

FORVALTNINGSREVISJONS-
RAPPORT 01-2023

KOMMUNEDIREKTØRENS INTERNKONTROLL

UTARBEIDET FOR
KONTROLLUTVALGET I
NORD-AURDAL KOMMUNE



INNLANDET REVISJON IKS

20. januar 2023
2023-094 AK/ALJ

FORORD

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet «*Kommunedirektørens internkontroll*» som er gjennomført på oppdrag av kontrollutvalget i Nord-Aurdal 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-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, 20. 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 NORD-AURDAL KOMMUNE.....	8
2 METODE	11
3 REVISJONSKRITERIER.....	13
3.1 UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER	13
3.2 KONKRETE REVISJONSKRITERIER	17
4 KOMMUNENS OVERORDNEDE SYSTEM FOR INTERNKONTROLL.....	19
4.1 NORD-AURDAL KOMMUNES OVERORDNEDE INTERNKONTROLLSYSTEM	19
4.2 REVISJONENS VURDERINGER.....	27
5 KOMMUNENS OPPFØLGING AV INTERNKONTROLLEN.....	29
5.1 SYSTEM FOR RAPPORTERING.....	29
5.2 OPPFØLGING AV INTERKOMMUNALE SAMARBEID	31
5.3 REVISJONENS VURDERINGER.....	32
6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER.....	34
6.1 KONKLUSJONER.....	34
6.2 ANBEFALINGER.....	35
REFERANSER.....	36
VEDLEGG KOMMUNEDIREKTØRENS UTTALELSE.....	38

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 kommunedirektøren 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 kommunedirektørens øverste ledergruppe og gjennomgang av dokumenter i kommunens kvalitetssystem Compilo.

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 Nord-Aurdal kommune har kommet godt i gang med å etablere et overordnet system for internkontroll. Systemet er oppbygd etter ny kommunelov og veilederen «Orden i eget hus» 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 reglementer og rutiner som KS anbefaler at en kommune bør ha på plass. Kommunen skal fremover ha en systematisk gjennomgang av disse dokumentene på årlig basis, og har en plan for hvordan de skal følge opp reglementer som ikke er oppdatert og på plass. Det overordnede internkontrollsystemet er fortsatt ferskt (fra sommeren 2022), men kommunen har kommet godt i gang med 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 vil gjøre det enklere å prioritere tiltak på tvers av virksomhetsområder og tilpasse omfanget av internkontrollen.

Nord-Aurdal kommune har en overordnet prosedyre for melding av avvik som sier noe om når og hvordan det skal meldes avvik, men de har et forbedringspotensial i å synliggjøre at også brudd på lover og forskrifter er avvik. Kommunen har et rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik gjennom Compilo. Undersøkelsen viste at ikke alle tjenestemåtene 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 tjenestemåtene.

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 kommunedirektøren 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 kommunen er kommet i gang med å etablere et system for å følge opp internkontrollen systematisk gjennom faste rapporteringer.

Ved oppstart av revisjonsprosjektet hadde kommunen i liten grad et system for å følge opp internkontrollen. I løpet av revisjonen har kommunedirektøren etablert et system for å følge opp internkontrollen, der informasjon systematisk blir etterspurt fra virksomhetene i kommunen. Gjennom faste rapporteringer på blant annet avvik, risikovurderinger og måloppnåelse vil kommunedirektøren kunne få 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 kommunalsjefene gjennomfører risikovurderinger og 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 gjennomføre risikovurderinger og samle avvik i Compilo.

Revisjonen mener at kommunestyret i årsmeldingene for 2020 og 2021 i liten grad har fått informasjon om Nord-Aurdal kommunes systemer, rutiner og løpende internkontrollarbeid. Med den nye retningslinjen for rapportering vil kommunestyret i større grad få informasjon om kommunens internkontrollarbeid og måloppnåelse.

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

- Kommunedirektøren bør arbeide for å etablere en god praksis for rapportering av avvik i Compilo fra alle tjenesteområdene.
- Kommunedirektøren bør vurdere om dagens retningslinje for melding av avvik er dekkende for avvik som gjelder brudd på lover og forskrifter.
- Kommunedirektøren bør følge opp at risikoanalyser og rapportering utføres i henhold til utarbeidede rutiner og planer.

1 INNLEDNING

1.1 KONTROLLUTVALGETS BESTILLING

Innlandet Revisjon presenterte en foranalyse og prosjektplan om kommunedirektørens internkontroll i kontrollutvalget i Nord-Aurdal kommune 2. mai 2022. Kontrollutvalget vedtok i sak 20/22 følgende:

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

De andre kontrollutvalgene i Valdres har fattet tilsvarende vedtak. Det er derfor like problemstillinger, revisjonskriterier og metode i alle prosjektene. Kommunene er imidlertid ulike, og 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

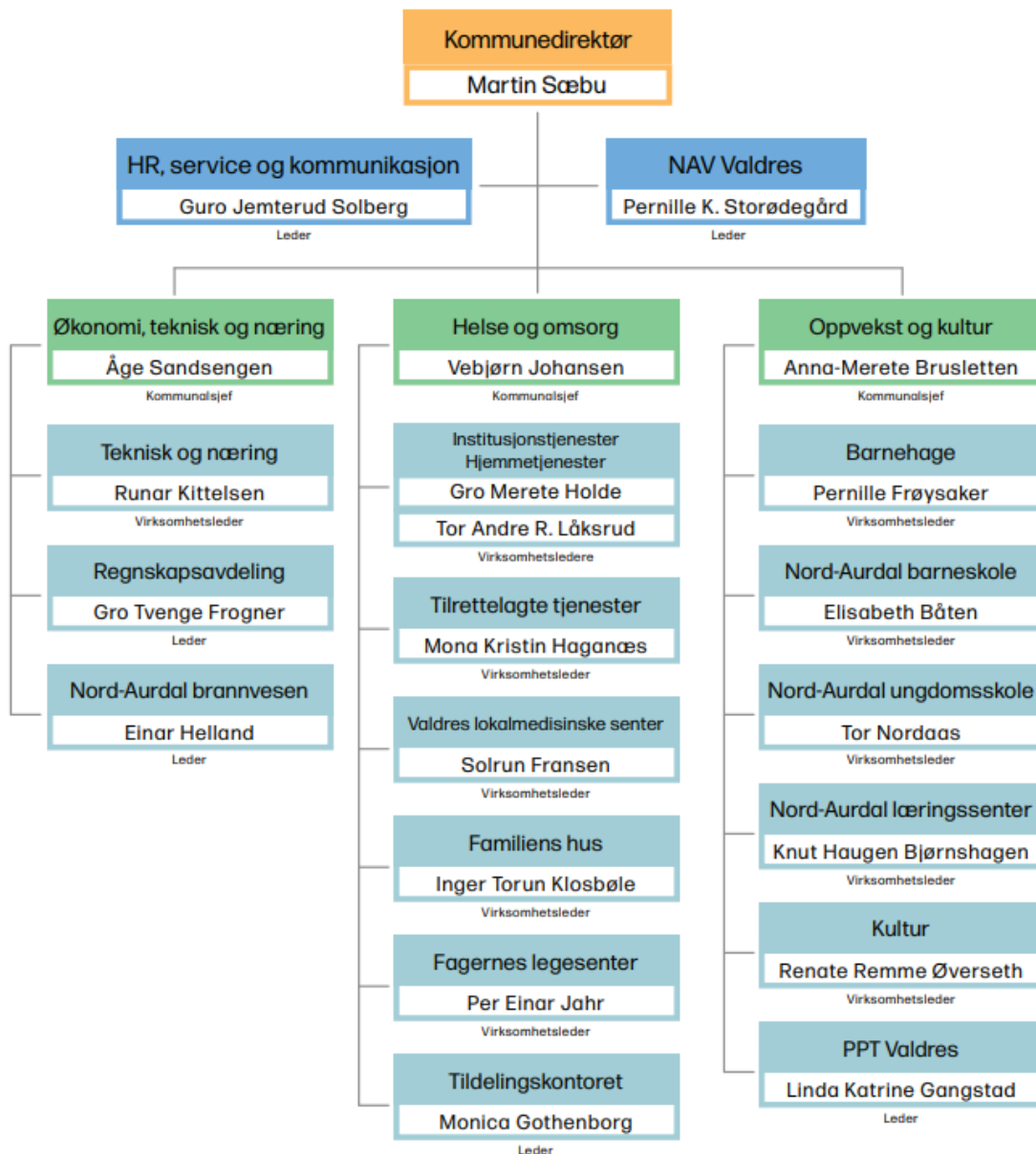
Kapittel 2 beskriver bruk av metode og hvordan revisjonen har gått frem for å innhente fakta i rapporten. I kapittel 3 gis en samlet framstilling av revisjonskriteriene som ligger til grunn for revisjonen. I kapittel 4 og 5 gjennomgås funn fra undersøkelsen og problemstillingene besvares. Hvert av disse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

Kommunedirektørens 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 NORD-AURDAL KOMMUNE

Administrasjonen i Nord-Aurdal kommune er organisert med to formelle beslutningsnivåer; kommunedirektøren med kommunalsjefer, og virksomhetslederne med ansvar for ulike tjenesteområder. Dette er nærmere illustrert i organisasjonskartet nedenfor. I kommunedirektørens ledergruppe deltar leder for HR, service og kommunikasjon, kommunalsjef for økonomi, teknisk og næring, kommunalsjef for helse og omsorg, og kommunalsjef for oppvekst og kultur.



Figur 1: Organisasjonskart Nord Aurdal kommune (kilde: Nord-Aurdal kommunes hjemmeside 21.11.2022).

Økonomi, teknisk og næring

Kommunalsjef økonomi, teknisk og næring leder selv planarbeidet, brann, økonomi og folkehelse. I avdelingen er det en virksomhetsleder som leder teknisk drift som omfatter byggesak, vann, avløp, og eiendom.

Helse og omsorg

Helse og omsorg er inndelt i seks virksomheter med hver sin virksomhetsleder:

- Institusjonstjenester
- Hjemmetjenesten
- Familiens hus (helsestasjon/helsesykepleiertjenesten, psykisk helsearbeid, barnevernstjenesten i Valdres, PPT Valdres og frisklivssentralen)
- Tilrettelagte tjenester
- Valdres lokalmedisinske senter
- Fagernes legesenter

I tillegg er det et tildelingskontor som er direkte underlagt kommunalsjefen. Kommunalsjefen fortalte at de har tre ledernivå i sektoren; det er avdelingsleder, virksomhetsleder og kommunalsjef. De har over lang tid hatt vakante stillinger innen sektoren, og er sårbare for fravær.

Oppvekst og kultur

Kommunalområdet oppvekst og kultur består av:

- Fem kommunale barnehager, en barneskole og en ungdomsskole.
- Kulturfeltet med bibliotek, kino, frivilligsentralen og kulturskolen som har egen rektor
- Læringssenteret med flyktningetjeneste og spesialundervisning for voksne.
- Interkommunalt samarbeid om PPT.

Kommunalsjef for oppvekst og kultur har fem virksomhetsledere i sin avdeling; en for barnehage, to for skolene (rektorer), en for kulturfeltet og en for Læringssentret, som også inkluderer spesialundervisning for voksne og flyktningetjenesten. Det interkommunale samarbeidet om PPT er plassert direkte under kommunalsjefen, med en leder.

HR, service og kommunikasjon

HR, service og kommunikasjon er en stabsfunksjon direkte underordnet kommunedirektør. Staben har systemansvaret for Compilo, og har med dette et overordnet ansvar for systemet. Lederen samarbeider tett med kommunedirektøren om å utvikle dette området.

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.²

1.3.2 TILSYN

Statsforvalteren i Innlandet førte i perioden mars til juni 2022 et tilsyn med Nord-Aurdal barneskole og Nord-Aurdal ungdomsskole. Temaet for tilsynet var om kommunen gjennom sin internkontroll sikrer at skolene setter inn tiltak i saker der det er mistanke om eller kjennskap til at en elev ikke har et trygt og godt skolemiljø, eller blir krenket av en som arbeider på skolen.

Tilsynet avdekket regelbrudd på flere områder, blant annet på kommuneloven § 25-1. Det ble det pekt på at kommunens internkontroll ikke er innrettet slik at det kan hindre eller forebygge brudd på tiltaksplikten og kravet til å lage en skriftlig plan. Det ble pekt på at det ikke var gjort risikovurderinger, at ansatte ikke er tilstrekkelig kjent med at de kan benytte avvikssystemet Compilo til å melde regelbrudd, og at det er usikkerhet knyttet til hvem som har ansvaret for risikovurderingene. Kommunen fikk rettefrist til den 1. desember 2022. Statsforvalteren avslutter ikke tilsynet før kommunen har vist at påleggene er rettet.

² [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 oppstartsmøte for prosjektet den 13. juni 2022. På møtet deltok kommunedirektør Martin Sæbu, leder for HR, service og kommunikasjon Guro Jemterud Solberg og kommunalsjef økonomi, teknisk og næring Åge Sandsengen fra Nord-Aurdal kommune. Fra Innlandet Revisjon deltok oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor Anette Karenstuen.

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 kommunedirektøren.

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. 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 leder HR, service og kommunikasjon, kommunalsjef for økonomi, teknisk og næring, kommunalsjef oppvekst og kultur og kommunalsjef helse og omsorg. Med unntak av oppstartsmøtet er intervjuene 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 kommunedirektøren på utkast til rapport.

3 REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriteriene er 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) Endringer av internkontrollregler i sektorlovgivningen
- Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner
- NOU 2016:4 Ny kommunelov
- Kommunesektorens organisasjon (KS) 2020: «Orden i eget hus - Kommunedirektørens internkontroll»
- 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.³

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

- utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering*
- ha nødvendige rutiner og prosedyrer*
- avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik*
- dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig*
- 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 opplisting 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.⁴ 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».*⁵

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.

⁴ Jf. forskriftens § 4

⁵ 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 delegere 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 kommunedirektør 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 kommunedirektøren har etablert et overordnet system for internkontroll har vi gjennomført intervjuer med kommunedirektørens ledergruppe, og undersøkt dokumentasjon som ligger i kommunens internkontrollsystem Compilo.

4.1 NORD-AURDAL KOMMUNES OVERORDNEDE INTERNKONTROLLSYSTEM

Et godt utbygd internkontrollsystem med oppdaterte reglementer, prosedyrer, styringsbeskrivelser og instruksjoner m.m., er viktig for at kommunedirektøren skal kunne ha betryggende kontroll.

Kommunedirektøren fortalte i oppstartsmøtet at kommunen våren 2022 startet arbeidet med å etablere en sektorovergripende internkontroll basert på veilederen «*Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll*» fra KS. De har hatt dialog med Etnedal kommune og tatt utgangspunkt i maler de har utarbeidet. Han mener at kommunen har fått mye på plass, men at de har fortsatt et forbedringspotensial, spesielt når det gjelder å arbeide systematisk med risikovurderinger i organisasjonen. Oppmerksomhet knyttet til ny kommunelov og forvaltningsrevisjonen om internkontroll er en forsterker for videre arbeid.

Revisjonen spurte kommunalsjefene hvordan kommunen har jobbet med å implementere et overordnet system for internkontroll. De fortalte at de har arbeidet med dette både i kommunedirektørens ledergruppe og i utvidet ledergruppe etter at ny kommunelov kom. De har blant annet laget en fellesmal for risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) og arbeidet med den overordnede vurderingen av internkontrollen. Kommunalsjefene mener mye er på plass på et overordnet nivå, men at de må jobbe mer konkret ned i de ulike tjenestene, spesielt for å få alle til å bruke samme system på risikoanalyser.

Det overordnede internkontrollarbeidet i Nord-Aurdal kommune er organisert gjennom følgende årshjul og aktivitetsplan:

Årshjul og aktivitetsplan for overordnet internkontroll

Forum	1. tertial	2. tertial	3. tertial
KLK	<ul style="list-style-type: none"> Regnskap og årsmelding Ledelsens gjennomgang GDPR 	<ul style="list-style-type: none"> Gjennomgang tertialmelding Gjennomgang kommunebarometer 	<ul style="list-style-type: none"> Enkel overordna vurdering internkontroll Evt oppdatering årsplan Gjennomgang tertialmelding Lønnsforhandlinger
ULG	<ul style="list-style-type: none"> Gjennomgang av årshjul Enhetenes tiltaksplaner Regnskap og årsmelding Kommunebilder Evt brukerundersøkelser Vurdering måloppnåelse 	<ul style="list-style-type: none"> Tertialmelding Kompetanseplanlegging Målekort og styringskort Kommunebarometer 	<ul style="list-style-type: none"> Tertialmelding Lønnsforhandlinger Revidering av enhetenes tiltaksplaner Budsjettarbeid
AMU	<ul style="list-style-type: none"> Årsrapport AMU Sykefravær 	<ul style="list-style-type: none"> Sykefravær Årlig klima- og miljørapport Gjennomgang av HMS aktivitetsplaner i enhetene 	<ul style="list-style-type: none"> Rapportering HMS avvik Sykefravær Gjennomgang av gjennomførte vernerunder Budsjett og økonomiplan Sykefravær

Figur 2: Årshjul og aktivitetsplan for overordnet internkontroll (hentet fra Compilo, 21.11.2022)

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

Overordnet vurdering av internkontroll

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	- Lederavtaler??	
15	- Annet?	
16	Er internkontrollen i tjenester og støtteprosesser risikobasert?	
17	- Har KLG tilgang til risikovurderingene?	
18	- Blir de viktigste hendelsene mht gjennomføring av risikovurderinger rapportert til KLG?	

Figur 3: Overordnet vurdering av internkontroll (hentet fra Compilo 21.11.2022)

I kommentarene som fremgår av den overordnede risikovurderingen beskriver kommunedirektørens ledergruppe hvorfor de har vurdert punktet som gult, hvem som skal følge opp og når. Vi vil i det følgende beskrive disse punktene og kommunedirektørens tilbakemelding på om oppfølgingstiltakene er gjennomført.⁶ Først beskrives de sektorovergripende reglementene. I punkt 16-18 har kommunedirektørens 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.

4.1.1 SEKTOROVERGRIPENDE DOKUMENTER

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

- *Rutiner som sikrer iverksettelse og oppfølging av politiske vedtak (punkt 3):* Kommunedirektørens ledergruppe kommenterer i skjemaet at de har verktøy, men at det må kommuniseres ut. Det er kommunedirektøren som har ansvaret for å følge opp og fristen var satt til 1. oktober 2022. Kommunedirektør ga tilbakemelding om at dette punktet er fulgt opp, og at de bruker systemet ACOS for saksoppfølging. Kommunedirektør/setter vedtak påført, videre behandling eller vedtak fulgt opp. Status endres ved oppfølging av sakene.
- *Arbeidsgiverstrategi (punkt 5):* Kommunedirektørens ledergruppe kommenterer i skjemaet at en formulert overordnet strategi mangler. Leder for HR, service og kommunikasjon skulle følge opp innen 1. oktober. Kommunedirektør ga tilbakemelding til revisjonen at dette har vært tema i ledergruppen, og at de har skrevet litt om arbeidsgiverstrategien i Compilo.
- *Anskaffelsesstrategi- og reglement (punkt 10):* Det er kommentert i skjemaet at de må bli bedre på anskaffelsesprotokoller for mindre anskaffelser. Kommunalsjef for økonomi, teknisk og næring har fått ansvar for å følge opp dette punktet innen 1. oktober. Kommunedirektøren ga tilbakemelding til revisjonen at maler for anskaffelsesprotokoller tidligere lå tilgjengelig på felles server for alle kommunene i Valdres. I 2022 har kommuneledelsen, for å lette tilgjengeligheten og gi dette økt oppmerksomhet, lagt dette inn i Compilo. Alle ledere er gjort oppmerksom på dette og skal bruke disse malene også ved mindre anskaffelser. Temaet vil bli satt jevnlig på dagsorden i ledergruppene.

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

⁶ Tilbakemelding per e-post fra kommunedirektør 30. november 2022.

Vi fant i gjennomgangen av dokumenter at de sektorovergripende dokumentene er tilgjengelig i Compilo, med unntak av arkivplanen og lederavtaler (som er under utarbeidelse). Reglementene som er tilgjengelig i Compilo er oppført med en dokumentansvarlig som skal gå gjennom dokumentet i et årlig tidsintervall, dersom vedkommende ikke har satt egen frist.

De fleste sektorovergripende dokumentene er reviderte i henhold til oppsatt frist i Compilo, unntatt:

- Etisk reglement
- Store deler av HMS-håndboken
- Store deler av prosedyrer/dokumenter knyttet til datasikkerhet og personvern (GDPR)

Når det gjelder HMS-håndboken inneholder denne totalt 59 dokumenter/rutiner. Mappen med rutiner knyttet til datasikkerhet og håndtering av personopplysninger inneholder 38 dokumenter/prosedyrer. Finansreglementet er vedtatt av kommunestyret i 2019. Det henviser til tidligere kommunelov.

Kommunedirektøren fortalte i oppstartsmøtet at kommunen har brukt Compilo i mange år og at alle sentrale og overordnede prosedyrer skal ligge der. De har de senere årene prøvd å gjøre strukturen i Compilo mer brukervennlig. Dette ble bekreftet fra ledergruppen. Reglement og rutiner som tidligere lå på intranett og i mappestruktur ble flyttet over til Compilo våren 2022. De viktige og overordnede reglementene og rutineene ligger nå i all hovedsak der.

Leder for HR, service og kommunikasjon, som har systemansvaret for Compilo, fortalte at de i forbindelse med revisjonen har brukt tid på å forbedre systemet for internkontroll i Compilo. De har prøvd å legge inn informasjon som gjør dokumentasjon knyttet til internkontroll tydelig både for ledergruppa og enhetene ute i kommunen. Kommuneledelsen har vært tydelig på at de ønsker at Compilo skal brukes for å dokumentere rutiner i den enkelte virksomhet. Det er virksomhetene som har ansvaret for sine rutiner i Compilo og oppdatering av disse. Det overordnede og det som er felles er det HR som har ansvaret for.

4.1.2 RISIKOBASERT INTERNKONTROLL

Det er en grunnleggende forutsetning for en god og velfungerende internkontroll at det gjennomføres risikovurderinger. Å jevnlig gjøre vurderinger av hva som kan gå galt i en virksomhet er viktig slik at det kan 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 gjennomføring av risikovurderinger.

Kommunedirektøren fortalte på oppstartsmøtet at de måtte i gang med et mer systematisk arbeid med ROS-analyser⁷ nedover i organisasjonen. Han mente at de har ROS-analyser på de viktigste områdene, men at de må

⁷ Risiko og sårbarhetsanalyser.

bli flinkere til å risikovurdere det faglige, kommunens mål og brukerperspektivet. Han fortalte også at virksomhetene bruker ulike maler når de gjennomfører ROS-analyser.

I intervju med ledergruppen høsten 2022 fortalte de at kommuneledelsen på forsommeren utarbeidet en rutine for hvordan risikovurderinger skal gjøres. I den har de gjort en vurdering av akseptert nivå for risiko i ulike sektorer. De har også utarbeidet en overordnet risikovurdering.

Vi vil nedenfor gå nærmere inn på retningslinjen for gjennomføring av ROS-analyser, den overordnede risikovurderingen som er gjort av kommuneledelsen, samt hvilken praksis kommunen har for å gjennomføre risikovurderinger på virksomhetsnivå.

Retningslinjer for gjennomføring av ROS-analyser i Nord-Aurdal kommune

For å bidra til at det skal kunne gjennomføres risikovurderinger som er sammenlignbare, er det utarbeidet en felles metodikk for gjennomføring av ROS-analyser. Dette skal blant annet gi kommunedirektøren et grunnlag for å prioritere tiltak på tvers av tjenesteområder. Kommunedirektøren har tydeliggjort hvilken risiko som kan aksepteres på ulike ansvarsområder, og risikoen skal ikke overstige akseptert nivå i henhold til retningslinjen.

Nord-Aurdal 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. Basert på retningslinjen har kommunen mindre aksept for risiko innenfor skole, barnehage, renhold og vann/avløpshåndtering. Minst aksept for risiko er det innenfor helsesektoren.

Risikovurdering på overordnet nivå i kommunen

Kommunedirektørens ledergruppe har gjennomført en overordnet vurdering av risiko for manglende måloppnåelse i kommunen som helhet (dokumentet er udatert, men registrert i Compilo 12. juni 2022). 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

Risikofaktorene er vurdert ut fra etablerte tiltak for å redusere risiko og hvilken risiko som foreligger med dagens tiltak. Basert på vurderingen er samtlige risikofaktorer markert med grønt og det er følgelig ingen oppfølgingspunkter knyttet til analysen.

Risikovurderinger på virksomhetsnivå

Dersom kommunen skal gjennomføre gode overordnede risikovurderinger er det en viktig forutsetning at det er rutiner og praksis for å gjennomføre risikovurderinger på virksomhetsnivå.

I den overordnede vurderingen av internkontroll og måloppnåelse (figur 3) fremgår det av punkt 16-18 at kommunedirektørens ledergruppe har gjort en overordnet vurdering om internkontrollen i tjenester og støtteprosesser er risikobasert. Området er merket gult. Det beskrives at ROS-analyser må gjennomføres i alle virksomheter, og at de må etablere en rapportering slik at kommunedirektøren får oversikt over de viktigste hendelsene i gjennomføring av risikovurderinger. Kommunedirektøren har ansvaret for å følge opp dette innen 1. desember 2022. I tilbakemelding fra kommunedirektøren 30. november skriver han at de ikke kommer i mål med ROS-analyser i alle virksomheter innen 1. desember. De har kommet godt i gang med arbeidet, og han mente at de fleste bør være utarbeidet innen 1. februar 2023. ROS-analysene som er gjennomført er tilgjengelige i Compilo.

I intervju med ledergruppen fortalte de at det var stort fokus på gjennomføring av risikovurderinger ute i virksomhetene. Dette er et tydelig styringssignal fra kommunedirektøren. Revisjonen undersøkte med kommunalsjefene og leder HR, service og kommunikasjon hva som er status for arbeidet med risikovurderinger i virksomhetene høsten 2022:

- *Kommunalsjef helse og omsorg* fortalte at det innenfor hans sektor har vært gjort risikovurderinger innen HMS. Det har ikke i like stor grad vært gjort ROS-analyser av tjenestene de utøver, men de har startet med ROS-analyser av barnevernet. Han har oversikt over ROS-analysene som er gjort. Før lagret de ROS-analysene på tjenestenivå, men nå skal alle plasseres i «internkontrollmappen» i Compilo.
- *Kommunalsjef økonomi, teknisk og næring* fortalte at de tidligere brukte ulike system på ROS-analysene, og at ROS-analysene som er gjort tidligere kan ha hatt for mye fokus på HMS og for lite på tjeneste. Han mener at de viktigste ROS-analysene innen hans ansvarsområde er på plass. Risikovurderingene som er gjort, er utarbeidet etter de malene som tidligere har vært innen de ulike områdene. Det foreligger ingen plan for når disse skal revideres, og det er den enkelte leder som skal justere disse dersom de ser behov for endringer. Som kommunalsjef må han følge opp at virksomhetslederne oppdaterer jevnlig. De har hatt den nye retningslinjen/malen for ROS som tema i utvidet ledergruppe, men alle virksomhetslederne er nok ikke helt kjent med den enda.
- *Kommunalsjef oppvekst og kultur* fortalte at alle tjenestene innen hennes område har gjort noe når det gjelder ROS-analyser, men alt er ikke innenfor det nye systemet enda. Hun vil at de skal ha en god prosess

og ikke bare lage analyser for å ha de på plass. Gjennom Compilo har hun oversikt over hva som er laget av ROS-analyser innenfor sitt område.

- *Leder HR, service og kommunikasjon* fortalte at de gjør risikovurderinger innenfor hennes ansvarsområde, eksempelvis innen personvern, lønn, kritisk kompetanse og kapasitet, sykefravær og rekruttering. De har ikke gjort nye risikovurderinger etter at ny mal for risikovurderinger ble innført. Etter hvert som det gjøres nye vurderinger, vil de bruke den nye malen. Det er tradisjonelt innen personvern og HMS de har gjort ROS, så de er ikke like drillet på risikostyring av andre prosesser. Hun er ikke sikker på om alle har brukt samme mal tidligere, men det er et viktig mål nå. ROS-analysene som er gjort på personvern ligger i Compilo, mens de andre eldre ROS-analysene ikke ligger i Compilo.

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. Nord-Aurdal kommune bruker i hovedsak Compilo som avvikssystem. Unntaket er pasientrettede avvik innen helsesektoren som registreres i Profil og avvik i barnevernet som meldes i Familia. Der avviket omhandler lovbrudd innen barnevern skal det registreres både på saken (i Familia) og i Compilo. Andre avvik som ikke er knyttet til saksbehandlingen skal registreres i Compilo.

Nord-Aurdal kommune har en skriftlig rutine for melding av avvik i Compilo. Denne rutinen ligger tilgjengelig både i HMS-håndboka og i internkontroll-området i Compilo. Rutinen beskriver at:

«Formålet med å rapportere og følge opp avvik er å bli bedre i HMS-arbeidet. Vi skal primært forebygge avvik ved å ha gode rutiner og systemer m.v. Feil og mangler (avvik) er likevel ikke til å unngå, men de må rettes og en må forsøke å fjerne selve årsaken, slik at de ikke oppstår igjen (korrigerende tiltak). Det er også av stor interesse å rapportere et forhold som er bedre enn forventet. Det vil øke vår kunnskap og innsikt og gi nyttig erfaring».

Det er videre presisert at alle medarbeidere er ansvarlig for å rapportere avvik til nærmeste overordnede leder. Virksomhetsleder er ansvarlig for å følge opp avvik innen sitt ansvarsområde. Dersom avviket er alvorlig, skal medarbeider kontakte leder per telefon og orientere, i tillegg til å registrere avviket i Compilo. Dersom avviket ikke blir tatt tak i, skal det meldes på nytt, denne gang med kopi til overordnet, hovedverneombud og HR-avdelingen.

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. Dette er en elektronisk prosess i Compilo, der man fyller 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 alvorlighetsgradene 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 avvik som er meldt i første omgang til den nærmeste lederen til den som melder avviket. Da blir leder informert og kan iverksette korrigerende tiltak med grunnlag i avviksmeldingen. Lederne kan følge opp avvikene med kommentarer og opprette oppgaver som skal gjennomføres med resultat av avviksmeldingen.

Alle i ledergruppen var godt kjent med avvikssystemet, men det er noe ulik praksis når det gjelder registrering av avvik innen de ulike sektorene/tjenesteområdene:

- Kommunalsjef for helse og omsorg fortalte at det innen helsesektoren registreres avvik i to systemer, Compilo og Profil. Pasientrettede avvik registreres i Profil som er et pasientjournalssystem med høyere nivå av sikkerhet. Kommunalsjefen har inntrykk av at det er tydelig for de ansatte at pasientrettede avvik meldes i Profil og at dette fungerer bra. Han har ikke helt oversikt over det som meldes dobbelt, da han ikke har tilgang til Profil. Er det alvorlige avvik så kommer det til han. Sektoren er generelt flinke til å melde avvik, men på ledernivå må de jobbe med å få en bedre oversikt og systematikk. Han er usikker på om det er nedskrevet rutine på at alvorlige avvik skal registreres både i fagsystem og i Compilo. Det er litt utydelig i dag hva som skal lukkes på hvilket nivå. Eksempelvis følger de ikke opp avvik-statistikk i dag. Dette mener han at de bør få på plass, men de må finne ut på hvilket detaljeringsnivå de skal se på det.
- Kommunalsjef for økonomi, teknisk og næring er kjent med rutinen for å melde avvik og at kommunen har fokus på avviksregistrering. Hans sektor bruker Compilo som avvikssystem, men erfarer at dersom noe ikke fungerer slik det skal, så kontakter ofte medarbeider sin leder for å løse utfordringen. I disse tilfellene havner nok ikke avvikene i Compilo. Han er ikke kjent med at virksomhetene har fulgt opp avviksstatistikk tidligere, men de skal ha dette inn i tertialrapporter fremover.
- Kommunalsjef for oppvekst og kultur fortalte at man tradisjonelt ikke har vært så opptatt av avvik innenfor skole og kultur, men i løpet av de siste tre årene har det blitt en større bevissthet når det gjelder å registrere og følge opp avvik.
- Leder HR, service og kommunikasjon fortalte at det nok er en underrapportering av avvik i Compilo fra hennes område. De må derfor jobbe med hva som skal meldes. Hun mener det er viktig å snakke om og holde denne fanen oppe. Når det gjelder avviksstatistikk så rapporterer de på avvik relatert til HMS i årsrapport til arbeidsmiljøutvalget (AMU). De kunne sikkert lagt inn flere punkter gjennom året der de så overordnet på avvik, eksempelvis at avvik, klager og varsling hadde blitt rapportert i tertialrapporter.

Revisjonen spurte hvilke avvik lederne rapporterte videre til kommunedirektør. Det fremgikk at vesentlige avvik som har konsekvenser for liv/helse, styring og økonomi/ressursbruk rapporteres til kommunedirektør. Det kan også tas opp i ledergruppen. Disse avvikene meldes ikke i Compilo, men meldes direkte.

4.2 REVISJONENS VURDERINGER

Sentrale 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 Nord-Aurdal kommune har et system som sikrer at de sentrale sektorovergripende reglementene og prosedyrene er dokumentert, samlet og tilgjengelig. Gjennomgangen viste at kommunen i stor grad har overordnede reglementer og prosedyrer på plass og at de er samlet i Compilo. Kommunen har gjort en stor jobb med dette vår/sommer 2022. En sentral del av internkontrollen er å sikre at lover og forskrifter følges. En hjelp for dette er at dokumentasjon er oppdatert og i tråd med regelverket. Vi fant at deler av dokumentasjonen ikke er oppdatert med korrekt referanse til gjeldene lovverk. Endringer i regelverk kan føre til behov for å endre innholdet i styringsdokumentasjonen. Compilo bidrar også til å sikre oppdatering og godkjenning av rutinene ved årlige påminnelser, dette fordrer at kommunen følger opp ved å gå gjennom dokumentene for å vurdere eventuelle behov for endringer. Revisjonen fant i gjennomgangen av dokumenter at det etiske reglementet, store deler av HMS-håndboken og store deler av prosedyrer/dokumenter knyttet til datasikkerhet og personvern (GDPR) ikke var gjennomgått i henhold til frist.

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. Sett i sammenheng med kommuneledelsens årlige vurdering av internkontrollen, som inkluderer en vurdering av sektorovergripende dokumenter, synes det som kommunen har et system som bidrar til at de får sektorovergripende reglementer på plass og at disse er 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 utarbeidet en felles metode for vurdering av risiko med ensartede maler, kriterier og skalaer. Revisjonen vurderer det som positivt at kommunedirektøren har fastsatt risikoaksept innen ulike tjenesteområder og at det er utarbeidet en felles metodikk for gjennomføring av risikoanalyser både på overordnet nivå og på virksomhetsnivå. Det gjenstår på revisjonstidspunktet fortsatt et arbeid med å implementere og gjøre metodikken kjent i organisasjonen, men det synes som kommunen har kommet godt i gang med dette arbeidet.

Systematiske risikovurderinger

Internkontrollen skal være risikobasert. Kommunedirektøren 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 gjennom Compilo. De fleste av risikovurderingene gjort på virksomhetsnivå hadde på revisjonstidspunktet i hovedsak fokus på HMS og ikke risiko for avvik i utførelsen av tjenester. De var i hovedsak ikke gjort etter ny metodikk med kommunedirektørens avklaring av risikoaksept. Det gjenstår derfor fortsatt arbeid med spesielt tjenestebaserte risikovurderinger på virksomhetsnivå. Dette følges opp av kommunedirektøren og skal være på plass innen februar 2023.

Kommunens metodikk for utarbeidelse av risikoanalyser er fortsatt fersk (sommeren 2022) og det gjenstår arbeid med tjenestebaserte risikovurderinger på virksomhetsnivå. Revisjonen mener likevel at Nord-Aurdal kommune er i gang med 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.

Kommunen har et felles rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik gjennom Compilo. Revisjonen vurderer at kommunen har en overordnet prosedyre som beskriver når og hvordan avvik skal meldes, men basert på formålet med prosedyren som er å bli bedre i HMS-arbeidet, synes det likevel som kommunen har et forbedringspotensial i å synliggjøre at også brudd på lover og forskrifter er avvik.

Kommuneledelsen har ikke hatt praksis i å følge opp aggregerte avvik på ledernivå. Revisjonen vurderer det som positivt for kommunens utviklings- og forbedringsarbeid at dette skal rapporteres på i tertial- og årsrapporter fremover. En sammenfatning av avvik på overordnet nivå i kommunen 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 kapitlet presenterer fakta og vurderinger for problemstilling 2:

I hvilken grad blir systemet for internkontroll fulgt opp?

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

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

5.1 SYSTEM FOR RAPPORTERING

Kommunedirektøren fortalte at systematiske og gode rapporteringsrutiner er viktig for at han skal oppleve å ha god kontroll. Kommunen er ikke større enn at signalene når frem, men rapporteringsrutiner, referater fra møter og avvikssystem hjelper for å dokumentere. Han fortalte at han får rapportering fra sine ledere gjennom tertial- og årsrapporter og i ledermøter. Kommunedirektørens ledergruppe har møter en gang i uka og det er møte med utvidet ledergruppe en gang i måneden. Det skrives referat fra møtene. Nord-Aurdal kommune bruker Framsikt som rapporteringsverktøy. I Framsikt ligger det maler for tertial- og årsrapport som fylles ut.

Revisjonen spurte kommunalsjefene og leder HR, service og kommunikasjon hvordan de innhentet informasjon fra tjenestene i forbindelse med tertial- og årsrapporteringen. Tilbakemeldingene varierte, men samtlige samlet informasjon fra tjenesten enten i form av at tjenestene selv skriver informasjon inn i rapportmalen i Framsikt eller gjennom møter/dialog i forkant av rapporteringstidspunkt. Dette ble sammenfattet før de sender det videre til kommunedirektør.

De fortalte at det ikke har vært praksis å rapportere på internkontroll i tertialrapporter, med unntak av økonomiske avvik og sykefravær. Leder for HR, service og kommunikasjon fortalte at kommuneledelsen kunne vært tydeligere på hva de ønsker rapportering på fra tjenestene, og sørge for faste evalueringsmøter der man går gjennom det som er rapportert for å sikre at man faktisk følger opp. Dette ble understøttet av flere av kommunalsjefene. Ledergruppen hadde også drøftet den røde tråden i rapporteringen, og erfarte at de nok hadde noe å gå på når det gjelder å få en rapportering som gjenspeiler planverket.

Kommunens internkontrollsystem har vært under utvikling gjennom revisjonsperioden. Den 30. november 2022 utarbeidet kommunedirektøren en retningslinje i Compilo for rapportering som beskriver punkter som skal rapporteres på i tertial- og årsmelding:

Tertial- og årsrapporten for Nord-Aurdal kommune skal inneholde sentrale og overordnede tema som fremgår av bl.a:

Kommuneloven § 14-7, herunder bl.a.:

- den økonomiske utvikling og stilling,
- vesentlige budsjettavvik,
- virksomhetenes måloppnåelse,
- andre ikke økonomiske forhold av vesentlige betydning for kommunen eller innbyggerne,
- hva som er iverksatt og planlegges iverksatt for å sikre en høy etisk standard,
- faktisk tilstand når det gjelder kjønnslikestilling og annen likestilling,

Kommuneloven § 25-2, eget avsnitt om kommunedirektørens internkontroll. I tillegg følges kommunedirektørens internkontroll opp av kommunalsjefer på rapportering under "kommunens tjenesteområder".

Kommunens tjenesteområder/virksomheter

Rapportering/vurdering basert på tjeneste-ROS for kommunale tjenesteområder/virksomheter. Følgende skal vurderes:

- Vurdering av måloppnåelse for virksomheten (hovedmål)
- Vurdering av økonomi/budsjett
- Vurdering av bemanning/rekruttering og kompetanse
- Vurdering av arbeidsmiljø (10-faktor) og sykefravær
- Generell vurdering av innmeldte avvik i perioden

Max 50 ord pr. pkt.

Figur 4: Retningslinje for rapportering tertial og årsmelding (hentet fra Compilo 5. desember).

5.1.1 RAPPORTERING TIL KOMMUNESTYRET

Kommunedirektøren fortalte at de fra årsrapporten for 2020 har rapportert på internkontroll i henhold til de nye kravene i kommuneloven. De har ikke fått andre signaler fra kommunestyret. I årsrapporten gjør de en overordnet vurdering av internkontrollen, men når det gjelder en overordnet risikoanalyse knyttet til å nå kommunens målsettinger kan de bli bedre.

Revisjonen har sett nærmere på Nord-Aurdal kommunes årsmelding av 2020⁸ og 2021. Årsmeldingene har en beskrivelse av internkontroll. I beskrivelsen vises det til lovkravene og hva internkontrollen skal inneholde iht. lov, og en inndeling av internkontrollen i kommunen (sektorovergripende, tjenestespesifikk og internkontroll i støtteprosesser). Det er videre gitt en beskrivelse av Compilo som internkontrollsystem. Videre står det i årsmeldingen for 2021:

«Kommunens virksomhet har stort spekter av tjenester og risikoforhold, der alle virksomheter gjennomfører risikovurderingen og iverksetter tiltak for å redusere det vi kan definere som vesentlig risiko.»

⁸ 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.

De ulike definerte risiki for vesentlige avvik er dekket opp av reglementet og rutiner for hvordan en gitt høy risiko blir redusert til akseptabelt nivå».

Det er ikke krav om å rapportere tertialvis om internkontroll til kommunestyret, men revisjonen ser at Nord-Aurdal kommune i rapportering for andre tertial 2022 har omtalt kommunens arbeid med internkontroll og avvikshåndtering:

«I 2021 er internkontroll og avviksrutiner oppdatert og lagt samlet inn i personalsystemet Compilo under egen "fane" Kommunedirektørens internkontroll, med overordnet risikovurderinger for vesentlige hendelser innen HMS og tjenestestutførelsen. Alle vesentlige avvik rapporteres i Compilo, og rutinen for internkontroll beskriver hvordan avvik skal løses. Når avvikene blir systematiske brudd, som indikerer at årsaken til avvik ikke er løst, så rapporteres disse opp til kommunalsjef og kommunedirektør».

5.2 OPPFØLGING AV INTERKOMMUNALE SAMARBEID

Mange av kommunens tjenester er organisert i interkommunalt samarbeid, og Nord-Aurdal er vertskommune for de fleste av disse. Dette gjelder blant annet NAV, barneverntjenesten, Valdres lokalmedisinske senter, PP-tjenesten og Fact-tjenesten. Revisjonen har undersøkt om kommunen har et system for å følge opp de interkommunale samarbeidene.

Nord-Aurdal kommune er i likhet med de andre kommunene i Valdres med i flere forum. I disse forumene 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.
- Sektorvise forum: Forumene består av kommunalsjefer innen aktuelle sektorer fra Valdreskommunene og er underorgan til Rådmannsutvalget. Det utarbeides årlige faste møteplaner, og lederfunksjonen rullerer halvårlig. Forumene 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.

I tillegg til de faste regionale møtepunktene der vertskommunesamarbeid blir tatt opp, utarbeider Nord-Aurdal som vertskommune en samlet tertialrapport om interkommunale samarbeid. Tertialrapporten dekker alle de interkommunale samarbeidene Nord-Aurdal er vertskommune for. Her opplyses det om regnskap, budsjett og prognoser for året, inkludert eventuelle budsjettavvik og endringer i stillingshjemler. Tertialrapportene beskriver ikke internkontroll i vertskommunesamarbeidene.

Revisjonen har undersøkt hvilke interkommunale samarbeid kommunalsjefene har ansvar for å følge opp og hvordan de følger opp samarbeidene. I Nord-Aurdal kommune er det kommunalsjef helse og omsorg og kommunalsjef oppvekst og kultur som har interkommunale samarbeid innunder sine ansvarsområder. NAV er direkte underlagt kommunedirektør.

Kommunalsjef for helse og omsorg har ansvaret for å følge opp samarbeidene om barnevernet, Fact-tjenesten og Valdres lokalmedisinske senter (VLMS). I barnevernet har de møter kvartalsvis der de blant annet gjennomgår avvik. VLMS har også egne ledermøter, og det er i tillegg et Drifts- og utviklingsråd og et Brukerråd.

Kommunalsjef for oppvekst og kultur fortalte at hun følger opp det interkommunale samarbeidet om PPT etter samme struktur som sine egne tjenester. De er seks kommunalsjefer i Valdres som møtes en gang i måneden for å drøfte interkommunale samarbeid. Hun tar der med info fra PPT. Det skrives også årsrapporter og tertialrapporter fra PPT. De har et eget samhandlingsdokument og har jobbet mye med å utvikle PPT i Valdres. De har også jobbet med avvik som sykefravær og tidsfrister. Den enkelte kommune har møter med leder av PPT 1-2 ganger i året. Kommunekontakten i PPT har oftere møter med den enkelte kommune.

5.3 REVISJONENS VURDERINGER

System for rapportering

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

Basert på tilbakemelding fra kommunalsjefene synes det som kommunedirektøren får beskjed dersom det oppstår avvik som krever større tiltak, eller om det er noe som berører tjenestene i stor grad. Kommunen har ikke hatt praksis for å følge opp internkontrollen ved å systematisk etterspørre informasjon fra virksomhetene, eller rapportert på internkontroll i tertialrapporter fra virksomhetene, med unntak av økonomiske avvik og sykefravær.

Revisjonen vurderer det som positivt at kommunen har utarbeidet en retningslinje for rapportering som fremover kan bidra til større grad av oversikt og kontroll over internkontrollarbeidet i virksomhetene. Gjennom faste rapporteringspunkter i tertial- og årsrapport vil kommunedirektøren få samlet oversikt og informasjon over viktige internkontroll-aktiviteter ute i kommunen. 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

Kommunedirektør 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.

Nord-Aurdal kommune har rapportert på internkontroll i årsmeldingene av 2020 og 2021. I disse er det etter revisjonens vurdering lite informasjon om Nord-Aurdal kommunes systemer, rutiner og løpende internkontrollarbeid. Det har ikke blitt gitt informasjon om konkrete kontroller som er gjennomført eller hvordan kommunen arbeider med å følge opp eventuelle avvik/lovbrudd. Tertialrapporten fra 2. tertial 2022 synes å gi noe mer beskrivelse av kommunens arbeid med internkontroll. Gjennom å rapportere på punktene i retningslinjen for rapportering i tertial- og årsmelding vil kommunestyret i større grad få informasjon om kommunens internkontrollarbeid.

Oppfølging av interkommunale samarbeid

Revisjonen har lagt til grunn at kommunedirektør 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.

Nord-Aurdal kommune er i all hovedsak vertskommune for vertskommunesamarbeidene i Valdres. Revisjonen vurderer at kommunen har et system for å følge opp samarbeidene, ved at de har interkommunale møtepunkter og utarbeider tertial- og årsrapporter. Internkontroll i de interkommunale samarbeidene er i mindre grad vektlagt i de faste interkommunale møtepunktene og i tertial- og årsrapport fra vertskommunen, men følges tettere opp av kommunalsjefene innen de enkelte samarbeidene. Revisjonen har ikke vurdert om kvaliteten på oppfølgingen av samarbeidene eller om rapporteringen er tilstrekkelig.

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 Nord-Aurdal kommune har kommet godt i gang med å etablere et overordnet system for internkontroll. Systemet er oppbygd etter ny kommunelov og veilederen «Orden i eget hus» 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 reglementer og rutiner som KS anbefaler at en kommune bør ha på plass. Kommunen skal fremover ha en systematisk gjennomgang av disse dokumentene på årlig basis, og har en plan for hvordan de skal følge opp reglementer som ikke er oppdatert og på plass. Det overordnede internkontrollsystemet er fortsatt ferskt (fra sommeren 2022), men kommunen har kommet godt i gang med 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 vil gjøre det enklere å prioritere tiltak på tvers av virksomhetsområder og tilpasse omfanget av internkontrollen.

Nord-Aurdal kommune har en overordnet prosedyre for melding av avvik som sier noe om når og hvordan det skal meldes avvik, men de har et forbedringspotensial i å synliggjøre at også brudd på lover og forskrifter er avvik. Kommunen har et rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik gjennom Compilo. Undersøkelsen viste 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.

6.1.2 PROBLEMSTILLING 2 - OPPFØLGING AV INTERNKONTROLLEN

Problemstillingen er:

I hvilken grad blir internkontrollen fulgt opp?

Vår hovedkonklusjon er at kommunen er kommet i gang med å etablere et system for å følge opp internkontrollen systematisk gjennom faste rapporteringer.

Ved oppstart av revisjonsprosjektet hadde kommunen i liten grad et system for å følge opp internkontrollen. I løpet av revisjonen har kommunedirektøren etablert et system for å følge opp internkontrollen, der informasjon

systematisk blir etterspurt fra virksomhetene i kommunen. Gjennom faste rapporteringer på blant annet avvik, risikovurderinger og måloppnåelse vil kommunedirektøren kunne få 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 kommunalsjefene gjennomfører ROS og 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 gjennomføre ROS og samle avvik i Compilo.

Revisjonen mener at kommunestyret i årsmeldingene for 2020 og 2021 i liten grad har fått informasjon om Nord-Aurdal kommunes systemer, rutiner og løpende internkontrollarbeid. Med den nye retningslinjen for rapportering vil kommunestyret i større grad få informasjon om kommunens internkontrollarbeid og måloppnåelse.

6.2 ANBEFALINGER

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

- Kommunedirektøren bør arbeide for å etablere en god praksis for rapportering av avvik i Compilo fra alle tjenesteområdene.
- Kommunedirektøren bør vurdere om dagens retningslinje for melding av avvik er dekkende for avvik som gjelder brudd på lover og forskrifter.
- Kommunedirektøren bør følge opp at risikoanalyser og rapportering utføres i henhold til utarbeidede rutiner og planer.

REFERANSER

Nord-Aurdal kommune (2021) Årsmelding 2020

Nord-Aurdal 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
- Kommunedirektørens overordna vurdering av internkontroll og måloppnåelse (2022)
- Risikoanalyse «Kommunedirektørens overordna vurdering av risiko for manglende måloppnåelse»
- Års-hjul og aktivitetsplan for overordnet internkontroll
- Mal for tertial- og årsrapportering
- Retningslinjer for gjennomføring av ROS-analyser i Nord-Aurdal kommune
- Delegeringsreglement
- 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 KOMMUNEDIREKTØRENS UTTALELSE

Viser til oversendte spørsmål. Her er vår respons:

1. Har informasjonen om prosjektets formål og gjennomføring vært god nok?

Informasjonen om prosjektets formål og gjennomføring har vært tilstrekkelig

2. Har dere kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller beskrivelse av fakta?

Vi har ingen kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller beskrivelse av fakta

3. Har dere kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger og konklusjoner?

Vi har ingen kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn

4. I hvilken grad oppfattes rapporten som nyttig?

Proessen har gitt oss bedre innsikt i krav og forventninger til kommunedirektørens internkontroll. Denne kunnskapen har vi brukt til å utvikle og forbedre vårt internkontroll-system. Rapporten følger opp dette på en god måte.

5. Har dere kommentarer til rapportens oppbygning og språk?

Vi har ingen kommentarer til oppbygging eller språk

6. Hva er kommunedirektørens samlede vurdering av revisjonsrapportens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger?

Kommunedirektøren tar rapportering til etterretning, og kommer til å følge opp de anbefalinger som gis.

Vennlig hilsen

Martin Sæbu

95208137

Kommunedirektør

Nord-Aurdal kommune

