeidet en veileder om de rettslige rammene for internkontroll med kommuneplikter (2021). Veilederen beskriver reglene i kommuneloven kapittel 25 og gir en tolkning av disse basert på lovens forarbeider. Dette blir beskrevet nærmere i avsnittene nedenfor. Veilederen sier ikke noe om hva som er god internkontrollpraksis, utover lovens minstekrav.

Internkontrollen skal være systematisk og tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold

Veilederen understreker at kommunedirektøren må jobbe *systematisk* med internkontrollen. Det er ikke tilstrekkelig med en tilfeldig og hendelsesbasert internkontroll. Internkontrollen skal videre *tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold*. En vurdering av disse forholdene danner grunnlaget for innretningen, omfanget og prioriteringen i internkontrollarbeidet.

Risikovurderinger er sentralt, og kommunen må gjøre en konkret vurdering av sannsynligheten for at lover og forskrifter ikke følges, og hvilke konsekvenser dette i så fall kan få. Vurderingene må både gjøres samlet for kommunen som helhet og innenfor de enkelte sektorer. Videre må de både gjøres overordnet og på et mer detaljert nivå. Kommunen må vurdere hvor vesentlige de aktuelle risikofaktorene er. Det er ikke krav om at en spesiell metodikk skal brukes, men vurderingene må gjennomføres på en systematisk måte.

Internkontrollen skal avdekke og følge opp avvik

Å få avdekket konkrete avvik eller feil er helt sentralt for å kunne gjøre korrigeringer eller forbedringer både i den konkrete situasjonen og for fremtiden. Avvik som er avdekket skal følges opp eller korrigeres på egnet måte. Hvordan avvik følges opp, må vurderes konkret.

Internkontrollen skal videre avdekke og følge opp *risiko* for at avvik skal skje. Dette er sentralt i forebyggende arbeid. Kommunedirektøren må blant annet skaffe seg oversikt over (saks)områder i kommunen der det er fare for manglende etterlevelse av lover og forskrifter, og sette inn relevante risikoreduserende tiltak.

Delegering av internkontrollansvar

Kommunedirektøren både kan og vil normalt delegerer ansvaret for utførelsen av det konkrete internkontrollarbeidet nedover i administrasjonen, men vil likevel selv ha det overordnede ansvaret. Samspillet mellom kommunedirektøren, administrasjonen og de ulike tjenesteområdene er dermed viktig for en helhetlig, risikobasert, konkret tilpasset og systematisk internkontroll i samsvar med kravene i § 25-1 andre og tredje ledd. Delegasjonsreglement er viktig for å klargjøre ansvars- og rapporteringslinjer innad i kommunen, - både på overordnet nivå for hele kommunen og for de ulike tjenesteområdene eller virksomhetene.

Spesielt om internkontroll i interkommunale samarbeid

Internkontrollkravet i kommuneloven § 25-1 gjelder også der flere kommuner samarbeider om å utføre lovpålagte oppgaver. Bestemmelsen har ikke egne regler om interkommunale samarbeid, men det er i forarbeidene til kommuneloven en omtale av hvordan bestemmelsen skal forstås i slike tilfeller.

Ved vertskommunesamarbeid vil det være den kommunen som utfører oppgaven (vertskommunen) som har internkontrollansvaret, men de kommunene som ikke utfører oppgavene i samarbeidet (samarbeidskommunene) må likevel påse at innbyggerne i egen kommune får de tjenestene de har krav på. Det inngår i derfor i

kommunedirektørens internkontrollansvar å ha rutiner, prosedyrer osv. for å følge med på at samarbeidsavtalen blir fulgt.

Rapportering til kommunestyret

Kommunedirektøren skal minst én gang i året rapportere til kommunestyret om internkontroll. Formålet er å gi kommunestyret viktig informasjon om administrasjonens arbeid og kommunens virksomhet som helhet, slik at de lettere kan følge opp sitt overordnede ansvar for kommunens virksomhet. Det framgår av forarbeidene til kommuneloven at det skal rapporteres om systemer, rutiner og det løpende internkontrollarbeidet. Det skal også rapporteres om konkrete kontroller som er gjennomført og hvordan kommunen arbeider med å følge opp eventuelle avvik/lovbrudd. Hvor omfattende og detaljert rapporteringen ellers skal være, er det opp til kommunestyret å bestemme. Dersom kommunestyret ikke har bestemt noe, er det opp til kommunedirektøren.

KS «Orden i eget hus»

KS utarbeidet i 2020 veilederen «*Orden i eget hus – Kommunedirektørens internkontroll*». Veilederen har en praktisk tilnærming, og gir råd om konkrete fremgangsmåter for kommuner som ønsker å forbedre sin internkontroll. Blant annet framgår det at det bør være koblinger mellom internkontroll og virksomhetsstyring, og at internkontrollen bør være tilstrekkelig systematisk, formalisert og dokumentert.

Det er opp til kommunedirektøren å avgjøre hva som er nødvendig å dokumentere, men rutiner og prosedyrer, risikoanalyser, iverksatte tiltak, avvikshåndtering og oppgave- og ansvarsforhold bør dokumenteres.

Nødvendige rutiner og prosedyrer

Kommuneloven oppstiller et krav om å ha nødvendige rutiner og prosedyrer for å sikre regeletterlevelse i kommunen. Hvilke og hvor mange rutiner som trengs for de ulike områdene må vurderes konkret.

For å ha en god internkontroll er det ifølge KS en del sektorovergripende reglement og rutiner som en kommune bør ha på plass:

- Delegeringsreglement fra kommunestyret til kommunedirektøren
- Delegering fra kommunedirektøren
- Økonomireglement/-håndbok
- Rutiner som sikrer iverksettelse og oppfølging av politiske vedtak
- Finansreglement
- Anskaffelsesstrategi og -reglement
- Arbeidsgiverstrategi
- Lederavtaler
- Etske reglement
- Rutiner for varsling etter arbeidsmiljølov
- Arkivplan
- Datasikkerhet og håndtering av personopplysninger (GDPR)
- Helse-, miljø og sikkerhet
- Krisehåndtering og beredskap

Å ha et reglement «på plass» innebærer både å utarbeide, oppdatere og holde vedlike reglementet, samt gjøre det kjent i organisasjonen og sikre at det blir fulgt. Det bør også avklares hvem som har ansvar for oppdatering av de ulike reglementene. Dokumentasjon av internkontroll bør struktureres og helst samles på ett felles sted.

Vurdering av risiko

KS skriver at det bør utarbeides en felles metode for vurdering av risiko, og at det bør være ensartede maler, kriterier og skalaer. Som en del av dette bør kommunen prioritere å lage et enkelt skjema for å kartlegge risiko og identifisere de områdene det er viktigst å gripe fatt i. KS understreker at det er særlig viktig å benytte like skalaer og vurderingskriterier på tvers av enheter.

En overordnet risikovurdering bør som minimum være en vurdering av helheten i internkontrollen, der formålet er å identifisere og vurdere risikoer som kan ha betydning for hvorvidt internkontrollen fungerer. En slik vurdering kan også innebære å identifisere og vurdere risikoer for manglende måloppnåelse, samt kritiske suksessfaktorer og hva som kan påvirke disse.

Håndtering av avvik

KS påpeker i veilederen at merverdien av styrket internkontroll først oppstår når avvikstilfellene enkeltvis og aggregert benyttes til læring og utvikling, altså til et systematisk forbedringsarbeid. Systematisk håndtering av avvik skal føre til at brudd på lover, forskrifter, prosedyrer og rutiner blir registrert. Dette gir grunnlag for læring og utvikling som kan føre til lavere risiko for at det samme skjer igjen. Rapportering er en sentral del av den sektorovergripende internkontrollen, og det bør avklares hvordan rapportering på internkontrollen skal skje, herunder rapportering av avvik.

3.2 KONKRETE REVISJONSKRITERIER

Med bakgrunn i relevant lovverk og anerkjente veiledere har revisjonen utarbeidet konkrete revisjonskriterier som kommunens praksis måles opp mot. Disse blir presentert for hver av problemstillingene nedenfor.

Problemstilling 1: I hvilken grad har kommunedirektøren etablert et overordnet system for interkontroll?

1. Kommunen bør ha et system som sikrer at sentrale sektorovergripende reglementer og prosedyrer er
 - a. dokumentert
 - b. samlet og tilgjengelig
 - c. oppdaterte og relevante
 - d. avklart ansvar for å oppdatere de ulike reglementene
2. Kommunen bør ha en felles metode for vurdering av risiko, med ensartede maler, kriterier og skalaer.
3. Kommunen bør gjennomføre systematiske risikovurderinger på overordnet nivå og virksomhetsnivå.
4. Det bør være etablert en overordnet prosedyre og et felles rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik.

Problemstilling 2: I hvilken grad blir systemet for internkontroll fulgt opp?

1. Det bør være etablert system for rapportering i kommunen som gir kommunedirektøren god oversikt og kontroll.
2. Kommunedirektøren bør ha etablert rutiner for å følge med på at samarbeidsavtalene i interkommunale samarbeid blir fulgt og at innbyggerne i egen kommune får det de har krav på.
3. Kommunedirektøren skal minst en gang i året rapportere til kommunestyret om internkontroll.

4 KOMMUNENS OVERORDNEDE SYSTEM FOR INTERNKONTROLL

Faktabeskrivelsen utgjør grunnlaget for våre vurderinger opp mot revisjonskriteriene vi utledet i kapittel 3. Dette kapittelet presenterer fakta og vurderinger for problemstilling 1:

I hvilken grad har kommunedirektøren etablert et overordnet system for interkontroll?

For å undersøke om det er etablert et overordnet system for internkontroll har vi gjennomført intervjuer med rådmannens ledergruppe, og undersøkt dokumentasjon som ligger i kommunens internkontrollsystem Compilo.

4.1 ETNEDAL KOMMUNES OVERORDNEDE INTERNKONTROLLSYSTEM

Et internkontrollsystem som inneholder oppdaterte reglementer, prosedyrer, styringsbeskrivelser og instruksjoner m.m. er viktig for at rådmannen skal kunne ha betryggende kontroll. Etnedal kommune etablerte nytt system for internkontroll fra og med 2021.⁸

Rådmannen fortalte i oppstartsmøtet at det er kommunalsjef HR som i hovedsak har hatt ansvar for å bygge internkontrollsystemet etter at ny kommunelov kom. Kommunalsjef HR sa at de har tatt utgangspunkt i KS-veilederen «*Orden i eget hus*», og særlig har tatt hensyn til anbefalingene som gjaldt små kommuner. Internkontrollsystemet er basert på det virksomhetene allerede gjorde, men de har bygd et rammeverk for hvordan rådmannen skal få aggregert informasjon fra den enkelte virksomheten. De har også hatt fokus på at det skal være risikobasert internkontroll i alle enheter.

Rådmannen forklarte at de har omorganisert og tatt bort enhetslederleddet. Nå er det rådmannen og de fire kommunalsjefene som utgjør ledergruppen. Dette mener han er en suksessfaktor når det gjelder internkontroll. Kommunalsjefene er tett på alle tjenester og følger opp økonomi, risikovurderinger og en del andre områder, mens avdelingslederne er ansvarlige for fag.

⁸ Rådmannens overordna vurdering av internkontroll, 2022.

Det overordnede internkontrollarbeidet i Etnedal kommune er organisert gjennom følgende årshjul og aktivitetsplan:

Årshjul og aktivitetsplan for overordnet internkontroll

Forum:	1. tertial	2. tertial	3. tertial
RLG:	- Regnskap og årsmelding - Ledelsens gjennomgang GDPR	- Gjennomgang tertialmelding - Gjennomgang kommunebarometer	- Enkel overordna vurdering internkontroll - Evt. oppdatering årsplan - Gjennomgang tertialmelding - Lønnsforhandlinger
ULG:	- Gjennomgang av årshjul - Enhetenes tiltaksplaner - Regnskap og årsmelding - Kommunebilder - Evt. brukerundersøkelser - Vurdering måloppnåelse	- Tertialmelding - Kompetanseplanlegging - Målekort og overordna styringskort -Kommunebarometer	- Tertialmelding - Lønnsforhandlinger - Revidering av enhetens tiltaksplaner - Budsjettarbeid
AMU:	- Årsrapport AMU - Sykefravær	- Sykefravær - Årlig klima- og miljørapport - Gjennomgang av HMS-aktivitetsplaner i enhetene	- Rapportering HMS avvik - Sykefravær - Gjennomgang av gjennomførte vernerunder i kommunen - Budsjett og økonomiplan - Sykefravær

Figur 2: Årshjul og aktivitetsplan for overordnet internkontroll (hentet fra Etnedal kommunes årsmelding 2021).

I kommunens årsmelding for 2021 er det beskrevet at rådmannen og hans ledergruppe gjennomfører en årlig overordnet vurdering av helheten i internkontrollen. Formålet er å identifisere og vurdere risikoer som kan ha betydning for hvorvidt internkontrollen fungerer. Vurderingen gjennomføres ved at rådmannens ledergruppe (RLG) gjør en vurdering av sektorovergripende reglementer, rapportering, delegering, internkontroll og rutiner og hvorvidt dette er etablert, oppdatert og etterlevd. Som et ledd i rådmannens overordna vurdering av internkontroll gjennomføres også en risikovurdering for manglende måloppnåelse i dialog med utvidet ledergruppe (ULG).

Rådmannens ledergruppe gjennomførte i februar 2022 en overordnet vurdering av internkontroll og måloppnåelse. I denne vurderingen som fremgår i figur 3, vurderte de i hvilken grad sektorovergripende reglementer er etablert, oppdatert og etterlevd. De vurderte også om internkontrollen er risikobasert, om det er etablert rutiner og dokumentasjon for tjenesteyting og støtteprosesser, og om rapportering er etablert og fungerende.

Nr.	Etablert? Oppdatert? Etterlevd?	Status (fyll med farge)
Sektorovergripende reglementer		
1	- Delegeringsreglement fra kommunestyret til rådmann	
2	- Delegering fra rådmann	
3	- Rutiner som sikrer iverksettelse og oppfølging av politiske vedtak	
4	- Etisk reglement	
5	- Arbeidsgiverstrategi	
6	- Rutiner for varsling etter arbeidsmiljølov	
7	- Arkivplan	
8	- Økonomireglement	
9	- Finansreglement	
10	- Anskaffelsesstrategi- og reglement	
11	- HMS	
12	- Krisehåndtering og beredskap	
13	- Datasikkerhet og personvern	
14	- Lederkrav og lederoppfølging	
15	Er delegering fungerende?	
16	Er internkontrollen i tjenester og støtteprosesser risikobasert?	
17	- Har RLG tilgang til risikovurderingene?	
18	- Blir de viktigste hendelsene mht gjennomføring av risikovurderinger rapportert til RLG?	
19	Er det etablert rutiner og dokumentasjon for tjenesteyting og støtteprosesser?	
20	Er rapportering etablert og fungerende?	

Figur 3: Overordnet vurdering av internkontroll og måloppnåelse

I kommentarene som fremgår av den overordnede risikovurderingen beskriver RLG hvorfor de har vurdert punktet som grønt, gult eller rødt. Gule og røde punkter har en ekstra kolonne der det fremgår hvem, hva og når det skal følges opp. Vi vil i det følgende beskrive punktene som er markert i gult og rødt. Først beskrives de sektorovergripende reglementene.⁹

4.1.1 SEKTOROVERGRIPENDE REGLEMENTER

Punkt 1-14 i den overordnede risikovurderingen omhandler sektorovergripende reglementer. Dette er de reglementene som KS anbefaler å ha på plass i veilederen «Orden i eget hus».

- Delegering fra rådmann (punkt 2) er markert i gult. Grunnlaget er at delegeringsreglementet må oppdateres som en konsekvens av endringer i lederstrukturer og endringer i delegering fra kommunestyret til rådmannen (juni 2021 sak 70/21). Dette er en del av hovedoppgavene til rådmannens ledergruppe i 2022.
- Arkivplan (punkt 7) er markert rødt. Dette er begrunnet med at arkivplanen er lite kjent i organisasjonen, og det er usikkert om planen er dekkende med hensyn til risiko for manglende arkivering fra ulike nye

⁹ I punkt 16-18 har rådmannens ledergruppe gjort en overordnet vurdering av om internkontrollen i tjenester og støtteprosesser er risikobasert. Området er merket gult, dette vil vi gå nærmere inn på i kapittel 4.1.2 som omhandler risikobasert internkontroll.

program/systemer. Det vises også til at kommunen mangler kompetanse knyttet til arkivfag, men at det i kompetanseplanen er tilrettelagt for slik utdanning.

- Økonomireglementet (punkt 8) er markert i gult. Rådmannen har endret delegasjonsreglementet, og økonomireglementet bør da oppdateres. Det må samtidig tas en gjennomgang av systemoppsett for å sikre at økonomisystemet ivaretar vedtatt økonomireglement mht. attestasjon og anvisning. Dette er en del av hovedoppgavene til rådmannens ledergruppe i 2022.
- Anskaffelsesstrategien- og reglementet (punkt 10) er markert gult. Det er begrunnet med at kommunen har reglement og struktur, men at det kan være behov for ytterligere bekjening.
- Krisehåndtering og beredskap (punkt 12) er markert gult. Årsaken er at flere planer skal oppdateres i tråd med planstrategi og det må etterspørres oppdatering i tråd med denne. Det gjelder spesielt plan for befolkningsvarsling (frist i løpet av 2022), plan for atomberedskap og plan for forurensning av ytre miljø (begge har frist våren 2022).
- Datasikkerhet og personvern (punkt 13) er markert gult. Ledelsens gjennomgang i forbindelse med GDPR er tatt inn i årshjul i rådmannens ledergruppe, men ikke gjennomført på tidspunktet for risikovurderingen. Gjennomgangen skal utføres i løpet av høsten 2022.

Revisjonen har undersøkt om de sentrale sektorovergripende reglementene er dokumentert og samlet i Compilo. Videre har vi sett på når reglementene sist er revidert og om det er avklart hvem som har ansvaret for å oppdatere dem. Vi har tatt utgangspunkt i reglementene som er anbefalt i veilederen «*Orden i eget hus*» utgitt av KS. Det er imidlertid ikke et krav at alle disse skal inngå i et internkontrollsystem.

Vi fant at de anbefalte sektorovergripende dokumentene er tilgjengelig i Compilo, med unntak av anskaffelsesstrategi- og reglement og lederavtaler. Reglementene i Compilo er oppført med dokumentansvarlig som skal gå gjennom dokumentet i et årlig tidsintervall, med mindre dokumentansvarlig selv har satt en egen frist. Med unntak av finansreglementet (som har overskredet frist fra februar 2022), var dokumentene revidert i henhold til oppsatt frist. Revidert betyr i denne sammenheng at dokumentansvarlig har gått gjennom dokumentet for å se om det bør gjøres endringer, men det trenger ikke å være gjort endringer. Gjennomgangen viste at reglement for finans- og gjeldsforvaltning og økonomireglement henviser til tidligere kommunelov.

Revisjonen spurte kommunalsjefene om de overordnede reglementene og rutinene er tilgjengelig for alle ansatte i deres sektor, og om alle reglementer og rutiner innen deres sektor er i Compilo.

- *Kommunalsjef HR* fortalte at policyen er at alt av rutiner i kommunen skal ligge i Compilo, men at det nok fortsatt er en del rutiner som ligger utenfor Compilo eller som mangler. Blant annet ligger ikke rutiner på økonomiområdet i Compilo. Når rutinene ikke ligger i Compilo er det mer sårbart, ved at det ikke automatisk blir fulgt opp. Det er en jobb å gjøre med rutiner på personalområdet, men alle reglement er oppdatert.
- *Kommunalsjef plan og teknisk* fortalte at de innen drift har mange rutiner som ikke er digitalisert. En medarbeider som ble ansatt våren 2022 har fått spesielt ansvar for å digitalisere og oppdatere rutiner

på sitt område. Reglement og prosedyrer i Compilo er tilgjengelig for alle ansatte og hun har runder for å minne de ansatte på rutiner. Alle i enheten har tilgang, mulighet og kompetanse til å gå inn i Compilo og se rutinene som ligger der. En gang i året har de hatt ekstra fokus på Compilo.

- *Kommunalsjef oppvekst* fortalte at det overordnede systemet i Compilo er tilgjengelig for alle ansatte. Samtidig pekte hun på at ikke alle innen hennes sektor sitter med PC i det daglige og dermed ikke har samme tilgjengelighet til Compilo. De jobber med å innføre en ny digital arbeidsflate som skal være lettere tilgjengelig på mobiltelefon.
- *Kommunalsjef helse* fortalte at de overordnede prosedyrene er tilgjengelig i Compilo. Innen helse og omsorg er også de avdelingsspesifikke prosedyrene i Compilo, og det ligger inne i systemet hvem som skal oppdatere de og når.

4.1.2 RISIKOBASERT INTERNKONTROLL

Risikovurderinger er en grunnleggende forutsetning for en god og velfungerende internkontroll. Å gjøre jevnlige vurderinger av hva som kan gå galt i en virksomhet kan gjøre at det settes inn tiltak som forebygger eller forhindrer at uønskede hendelser inntreffer. I tillegg til at hver enkelt virksomhet/avdeling gjennomfører slike vurderinger, bør det gjøres vurderinger på overordnet nivå i kommunen. Revisjonen har undersøkt om kommunen har systemer og rutiner for risikovurderinger.

Retningslinjer for gjennomføring av risikovurderinger i Etnedal kommune

Rådmannen fortalte i intervju at de har hatt fokus på å utvikle en risikobasert internkontroll i alle enheter i kommunen. Ledergruppen har brukt tid på å stadfeste rådmannens risikoaksept innenfor ulike tjenesteområder, og de har egne matriser for den enkelte tjeneste. For eksempel er det lavere risikoaksept innenfor helse enn innen kultur eller service, mens det er felles risikoaksept på HMS i alle tjenester.

For å bidra til at det skal kunne gjennomføres risikovurderinger som er sammenlignbare på tvers av avdelinger og enheter i kommunen, er det utarbeidet en felles metodikk for gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS). Dette skal blant annet gi rådmann et grunnlag for å prioritere tiltak på tvers av tjenesteområder.

Etnedal kommune har definert ulike nivåer for sannsynlighet for at en hendelse skal inntreffe:

Sannsynlighetsnivå	Forklaring
1 – Svært lav sannsynlighet	Sjeldnere enn hvert 5. år
2 – Lav sannsynlighet	Mellom 1-5 år
3 – Middels sannsynlighet	Årlig
4 – Høy sannsynlighet	Månedlig
5 – Svært høy sannsynlighet	Ukentlig

Videre har kommunen definert konsekvensnivåer for å skille de uønskede hendelsene fra hverandre innen kategoriene mål, tjenesteproduksjon, økonomi, integritet og omdømme.

I årsmeldingen følges det opp hvilke ROS-analyser som er blitt gjort i tjenestene. I malen for årsmeldingen skal kommunalsjefene svare på hvordan det jobbes med risikobasert internkontroll og hva som er risikovurderingene på området.

Kommunalsjef HR følger også opp hvilke ROS-analyser som blir gjort over tid i kommunen i et skygge-regnskap (Excel-skjema). På denne måten kan de følge med på om det er noen områder som ikke har blitt risikovurdert, fortalte hun.

Risikovurdering på overordnet nivå i kommunen

Rådmannens ledergruppe og den utvidede ledergruppen gjennomførte 15. mars 2021 en «*overordnet vurdering av risiko for manglende måloppnåelse i kommunen som helhet*». Risikoanalysen tar for seg en drøfting av kommunens mål og arbeidsoppdrag og hvordan de skal nå disse målene. Videre identifiserer ledergruppen ni risikofaktorer som kan medføre at de ikke når kommunens mål:

1. Manglende fokus på de viktigste oppgavene / Manglende evne til å prioritere de viktigste oppgavene.
2. Høyt fravær hos ansatte.
3. Høyt fravær hos ledere.
4. Manglende rekruttering.
5. Feilrekruttering.
6. Manglende oppfølging av de viktigste oppgavene.
7. Negativ utvikling i holdninger og sviktende etikk blant kommunens personale.
8. Manglende evne til å tilpasse seg endringer i rammebetingelser vedrørende økonomi.
9. Manglende evne til ledelse/manglende ledelse.

Basert på kommuneledelsens vurdering er samtlige risikofaktorer markert med grønt og det er følgelig ingen oppfølgingspunkter knyttet til analysen.

Risikovurderinger på virksomhetsnivå

En forutsetning for gode *overordnede* risikovurderinger er at det er rutiner og praksis for å gjennomføre risikovurderinger på *virksomhetsnivå*.

I den overordnede vurderingen av internkontroll og måloppnåelse fra februar 2022 (figur 3) fremgår det av punkt 16-18 at rådmannens ledergruppe har gjort en overordnet vurdering av om internkontrollen i tjenester og støtteprosesser er risikobasert. Området er merket gult. Det beskrives at det er gjennomført drøfting rundt retningslinjene for gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) i kommunen i utvidet ledergruppe desember 2021. I denne drøftingen kom det frem at det er få som har tatt systemet i bruk, og det oppleves også som krevende å forholde seg til matrisene som er satt for helse. Noen avdelinger har valgt å kun bruke matrisene som ligger i Compilo, selv om disse ikke er i tråd med kommunens retningslinjer for ROS.

Revisjonen undersøkte med kommunalsjefene hva som er status for arbeidet med ROS per høsten 2022, og om de har et system for hvilke risikovurderinger som skal gjøres når.

- *Kommunalsjef helse* fortalte at de jobber med å implementere malen for risikovurderinger. Det er besluttet at malen skal brukes og at risikovurderinger skal legges inn i Compilo under den enkelte avdeling. Helse har ikke en overordnet plan for når risikovurderinger skal gjøres i den enkelte avdeling og tjeneste, men de har et årshjul for internkontrollarbeidet. Der framgår det at de i oktober skal gå gjennom risikovurderinger og se på hva som skal gjøres fremover.
- *Kommunalsjef plan og teknisk* fortalte at de gjennomfører ROS-analyser innen hennes område. Innen HMS mener hun at de er i mål på alle fagområder. De har også en del ROS-analyser på tjenestenivå innen vann og avløp, og drift generelt. De har startet med tjenestebaserte risikovurderinger i planavdelingen og de har satt opp en plan for hvilke risikovurderinger de skal gjennomføre de neste årene. Det er hun som sammen med avdelingene beslutter hvilke ROS-analyser som skal gjøres. Hun har hatt en ledergjennomgang med rådmannen om hvilke risikovurderinger som finnes og hva som mangler innen hennes område.
- *Kommunalsjef oppvekst* fortalte at de gjennomfører risikovurderinger på sektornivå. Dette har de gjort i mange år allerede og det var derfor lett å implementere det nye systemet. Det som er nytt, er malen og at rådmannen har definert hva som er akseptabel risiko. Hun mener at de jobber mer enhetlig nå og at malene er enkle å bruke. Skole og barnehage har sitt eget kvalitetsvurderingssystem med en fire-års rytme der det er valgt ut fokusområder. Eksempelvis gjør de en risikovurdering ett til to år etter at det er kommet nye lover for å se hvordan disse er blitt implementert. ROS-analysene som blir gjort ligger i Compilo slik at hun har oversikt. Hun er involvert i prosessen når det blir utarbeidet ROS-analyser ute i tjenestene og opplever at styre og rektorer jobber konstruktivt og ser utfordringene. ROS på HMS gjør tjenestene i større grad på egenhånd, men hun sjekker at det blir gjort og gir veiledning ved behov. Innen kultur og flyktninger er det ikke et system for risikovurderinger, slik at der gjennomføres det etter behov. De har hatt få flyktninger siden flyktningstrømmen i 2015, så risikovurderingene på det området er foreløpig fra da.
- *Kommunalsjef HR* fortalte at hun har ansvaret for å gjennomføre risikovurderinger i sin enhet. Det forventes at det blir gjort risikovurderinger på tjenesteområder (både HMS og kjerneoppgaver) og dette blir fulgt opp gjennom at hun rapporterer på det i forbindelse med årsmeldingen til kommunestyret.

4.1.3 AVVIKSSYSTEM

Avvikshandtering handler om å oppdage, melde, rette opp og forebygge uønskede hendelser. At de ansatte motiveres til å si ifra om uønskede hendelser er viktig for å gi ledere god styringsinformasjon og mulighet til å drive utvikling- og forbedringsarbeid. Etnedal kommune bruker i hovedsak Compilo som avvikssystem, med unntak av pasientrettede avvik innen helsesektoren som registreres i Profil.

Revisjonen har undersøkt hvorvidt det er skriftlig rutine for melding av avvik i Compilo. Når vi brukte søkerordet «avvik» i Compilo fikk vi følgende treff:

- Avvikshandtering GDPR (prosedyre)
- Avviksmelding til Datatilsynet (prosedyre)
- Rutine for behandling av avvik (Eventyrskogen barnehage, 2018)

- Rutine for behandling av avvik i Compilo (Helse og omsorg, 2019)

Vi finner ikke at kommunen har en overordnet prosedyre for melding av avvik i Compilo, som gjelder alle enheter i kommunen.

Vi har undersøkt hvordan prosessen med å melde avvik i Compilo foregår. Når man logger inn i Compilo er det tydelig merket hvor man trykker for å melde avvik. Der fyller man inn opplysninger om avviket direkte i systemet. Følgende obligatoriske punkter må fylles ut:

1. Hvilke tema avviket gjelder
2. Hvem man melder til – automatisk til nærmeste leder
3. Valg av alvorlighetsgrad (lav, middels og høy). De ulike alvorsgradene er oppført med kriterier/hjelpetekst.
4. Tidspunkt for hendelse
5. Beskrivelse av hendelse
6. Om hendelsen angår tjeneste/bruker, organisasjon/internt eller HMS.
7. Beskrivelse av konsekvenser
8. Forslag til forbedring

Ifølge Compilo så går meldte avvik først til den nærmeste lederen til den som melder avviket. Lederen blir varslet og kan iverksette korrigerende tiltak.

Rådmannen fortalte i oppstartsmøtet at nærmeste leder har 20 dager på å lukke avviket. Deretter går det til kommunalsjefen som også har 20 dager for å lukke avviket. Dersom avviket fortsatt ikke er lukket, går det til rådmannen. Rådmannen får dermed ikke nødvendigvis så alvorlige avvik, men ofte avvik det kan ta litt tid å lukke. Han fortalte at de har kommet langt i å identifisere avvik, men at de fortsatt jobber med å finne ut hva som er et avvik som skal registreres i Compilo. Kommuneledelsen prøver å sende signal om at ansatte heller skal melde et avvik for mye, enn et avvik for lite. De ser at det er en positiv utvikling, ved at flere avvik meldes.

Alle kommunalsjefene var godt kjent med avvikssystemet. Et par pekte på at dersom avvik blir meldt per telefon eller e-post har ledelsen mindre kontroll på prosessen, og det er mer sårbart fordi det ikke er et system for oppfølging slik det er i Compilo.

Kommunalsjef HR fortalte at hun har jobbet mye med at avvik skal registreres i Compilo og ikke sendes per e-post. Får hun en e-post om et avvik ber hun om at det registreres i Compilo. Hun ser at avviksregistreringen i Compilo har økt i hennes enhet, og det synes hun er bra. Innen plan og teknisk fortalte kommunalsjefen at det fortsatt kommer mange meldinger om avvik på telefon eller e-post i driftsavdelingen Dette mener hun de må jobbe med å forbedre.

Innen helse registreres avvik i to systemer. Pasientrettede avvik registreres i Profil, som er et pasientjournalsystem med høyere nivå av sikkerhet. Kommunalsjefen for helse fortalte at retningslinjen er tydelig når det gjelder hvilke avvik som skal registreres hvor, men hun ser at det iblant blir gjort feil. Noen avvik som skulle vært i Compilo blir registrert i Profil, men ikke omvendt.

På spørsmål om kommunen har en helhetsoversikt over avvik på overordnet nivå, fortalte kommunalsjefene at de rapporterer på avvik i tertial- og årsmelding. Kommunalsjef for helse fortalte at i hennes enhet går de gjennom avvikene og ser på trender hvert tertial i forbindelse med rapportering. Ser hun at det er gjentakende avvik hender det at det blir løftet til rådmannens ledergruppe. Dette gjelder også dersom det er avvik som omhandler ressursmangel som har konsekvens for budsjett, eller alvorlige brudd på regelverk. Tilsvarende fortalte de andre kommunalsjefene at det som regel er avvik som krever større tiltak eller som berører tjenesten i stor grad som meldes videre til rådmann.

4.2 REVISJONENS VURDERINGER

Sektorovergripende reglementer

Revisjonen har lagt til grunn at kommunen bør ha et system som sikrer at sentrale sektorovergripende reglementer og prosedyrer er dokumentert, samlet og tilgjengelig. Videre at disse dokumentene er oppdaterte og relevante. Det skal også være avklart hvem som har ansvar for å oppdatere reglementene. Det er krav om å ha nødvendige rutiner og prosedyrer for å sikre regeletterlevelse. Hvilke og hvor mange rutiner som trengs må vurderes konkret.

Revisjonen vurderer at Etnedal kommune har et system som sikrer at sentrale sektorovergripende reglement og prosedyrer er dokumentert, samlet og tilgjengelig i Compilo. Kommunens administrative delegeringsreglement er ikke oppdatert i tråd med endringer i lederstrukturer og endringer i delegering fra kommunestyret til rådmann. Dette er sentralt for å kunne ha en oversikt over ansvarsfordelingen i organisasjonen. Deler av dokumentasjonen er ikke oppdatert med korrekt referanse til gjeldene lovverk. Endringer i regelverk kan føre til behov for å endre innholdet i styringsdokumentasjonen.

Revisjonen ser det som positivt at kommunen har oversikt over manglene i dagens overordnede prosedyrer og reglement, og en plan for når de skal gjennomgå og oppdatere dem. Compilo bidrar til å sikre oppdatering og godkjenning gjennom årlige påminnelser, noe som i stor grad har blitt fulgt opp. Sett i sammenheng med kommuneledelsens årlige vurdering av internkontrollen, som inkluderer en vurdering av sektorovergripende dokumenter, har kommunen et system som bidrar til å sikre at disse er på plass og oppdaterte.

Felles metode for risikovurderinger

Revisjonen har lagt til grunn at kommunen bør ha en felles metode for vurdering av risiko, og at det bør brukes ensartede maler, kriterier og skalaer på tvers av enheter. Gjennom et felles vurderingsgrunnlag kan risiko vurderes på tvers av virksomhetsområder og kommunen som helhet. Dette gjør det enklere å prioritere tiltak på tvers av virksomhetsområder.

Etter revisjonens vurdering har kommunen en felles metode for vurdering av risiko med ensartede maler, kriterier og skalaer. Revisjonen vurderer det som positivt at rådmannen har stadfestet risikoaksept innen ulike tjenesteområder og at det er utarbeidet en felles metodikk for gjennomføring av risikoanalyser både på overordnet nivå og på virksomhetsnivå.

Systematiske risikovurderinger

Revisjonen har lagt til grunn av internkontrollen skal være risikobasert. Rådmannen må gjøre vurderinger av hvor omfattende internkontrollen skal være og hvordan den skal innrettes. Det må gjøres konkrete vurderinger både samlet sett for hele kommunen og i den aktuelle virksomhet for å vurdere hvor omfattende og hva slags internkontroll det er behov for.

Kommunen har gjennomført dokumenterte risikovurderinger som omfatter helheten i systemet for internkontroll samlet sett for kommunen. Videre har de et system for å følge opp hvordan det arbeides med risikovurderinger i organisasjonen og oversikt over risikovurderinger som er gjort. Etter revisjonens vurdering bidrar dette til en helhetlig oversikt over risikoforhold, slik at rådmann har grunnlag for å prioritere tiltak på tvers av tjenesteområder og tilpasse omfang av internkontrollen.

Kommunens internkontrollsystem er fortsatt ferskt (2021) og det gjenstår fortsatt arbeid med spesielt tjenestebaserte risikovurderinger på virksomhetsnivå. Revisjonen mener likevel at Etnedal kommune har kommet langt i å etablere et system for risikobasert internkontroll.

Prosedyre og rapporteringssystem for avvik

Revisjonen har lagt til grunn at det bør være etablert en overordnet prosedyre og et felles rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik.

Etter revisjonens vurdering har ikke Etnedal kommune en overordnet prosedyre for melding av avvik som sier noe om hva som defineres som avvik og når og hvordan avvik skal meldes. Kommunen har et felles rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik gjennom Compilo, men det synes ikke å være formalisert hvordan kommunen ønsker at avvikssystemet skal brukes og hva systemet skal brukes til.

Vi ser det som positivt at det rapporteres til kommuneledelsen hvert tertial og at avvik er sentralt i rapporteringen. En sammenfatning av avvik på overordnet nivå er etter revisjonens vurdering avhengig av en god praksis for melding av avvik på de ulike tjenesteområdene. Undersøkelsen viser at ikke alle tjenesteområdene i like stor grad har tatt i bruk avviksmodulen i Compilo. Revisjonen mener det er viktig at det etableres en god praksis for rapportering av avvik fra alle tjenesteområdene.

5 KOMMUNENS OPPFØLGING AV INTERNKONTROLLEN

Dette kapittelet presenterer fakta og vurderinger for problemstilling 2:

I hvilken grad blir systemet for internkontroll fulgt opp?

Revisjonen har i dette kapittelet undersøkt om kommunen har et system for å følge opp internkontrollen. Med dette menes i hvilken grad rådmannen etterspør og følger opp internkontroll nedover i virksomheten. Dette gjelder både faste rapporteringer og oppfølging av interkommunale samarbeid.

Problemstillingen er undersøkt ved intervjuer med rådmannens ledergruppe og gjennomgang av tertial- og årsrapporter i kommunen.

5.1 SYSTEM FOR RAPPORTERING

Rådmannen fortalte at kommunalsjefene rapporterer hvert tertial til han i forbindelse med rapportering til kommunestyret. Malen for tertialrapportering er i stor grad basert på KS-veilederen «*Orden i eget hus*», og internkontroll er et fast punkt i rapporten. Tertialrapporten skal både vise oversikt over type avvik som er meldt i Compilo, men også utviklingstrekk, sykefravær og oppfølging av politiske vedtak. Malen for tertialrapport fylles ut av kommunalsjefen på det aktuelle området. Målet med tertialrapporteringen er å samle relevant informasjon fra tjenestene i kommunen.

Rådmannen forklarte at det kan variere hvordan tjenestelederne/avdelingsledere rapporterer videre til kommunalsjefen, - om de bruker malen eller om det er en dialog. Det er kommunalsjefen som siler ut det som rapporteres videre til rådmann. Rådmann stoler på at kommunalsjefene siler ut det som er viktig og opplever ikke at det er en underrapportering.

Kommunen har en egen mal for årsrapportering. Den er bygd på samme måte som tertialrapporten, men i årsrapporten skal kommunalsjefene i tillegg svare på hvordan enhetene jobber med risikobasert internkontroll, og hva som er risikovurderingene på området.

Rådmannen har en forventning om at malene for tertial- og årsrapportering blir brukt. Malene har fokus på følgende:

Årsrapportering	Tertialrapportering
<ul style="list-style-type: none"> - Del 1 internkontroll: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risikovurderinger og oppfølging ▪ Avvikshåndtering ▪ Internkontroll i egen enhet/avdeling ▪ Utviklingstrekk - Del 2: Tjenesteyting (Samfunns- og bruker-/tjenesteperspektivet): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Drift og aktivitet ▪ Utvikling og kvalitet - Del 3: Medarbeiderperspektivet <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sykefravær – status og prognose ▪ Kompetanse ▪ Aktiviteter - Del 4: Viktige hendelser i rapporteringsåret - Del 5: Oppfølging av vedtak <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oppfølging av politiske vedtak ▪ Oppfølging av administrative vedtak - Del 6: Økonomiperspektivet <ul style="list-style-type: none"> ▪ Status budsjett og prognose ▪ Investeringsprosjekter - Del 7: Tabeller og nøkkeltall til årsmelding - Del 8: Fremtidsperspektivet 	<ul style="list-style-type: none"> - Del 1 internkontroll: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risikovurderinger og oppfølging ▪ Avvikshåndtering ▪ Utviklingstrekk - Del 2: Tjenesteyting (Samfunns- og bruker-/tjenesteperspektivet): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Drift og aktivitet ▪ Utvikling og kvalitet - Del 3: Medarbeiderperspektivet <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sykefravær – status og prognose ▪ Aktiviteter - Del 4: Oppfølging av vedtak <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oppfølging av politiske vedtak ▪ Oppfølging av administrative vedtak - Del 5: Økonomiperspektivet <ul style="list-style-type: none"> ▪ Status budsjett og prognose ▪ Investeringsprosjekter

Figur 4: Års- og tertialrapportering (hentet fra Etnedal kommunes årsrapport 2021)

Revisjonen spurte kommunalsjefene hvordan de innhentet informasjon i forbindelse med tertial- og årsrapporteringen. Tilbakemeldingene fra kommunalsjefene varierte noe, men samtlige samlet informasjon enten i form av skriftlige rapporter eller møter i forkant av rapporteringstidspunkt.

Overordnet er tilbakemeldingen fra rådmannen og kommunalsjefene at systemet for rapportering fungerer godt. Et flertall av kommunalsjefene syntes at malen for tertialrapporteringer er i overkant omfattende og kan forenkles noe. Det ble også påpekt at systemet avhenger av hvordan kommunalsjefene følger opp sine ansatte nedover i enheten og involverer i rapportering, og at det nok er behov for at rådmannen er tydelig på dette området.

5.1.1 RAPPORTERING TIL KOMMUNESTYRET

Tertial- og årsrapportene som aggregeres fra enhetene danner grunnlaget for rådmannens rapportering til kommunestyret. Rådmann fortalte på oppstartsmøtet at de tar ut essensen i rapportene. Utfordringsbildet de bringer videre til kommunestyret er basert på risiko.

Revisjonen har sett nærmere på kommunes årsmelding av 2020¹⁰ og 2021. Årsmeldingene rapporterer på internkontroll, herunder resultater fra statlige tilsyn og en beskrivelse av det overordnede internkontrollarbeidet i kommunen.

¹⁰ I forbindelse med ny kommunelov fra 2021 ble det tatt inn overgangsregler om internkontroll i kommuneloven som beskriver kommunedirektørens plikter og krav til innhold i årsberetningen.

Det er ikke krav om å rapportere tertialvis om internkontroll til kommunestyret, men kommunen gjør dette i sammenheng med rapportering iht. økonomireglementet (av januar 2018 pkt. 6.1). Eksempelvis ble det i tertialmelding 1 – 2021 rapportert om utfordringer knyttet til interkommunal legevakt. I tertialmelding 1 – 2022 ble det rapportert om uakseptabelt nivå av fristbrudd i barnevernet, vakante stillinger i flere av kommunens tjenester og bekymringsfullt sykefravær.

5.2 OPPFØLGING AV INTERKOMMUNALE SAMARBEID

Revisjonen har undersøkt om Etnedal har et system for å følge opp interkommunale samarbeid. Rådmann fortalte i oppstartsmøtet at de har faste forum i Valdres, der representanter fra ulike nivåer i administrasjonen i de seks Valdreskommunene møtes.

På disse møtene blir interkommunale samarbeid tatt opp:

- Rådmannsutvalg: Kommunedirektørene i de seks Valdreskommunene har fast samarbeidsorganisering med rådmannsutvalg (RU) som møtes en til to ganger pr måned.
- Sektor-vise forum: Forumene består av kommunalsjefer innen aktuelle sektorer fra Valdreskommunene og er underorgan til Rådmannsutvalget. Det utarbeides årlige faste møteplaner for alle forum, og lederfunksjonen rullerer halvårlig. De møtes månedlig og gir sine anbefalinger til Rådmannsutvalget.
- § 20-dagen (nytt fra 2021): Nord Aurdal kommune som vertskommune inviterer til informasjonsdag for vertskommunesamarbeidene i Valdres. Kommunedirektører og kommunalsjefer for de aktuelle områdene blir invitert.

Rådmannen fortalte at strukturen er på plass, men at det er krevende å følge opp vertskommunesamarbeid. I tillegg til de faste regionale møtepunktene, får Etnedal tertialrapport fra Nord-Aurdal som dekker de interkommunale samarbeidene Nord-Aurdal er vertskommune for. Her opplyses det om regnskap, budsjett og prognoser for året med forklaring, inkludert eventuelle budsjettavvik og endringer i stillingshjemler. Tertialrapportene beskriver ikke internkontroll i vertskommunesamarbeidene.

Interkommunalt samarbeid er en av tingene ledergruppen jobber med inn mot internkontroll. Et av tiltakene kommunen har innført er at de har fått det interkommunale barnevernet inn i avvikssystemet Compilo. På den måten kan tjenestene i kommunen melde avvik direkte til barnevernet via Compilo og barnevernet kan melde tilbake til kommunen. De ønsker å gjøre tilsvarende for Valdres lokalmedisinske senter (VLMS).

Revisjonen har fått opplyst at det er kommunalsjef helse og kommunalsjef oppvekst som har interkommunale samarbeid innunder sine ansvarsområder.

Kommunalsjef helse har ansvaret for å følge opp vertskommunesamarbeidene om barnevern og NAV. Hun fortalte at det ikke er like tett oppfølging av tjenester i vertskommunesamarbeid som i enheten ellers. Når det gjelder internkontroll i tjenestene så fremgår det i hovedsak fra tertial- og årsrapporter fra vertskommunen. Møtene i helse og omsorgslederforum har i hovedsak fokus på tjenesteutvikling. Når det gjelder barnevernet er hun litt tettere på enn kvartalsvis, og der er det også noe mer om internkontroll i møtene. Når det gjelder samarbeidet om NAV er det kanskje der de har minst styring, det oppleves mer flytende fortalte hun.

Kommunalsjef oppvekst følger opp det interkommunale samarbeidet om PPT. Hun fortalte at hun ikke har like god innsikt i dette som hun har i sin egen tjeneste, men at hun har fått mer innsikt siste tiden. Oppfølgingen er forbedret og det er utarbeidet en egen samarbeidsavtale med beskrivelse av rutiner. Kommunalsjefene innen oppvekstsektoren i Valdreskommunene har møte med leder av PPT hver høst. I dette møtet tas det opp hvordan samarbeidet fungerer og om det er noe etterslep av saker i PPT. Hun får også tertialrapport og årsmelding fra vertskommune. Er det utfordringer knyttet til samarbeidet har de mulighet til å drøfte dette i møte med kommunalsjefene for oppvekst i Valdres som møtes hver 14. dag.

5.3 REVISJONENS VURDERINGER

System for rapportering

Revisjonen har lagt til grunn at det bør være etablert system for rapportering i kommunen slik at rådmannen får beskjed ved viktige enkelthendelser eller avvik av stor betydning. Videre bør rådmannen få faste rapporteringer som inneholder avklarte punkter om internkontroll.

Basert på tilbakemelding fra kommunalsjefene synes det som rådmannen får beskjed dersom det oppstår avvik som krever større tiltak, eller om det er noe som berører tjenestene i stor grad. Revisjonen vurderer at kommunen gjennom faste rapporteringspunkter i tertial- og årsrapport har etablert en systematisk rapportering som gir rådmann samlet oversikt og informasjon over viktige internkontroll-aktiviteter ute i virksomhetene. Systemet avhenger av hvordan kommunalsjefene følger opp sine ansatte og involverer seg i rapporteringen. I dette ligger også at man har en god oversikt over avvik innen sin sektor. Basert på funn i problemstilling 1 synes det som om kommunen fortsatt har utviklingspotensial når det gjelder å samle avvik i Compilo.

Rapportering til kommunestyret

Rådmannen skal minst en gang i året skal rapportere til kommunestyret om internkontroll. Formålet er at kommunestyret skal få viktig informasjon om administrasjonens arbeid og kommunens virksomhet som helhet, slik at de lettere kan følge opp sitt overordnede ansvar for kommunens virksomhet.

Revisjonen vurderer at årsmeldingene av 2020 og 2021 gir kommunestyret informasjon om Etnedal kommunes systemer, rutiner og løpende internkontrollarbeid. Det rapporteres også om konkrete kontroller som er gjennomført fra statlige tilsynsmyndigheter. Årsmeldingene gir i mindre grad informasjon om hvordan kommunen arbeider med å følge opp eventuelle avvik eller lovbrudd. Tertialrapportene synes å være tydeligere i å rapportere på vesentlige avvik/utfordringer i kommunen.

Oppfølging av interkommunale samarbeid

Revisjonen har lagt til grunn at rådmannen bør ha etablert rutiner for å følge med på at samarbeidsavtalene i interkommunale samarbeid blir fulgt, slik at innbyggerne i egen kommune får det de har krav på.

Revisjonen vurderer at kommunen har et system for å følge opp interkommunale samarbeid, ved at de har interkommunale møtepunkter og mottar tertial- og årsrapporter fra vertskommunen. Revisjonen vurderer det som positivt at Etnedal kommune arbeider med å få vertskommunesamarbeid inn i avvikssystemet Compilo. Samtidig pekes det på utfordringer når det gjelder ha å god nok oversikt, spesielt gjelder dette samarbeidet om NAV. Internkontroll i de interkommunale samarbeidene er i mindre grad vektlagt i de faste interkommunale møtepunktene og i tertial- og årsrapport fra vertskommunen.

6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

6.1 KONKLUSJONER

På bakgrunn av vurderingene skal revisor konkludere i forhold til problemstillingene. Dersom revisor finner vesentlige avvik, skal dette komme tydelig til uttrykk i forvaltningsrevisjonsrapporten.

6.1.1 PROBLEMSTILLING 1 - OVERORDNET INTERNKONTROLLSYSTEM

Problemstillingen er:

I hvilken grad har kommunedirektøren etablert et overordnet system for internkontroll?

Vår hovedkonklusjon er at Etnedal kommune har etablert et overordnet system for internkontroll som i stor grad synes å være integrert i kommunens ledelse og styring. Kommunen har hatt fokus på å få på plass sektorovergrepene reglementer og en risikobasert internkontroll. Systemet er oppbygd etter ny kommunelov og veilederen fra KS.

Revisjonen mener at kommunen har sørget for å formalisere internkontrollen gjennom at de har oppdaterte overordnede reglementer og prosedyrer samlet og tilgjengelig i Compilo. Kommunen har i all hovedsak de reglementer og rutiner som KS anbefaler at en kommune bør ha på plass. Kommunen arbeider systematisk med gjennomgang av disse dokumentene på årlig basis, og har en plan for å gjennomgå de reglementene som ennå ikke er oppdatert og på plass. Det overordnede internkontrollsystemet er fortsatt ferskt (2021), men kommunen har kommet langt i å etablere en risikobasert internkontroll. Dette gjelder i hovedsak på overordnet nivå, og i noen grad ned på virksomhetsnivå. Revisjonen anser det som positivt at kommunen har utarbeidet felles metode og vurderingsgrunnlag ved utarbeidelse av risikoanalyser, dette gjør det enklere å prioritere tiltak på tvers av virksomhetsområder og tilpasse omfanget av internkontrollen.

Etnedal kommune har et felles rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik gjennom Compilo. Kommunen har ikke formalisert når og hvordan det skal meldes avvik. Revisjonen mener at kommunen har et forbedringspotensial i å etablere en god praksis for rapportering av avvik fra alle tjenesteområdene, og synliggjøre hvordan de ønsker at avvikssystemet skal brukes, og hva systemet skal brukes til.

6.1.2 PROBLEMSTILLING 2 - OPPFØLGING AV INTERNKONTROLLEN

Problemstillingen er:

I hvilken grad blir internkontrollen fulgt opp?

Vår hovedkonklusjon er at rådmannen har etablert et system for å følge opp internkontrollen, gjennom oppdatering av viktige hendelser/avvik og fast rapportering der informasjon om internkontrollaktiviteter blir etterspurt fra virksomhetene i kommunen.

Gjennom faste rapporteringer på blant annet avvik, risikovurderinger og måloppnåelse får rådmannen oversikt og informasjon over viktige internkontroll-aktiviteter ute i virksomhetene. Systemet avhenger av hvordan kommuneledelsen følger opp sine ansatte og involverer seg i rapporteringen. I dette ligger også at kommunalsjefene har god oversikt over avvik innen sin sektor. Basert på funn i problemstilling 1 synes det som om kommunen fortsatt har utviklingspotensial når det gjelder å samle avvik i Compilo.

Revisjonen vurderer at rådmannen gjennom årsmelding og tertialrapporter gir kommunestyret informasjon om Etnedal kommunes systemer, rutiner og løpende internkontrollarbeid. Kommunen har et system for å følge opp interkommunale samarbeid, men det synes som internkontroll i de interkommunale samarbeidene i mindre grad er vektlagt i faste møtepunkter og i tertial- og årsrapport fra vertskommunen. Kommunen bør vurdere om de får tilstrekkelig informasjon fra vertskommunen slik at de har trygghet for at innbyggerne i kommunen får de tjenestene de har krav på. Revisjonen vurderer det som positivt at Etnedal kommune arbeider med å få vertskommunesamarbeid inn i avvikssystemet Compilo.

6.2 ANBEFALINGER

Ut fra konklusjonene ovenfor er det enkelte forhold vi mener kan forbedres. Disse fremmer vi som anbefalinger nedenfor:

- Rådmannen bør formalisere hva som defineres som et avvik, når og hvordan melding av avvik skal skje, og synliggjøre hva avvikssystemet skal brukes til.
- Rådmannen bør arbeide for å etablere en god praksis for rapportering av avvik i Compilo fra alle tjenesteområdene.
- Rådmannen bør vurdere om kommunen får tilstrekkelig informasjon i vertskommunesamarbeid til at de er trygge på at innbyggerne får de tjenestene de har krav på.

REFERANSER

Etnedal kommune (2021) Årsmelding 2020

Etnedal kommune (2022) Årsmelding 2021

Helse- og omsorgsdepartementet (2017): Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Lov om kommuner og fylkeskommuner. LOV-2018-06-22-83. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2020).

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2018): Prop. 46 L – Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2020): Prop. 81 L – Endringer av internkontrollregler i sektorlovgivningen (tilpasning til ny kommunelov)

KS (2020). «Orden i eget hus» Kommunedirektørens internkontroll. En praktisk veileder.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2021): Veileder. Internkontroll i kommunesektoren. Kravene i kommuneloven.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016): NOU 2016:4 Ny kommunelov.

Nord-Aurdal kommune – Årsberetning interkommunale samarbeid 2021

Dokumenter hentet fra Compilo:

- Oversikt over gjennomførte ROS i enhetene
- Rådmannens overordna vurdering av internkontroll og måloppnåelse (2022)
- Risikoanalyse «Rådmannens overordna vurdering av risiko for manglende måloppnåelse» 28.02.2022
- Års-hjul og aktivitetsplan for overordnet internkontroll
- Mal for tertialrapportering
- Mal for års-rapportering
- Mal for gjennomføring av ROS-analyser
- Retningslinjer for gjennomføring av ROS-analyser i Etnedal kommune
- Delegeringsreglement (vedtatt i kommunestyret 24.06.21, sak 70/21)
- Økonomireglement/-håndbok
- Finansreglement
- Anskaffelsesstrategi og -reglement
- Arbeidsgiverstrategi
- Lederavtaler
- Etske reglement

- Rutiner for varsling etter arbeidsmiljølov
- Arkivplan
- Datasikkerhet og håndtering av personopplysninger (GDPR)
- HMS-håndbok
- Krisehåndtering og beredskap

VEDLEGG RÅDMANNENS UTTALELSE

Hei

Vi har gjennomgått høringsutkastet til forvaltningsrevisjonsrapporten om «kommunedirektørens internkontroll»
Undertegnede har ingen kommentarer til faktabeskrivelsen i rapporten.

Med vennlig hilsen

Kai Egil Bachér

Rådmann Etnedal kommune