

FORVALTNINGSREVISJONS-
RAPPORT 04-2023

KOMMUNEDIREKTØRENS INTERNKONTROLL

UTARBEIDET FOR
KONTROLLUTVALGET I
ØYSTRE SLIDRE KOMMUNE



INNLANDET REVISJON IKS

20. januar 2023
2023-097 AK/ALJ

FORORD

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet «*Kommunedirektørens internkontroll*» som er gjennomført på oppdrag av kontrollutvalget i Øystre Slidre 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 rådmannen til uttalelse. Svaret fra rådmannen er vedlagt rapporten. I forbindelse med høringsprosessen har revisjonen fått innspill på enkelte mindre endringer av fakta, disse endringene er kommentert i 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..... | 7 |
| 1.1 KONTROLLUTVALGETS BESTILLING | 7 |
| 1.2 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER | 7 |
| 1.3 ORGANISERING I ØYSTRE SLIDRE KOMMUNE..... | 9 |
| 2 METODE | 11 |
| 3 REVISJONSKRITERIER..... | 13 |
| 3.1 UTLEDNING AV REVISJONSKRITERIER | 13 |
| 3.2 KONKRETE REVISJONSKRITERIER | 17 |
| 4 KOMMUNENS OVERORDNEDE SYSTEM FOR INTERNKONTROLL..... | 18 |
| 4.1 ØYSTRE SLIDRE KOMMUNES OVERORDNEDE INTERNKONTROLLSYSTEM | 18 |
| 4.2 REVISJONENS VURDERINGER..... | 24 |
| 5 KOMMUNENS OPPFØLGING AV INTERNKONTROLLEN..... | 26 |
| 5.1 SYSTEM FOR RAPPORTERING..... | 26 |
| 5.2 OPPFØLGING AV INTERKOMMUNALE SAMARBEID | 28 |
| 5.3 REVISJONENS VURDERINGER..... | 29 |
| 6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER..... | 30 |
| 6.1 KONKLUSJONER..... | 30 |
| 6.2 ANBEFALINGER..... | 31 |
| REFERANSER..... | 32 |
| VEDLEGG RÅDMANNENS UTTALELSE | 33 |

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 Øystre Slidre 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 Øystre Slidre kommune har en del elementer på plass når det gjelder et overordnet system for internkontroll, men at systemet foreløpig ikke er systematisk og risikobasert. Kommunen har kommet langt i å etablere et overordnet internkontrollsystem på HMS-området, men det gjenstår å overføre dette til andre deler av virksomheten.

Revisjonen mener at kommunen har sørget for å formalisere internkontrollen gjennom at de i hovedsak overordnede reglementer og prosedyrer samlet og tilgjengelig i Compilo. Det er likevel behov for en systematisk gjennomgang av reglementer og prosedyrer slik at de er oppdaterte og i tråd med regelverket, og for å sikre at kommunen har nødvendige reglementer og prosedyrer på plass. Kommunen har i liten grad etablert en risikobasert internkontroll. Arbeidet med risikovurderinger er fortsatt ferskt i kommunen og i liten grad iverksatt i tjenestene. Det er viktig at dette følges opp for at kommunen skal få grunnlag til å vurdere hva slags internkontroll det er behov for i de ulike tjenestene og for kommunen samlet. Rådmannen har ikke definert hva som er akseptabelt risikonivå innen de ulike tjenestene i kommunen. Et felles vurderingsgrunnlag ved

utarbeidelse av risikoanalyser kan gjøre det enklere å prioritere tiltak på tvers av tjenesteområder og tilpasse omfanget av internkontrollen.

Kommunen har etter revisjonens vurdering en grundig overordnet prosedyre for melding av avvik som sier noe om når og hvordan det skal meldes avvik. Det er også et rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik gjennom Compilo. Kommunen har et forbedringspotensial i å etablere en god praksis for rapportering av avvik fra alle tjenesteområdene.

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 internkontrollen i liten grad følges systematisk opp. Det gjennomføres jevnlig møtepunkter mellom kommuneledelsen, men det rapporteres ikke fast på internkontroll i møtepunktene eller gjennom rapportering med unntak av årsmeldingen til kommunestyret.

Rådmannen bør vurdere om dagens system for rapportering er tilstrekkelig til at han har trygghet for at kommunen oppfyller kravet om internkontroll etter kommuneloven. Å sikre nødvendig rapportering er viktig ved delegering fordi rådmannen sitter med ansvaret selv om andre gjennomfører oppgavene.

Revisjonen vurderer at rådmannen gjennom årsmeldingene gir kommunestyret informasjon om kommunens systemer, rutiner og løpende internkontrollarbeid. Kommunen har et system for å følge opp interkommunale samarbeid, men 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.

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

Rådmannen bør:

- Sette internkontrollarbeidet i system med faste internkontrollaktiviteter gjennom året og etablere rutiner for evaluering av internkontrollen.
- Vurdere hvilke prosedyrer og rutiner som er viktig for sikre god internkontroll og følge opp at disse er oppdaterte.
- Etablere et system og rutiner for å gjennomføre risikovurderinger på både overordna og operasjonelt nivå.
- Etablere god praksis for å rapportere avvik i Compilo fra alle tjenesteområdene, og at slike avvik følges opp.
- Vurdere om dagens system for rapportering er tilstrekkelig til å oppfylle kravet om internkontroll etter kommuneloven.
- 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 Øystre Slidre kommune 28. april 2022. Kontrollutvalget vedtok (sak 22/22):

«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 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.

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 sektorovergripende 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

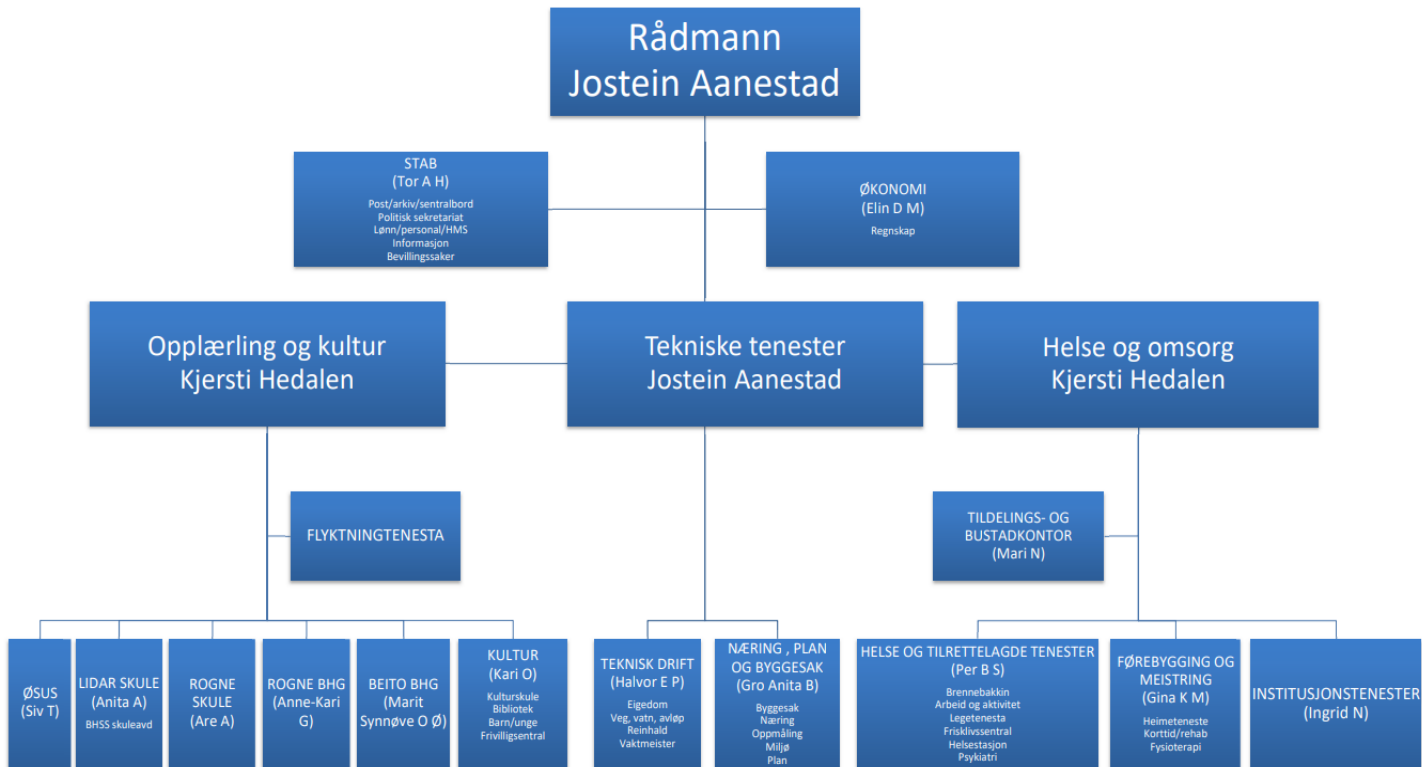
Kapittel 2 beskriver bruk av metode og hvordan revisjonen har gått frem for å innhente fakta i rapporten. I kapittel 3 gis en samlet framstilling av revisjonskriteriene som ligger til grunn for revisjonen. I kapittel 4 og 5 gjennomgås funn fra undersøkelsen og problemstillingene besvares. Hvert av disse 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 ØYSTRE SLIDRE KOMMUNE

Rådmannens strategiske ledergruppe består av rådmann, kommunalsjef, stabsleder og økonomisjef.² Kommunen er inndelt i tre tjenesteområder og to staber. Kommunalsjefen har ansvaret for to av tjenesteområdene. Dette er *opplæring og kultur*, og *helse og omsorg*. Rådmannen følger selv opp tjenesteområdet *tekniske tjenester*. Organiseringen er nærmere illustrert i figur 1. De ulike avdelingene vil bli nærmere beskrevet nedenfor.



Figur 1: Organisasjonskart (sendt per e-post 19.01.2023)

Tekniske tjenester

Rådmannen har kommunalsjefansvaret for tekniske tjenester. Tekniske tjenester er organisert i to avdelinger med hver sin leder. I avdelingen *teknisk drift* ligger eiendom, veg, vann og avløp, reinhold og vaktmester. I avdelingen *næring, plan og byggesak* ligger byggesak, næring, oppmåling, miljø og plan.

Helse, omsorg, opplæring og kultur

Kommunalsjefen har totalansvaret for tjenester innen *opplæring og kultur* og *helse og omsorg*. Hun startet som kommunalsjef for *opplæring og kultur* i august 2021 og fikk i tillegg ansvaret for *helse og omsorg* i januar 2022. Tjenesteområdet *opplæring og kultur* består av flyktningetjenesten, en ungdomsskole, to barneskoler, to barnehager og en kulturavdeling (kulturskole, bibliotek, frivilligsentral og barn/unge).

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

Tjenesteområdet *helse og omsorg* består av tre enheter;

- helse og tilrettelagte tjenester
- forebygging og mestring
- institusjonstjenester

Ledernivået under kommunalsjefen er tjenesteledere for de nevnte tjenestene, slik som rektorer, barnehagestyrere, kulturskolerektor, tjenesteleder institusjon, tjenesteleder forebygging og mestring og tjenesteleder helse og tilrettelagte tjenester. I tillegg er det en avdelingsleder i flyktningetjenesten. Kommunalsjefen har i tillegg ansvar for en stabsfunksjon innen tildeling og boligområdet. Hun følger også opp de interkommunale samarbeidene som hører til innunder hennes sektorer.

Stab

Stabsleder har ansvaret for områdene i kommunen som ikke direkte er tjenesterelaterte, med unntak av økonomi. I dette ligger lønn, personal, HMS, post, arkiv, sentralbord, politisk sekretariat, informasjon og bevilgningssaker. Stabsleder er systemansvarlig i Compilo og er involvert i kursing av Compilo og internkontroll ute i tjenestene.

Økonomi

Økonomisjef har overordnet ansvar for regnskap, fakturering og innkreving i kommunen. Hun har ansvaret for økonomiplanen og rapporterer på økonomiområdet.

Interkommunale samarbeid

Kommunen deltar i flere interkommunale samarbeid som leverer tjenester til Øystre Slidres innbyggere. Dette er blant annet PP-tjenesten, NAV-Valdres, Barnevernet, Fact-team, Valdres lokalmedisinske senter, IKT Valdres IKS og Valdres brann- og redningstjeneste IKS. Nord-Aurdal er vertskommune for de fleste av vertskommunesamarbeidene.

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 varsling.
- Modul for risikoanalyse.
- Modul for årshjul som gir samlet oversikt over aktiviteter som skal gjennomføres i organisasjonen i løpet av et kalenderår.³

³ [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 22. juni 2022 i kommunehuset i Øystre Slidre. På møtet deltok rådmann Jostein Aanestad, kommunalsjef opplæring og kultur/helse og omsorg Kjersti Hedalen og stabsleder Tor Arthur Hagen fra Øystre Slidre 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 stabsleder.

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 tre intervjuer etter oppstartsmøtet. De som er intervjuet er kommunalsjef opplæring og kultur/helse og omsorg, stabsleder og økonomisjef. Intervjuet med kommunalsjefen ble gjennomført fysisk, mens intervju med stabslederen og økonomisjefen 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) 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.⁴

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.⁵ 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».*⁶

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.

⁵ Jf. forskriftens § 4

⁶ 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 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 ØYSTRE SLIDRE 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.

Rådmannen fortalte i oppstartsmøtet at de har en god del på plass når det gjelder overordnet internkontroll i kommunen. I økonomiplanen for 2020 ble det satt mål om at internkontrollen skulle være i aktiv bruk i hele organisasjonen. I forbindelse med dette skulle kommuneledelsen gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) innen helse og omsorg, og gjøre en kartlegging av ROS-status i organisasjonen. Videre skulle det settes sammen en arbeidsgruppe som skulle gå gjennom dokumenter og reglementer. På grunn av pandemien ble dette arbeidet satt på vent, og kommunen har derfor beholdt de samme målene i økonomiplanen i 2021 og 2022.

Rådmannens ledergruppe og virksomhetslederne i kommunen hadde i august 2022 et lederseminar der internkontroll var tema. På dette seminaret konkluderte de med at mye er på plass når det gjelder internkontroll i kommunen, men at de har noe å gå på, - spesielt når det gjelder ROS i tjenestelevering. Rådmannen mente at i tillegg til ROS, er utfordringene særlig knyttet til å holde rutiner og prosedyrer oppdatert.

Når det gjaldt HMS-området trakk både stabsleder og økonomisjef at kommunen har gjort et omfattende arbeid og at mye er på plass.

4.1.1 SEKTOROVERGRIPENDE REGLEMENTER

Kommunen bruker Compilo som internkontrollsystem og alle overordnede sektorovergrepene skal ligge der. Stabsleder, som er systemansvarlig for Compilo, fortalte at kommunen startet å bruke systemet for noen år siden. De har rutiner og prosedyrer på plass, men må gjøre en ryddejobb for å oppdatere og se til at alt ligger på riktig sted. Dette ble også påpekt fra rådmannen.

Stabslederen fortalte videre at det er en dokumentansvarlig for hver enkelt rutine/prosedyre og det er satt en tidsfrist for gjennomgang av hvert dokument. Det er imidlertid vanskelig å følge opp dette med tanke på omfang og hyppighet. Dette henger sammen med at de i oppstarten var en arbeidsgruppe på fire-fem personer som la

dokumenter inn i Compilo og ble stående som dokumentansvarlige. De har ikke vært flinke nok til å delegere, slik at enkelte har ansvar for svært mange rutiner/prosedyrer.

Det er noe ulikt hvor implementert systemet er innen de ulike tjenesteområdene i kommunen. Stabsleder fortalte at særlig helse/omsorg, vann og avløp og barnehagene bruker systemet ganske bra. Skolene er i klar bedring. Innen økonomi har de prosedyrer og rutiner på egen filstruktur utenfor Compilo, men bruker Compilo for å finne maler, retningslinjer og skjemaer.

Revisjonen har undersøkt om sentrale sektorovergrepene er dokumentert og samlet i Compilo. 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. Videre har vi sett på når reglementene sist er revidert og om det er avklart hvem som har ansvaret for å oppdatere dem:

- *Delegering fra kommunestyret til rådmann:* Dette er vedtatt i 2020 sak 55/20 og er tilgjengelig i Compilo.
- *Administrativt delegeringsreglement:* Vi finner ikke noe administrativt delegeringsreglement i Compilo, men et vedtak om videredelegering i personalsaker vedtatt av rådmannen i 2012, sist revidert 2019.
- *Lederavtaler:* Det er anbefalt av KS å ha lederavtaler som en del av kommunens styringsverktøy for å avklare hvordan myndighet er delegert. Revisjonen fant ikke lederavtaler i Compilo.
- *Økonomireglement:* Reglementet er vedtatt av kommunestyret i 2015 og sist revidert/gjennomgått i 2018.
- *Rutiner som sikrer iverksettelse og oppfølging av politiske vedtak:* Vi finner ikke en spesifikk rutine, men administrasjonen rapporterer på mål i økonomiplanen ifm. tertial- og årsrapport.
- *Arkivplan:* Arkivloven krever at offentlige organer skal ha en oppdatert arkivplan som omfattes av organets internkontroll, jf. arkivloven § 4 (trådte i kraft i 2018). Vi finner ikke noen arkivplan i Compilo, men kommunen har to rutiner som omhandler arkiv fra 2016. Disse er ikke revidert siden⁷.
- *Finansreglement:* Alle kommuner skal ha finansreglement som er vedtatt i kommunestyret.⁸ Kommunen har et finansreglement som er vedtatt i 2020, men vi fant ikke dette i Compilo.⁹
- *Arbeidsgiverstrategi:* Kommunens arbeidsgiverstrategi er vedtatt av kommunestyret i 2000. Dokumentet ligger i Compilo og er jevnlig gjennomgått av dokumentansvarlig.

⁷ Det ble i rapportens høringsprosess informert om at kommunen har en arkivplan utarbeidet i 2017, denne er de i ferd med å revidere.

⁸ Kommuneloven § 14-1 tredje ledd fastslår at kommuner og fylkeskommuner skal forvalte finansielle midler og gjeld på en måte som ikke innebærer vesentlig finansiell risiko.

⁹ Finansreglementet ble lagt inn i Compilo av kommunen i rapportens høringsprosess.

- *Etisk reglement:* Kommunen er ikke pålagt å utarbeide etiske retningslinjer, men KS oppfordrer alle kommuner å ha et slik regelverk på plass. Kommunenes etiske regelverk er vedtatt i kommunestyret i 2022, og ligger i Compilo.
- *Rutiner for varsling om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen* er jevnlig revidert/gjennomgått av dokumentansvarlig, og sist revidert i 2022. Dokumentet ligger i Compilo.
- *Anskaffelsesstrategi – og reglement:* Kommunen deltar i interkommunalt samarbeid som har et strategidokument for innkjøp. Selve strategien ligger ikke i Compilo. Derimot finner vi en rutine for mindre kjøp (under 100.000 kr), og i denne også en veileder for miljøvennlige innkjøp. Rutinen ble administrativt godkjent i 2021 og bygger på innkjøpsstrategien.
- *Datasikkerhet og håndtering av personopplysninger (GDPR):* Kommunen har omfattende dokumentasjon knyttet til arbeidet med informasjonssikkerhet i Compilo. Dokumentasjonen er fra 2018 og er ikke gjennomgått/revidert etter dette.
- *Helse, miljø og sikkerhet:* En HMS-håndbok godkjent i arbeidsmiljøutvalget i 2021 ligger i Compilo. Dokumentansvarlig har revidert dokumentene iht. tidsintervallet i Compilo.
- *Krisehåndtering og beredskap:* Kommunen har et eget område i Compilo knyttet til krisehåndtering og beredskap. Flere dokumenter er opprettet/revidert i 2022, deriblant plan for kommunal kriseledelse, varslingsplan og ressursoversikt. Enkelte beredskapsplaner er ikke revidert siden 2018-2019. Kommunens helhetlig ROS i Compilo gjaldt for perioden 2017-2021.¹⁰

Økonomisjefen fortalte under intervjuet at økonomireglementet skulle vært oppdatert.

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. Rådmannen foretar da egne vurderinger som omfatter hele kommunen, og som blant annet er basert på vurderingene på tjenestenivå. Revisjonen har undersøkt om kommunen har systemer og rutiner for risikovurderinger.

Retningslinjer for gjennomføring av risikovurderinger i Øystre Slidre kommune

Rådmannen fortalte at kommunen skal bruke ROS-modulen¹¹ i Compilo i forbindelse med risikoanalyser og alle risikoanalyser skal dokumenteres i Compilo. Det blir ifølge rådmann ikke gjort risikovurderinger i tilstrekkelig grad,

¹⁰ I kommunens høringssvar fremgikk det at det ble vedtatt ny helhetlig ROS i 2019 (Helhetlig ROS 2019-2023). Denne lå ikke i Compilo på revisjonstidspunktet, men er i etterkant lagt inn i Compilo.

¹¹ Programvare for gjennomføring av risikovurderinger i Compilo.

og arbeidet med dette er mer «tilfeldig og brokete». I 2022 har de hatt en ambisjon om å gjennomføre risikoanalyser, og har startet med HMS-området. De har hatt en opplæringsrunde med alle lederne og verneombud sammen med bedriftshelsetjenesten.

Revisjonen har ikke funnet noen felles retningslinjer for gjennomføring av risikovurderinger, eller at rådmannen har definert akseptert risikonivå. Økonomisjefen fortalte at de ikke har en felles rutine eller mal som sier noe om akseptert risiko innen ulike tjenesteområder og at de setter akseptabel risiko selv. De har imidlertid snakket noe om hva som er akseptabelt nivå for risiko på ledersamlinger.

I Compilo fant revisjonen en retningslinje for gjennomføring av risikovurdering på HMS-området. Ifølge retningslinjen har avdelingsleder ansvar for at risikovurdering blir gjennomført, og at det blir laget en tiltaksplan som følges opp. Det står videre at risikovurderinger bør gjennomføres regelmessig, minst hvert andre år, og *«elles ved endringer som kan ha betydning for risikotilhøva, eller ved innkjøp av maskinar og utstyr som kan ha betydning for helse, arbeidsmiljø og sikkerheit i verksemda»*. I årshjul for HMS står det at det skal gjennomføres en gjennomgang av risikovurderinger i oktober hvert år. Kommunalsjefen fortalte at rutinen er på plass, men ikke implementert i hele organisasjonen enda.

Det foreligger videre retningslinjer for gjennomføring av risikovurderinger innen GDPR. Innen dette området er det en retningslinje for fastsetting av akseptabel risiko. Formålet med prosedyren er å etablere en standard for hvor mye risiko organisasjonen kan akseptere innenfor personvern og informasjonssikkerhet. Det står at akseptabel risiko skal vurderes ved årlig revisjon. Retningslinjen har ikke vært revidert/oppdatert siden den ble opprettet i 2018.

Risikovurdering på overordnet nivå i kommunen

Rådmannen fortalte at det ikke er gjennomført dokumenterte risikovurderinger på overordnet nivå som omfatter helheten i internkontrollen og bygger på risikovurderinger på enhetsnivå. Det vil de ta tak i når de er ferdige med HMS-området.

Risikovurderinger på virksomhetsnivå

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

Revisjonen undersøkte med ledergruppen hva som er status for arbeidet med risikovurderinger høsten 2022:

- *Stabslederen* fortalte at staben har arbeidet med en ROS-analyse¹² i samarbeid med økonomi. Den var på intervju tidspunktet ikke ferdig. Det er videre gjennomført en felles ROS for GDPR i hele Valdres, og denne er gjort i ROS-modulen i Compilo.

¹² Risiko- og sårbarhetsanalyse

- *Økonomisjefen* fortalte at de har begynt å legge inn viktige opplysninger med tanke på tjenesteutøvelse i Compilo. Dette er for å teste ut ROS-modulen. Det har ikke vært noen ROS-analyse av økonomiområdet i Compilo tidligere som økonomisjef kjenner til, og det har heller ikke vært så vanlig å bruke Compilo på stab/økonomi før.
- *Kommunalsjefen* fortalte at det er gjennomført noen ROS-analyser innen hennes sektor. Tidligere har det vært en del ROS-analyser på spesifikke områder/utfordringer. Nå prøver de å komme over på en mer overordnet helhetstankegang. I vår begynte de å kartlegge hvilke områder de skal risikovurdere innenfor HMS-området. Hun opplyste at de også skulle ha temaet oppe på en to-dagers ledersamling til høsten 2022, da med fokus på andre områder enn HMS. Hun kjenner til totalt seks ROS-analyser innen sitt område. Gjennom Compilo vil hun kunne få oversikt over hvilke ROS-analyser som er gjennomført.

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.

Øystre Slidre kommune bruker i hovedsak Compilo som avvikssystem, med unntak av pasientrettede avvik innen helsesektoren som registreres i Profil. Revisjonen har undersøkt om kommunen har en skriftlig rutine som sier når og hvordan avvik skal meldes. Søk i Compilo viste at kommunen har flere rutiner for å melde avvik; både en generell rutine og en rutine for melding av avvik etter personopplysningsloven.

Kommunens generelle rutine for avviksmelding/-behandling er dokumentert i HMS-håndboka. Rutinen er sist revidert i januar 2022 og beskriver formålet med avviksmeldinger som en del av det kontinuerlige forbedrings- og kvalitetsarbeidet i kommunen; «å melde avvik er en naturlig og ønskelig del av det å arbeide i Øystre Slidre kommune». Det følger av rutinen at virksomhetsleder har ansvaret for opplæring i avviksregistrering og håndtering av tiltak, mens den enkelte ansatte har ansvaret for å holde seg oppdatert på rutinen og melde avvik eller forbedringsforslag i Compilo. Det er gitt definisjoner på hva ulike avvik er, både i form av uønskede hendelser knyttet til praktisering av lover, skader/ulykker, manglende rutiner og mangelfull opplæring. I tillegg til rutinen foreligger det et dokument som definerer de ulike alvorlighetsgrader/konsekvensnivået for hendelsen, og veiledning for behandling av avvik basert på alvorlighetsgrad. Det er også et vedlegg som beskriver hvordan man melder avvik i Compilo.

Det er presisert at enkelte avvik også skal meldes andre steder enn Compilo; eksempelvis skal IKT-avvik meldes til IKT-Valdres, i tillegg til registrering i Compilo. Avvik som omhandler lov-/forskriftskrav som gjelder pasienter, brukere eller elever skal også dokumenteres i pasientjournal/elevmappe. I Compilo skal denne type kategoriseres som tjeneste-/brukeravvik.

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 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 meldte avvik først til den nærmeste lederen til den som melder avviket. Lederen blir varslet og kan iverksette korrigerende tiltak. Leder har tre ukers frist for å lukke avviket. Dersom avviket ikke blir lukket av nærmeste leder innen fristen blir avviket automatisk sendt oppover i linjen, og til slutt til rådmannen.

Alle i ledergruppen var godt kjent med avvikssystemet og avviksrutinen i Compilo. Stabslederen hadde en opplæringsrunde om bruk av avviksmeldinger i Compilo våren 2022. På opplæringen fortalte han om internkontroll, hadde opplæring i å manøvrere i systemet og avviksregistrering og -rutiner. Hans opplevelse er at alvorlige avvik blir meldt, mens mindre alvorlige avvik i mindre grad meldes. Han hadde forventet en økning av avvik etter opplæringen, men ser ikke stor økning så langt. Kommunalsjefen fortalte at hun prøver å formidle at registrerte avvik er forbedringsmeldinger, og dette er også noe stabsleder er tydelig på i opplæringsrunder. Hun merker effekt av opplæringsrunden innen sine ansvarsområdet. Før fikk hun muntlig informasjon, mens det nå i større grad registreres avvik. Selv om det ikke har vært mye utskiftninger av ansatte så ser man effekten av å ha en gjennomgang av rutinen.

Det er noe ulik praksis i kommunen for melding av avvik. Økonomisjefen fortalte at det ikke har skjedd så alvorlige avvik i hennes enhet at de har meldt fra gjennom Compilo. Det er egne regler og rutiner for hvordan budsjett følges opp. For eksempel skal feil i regnskap og budsjett rapporteres til rådmann direkte, og rettes. Dette følges ikke opp i Compilo. Kommunalsjefen fortalte at det på helseområdet er et system for avvik og avvikhåndtering som er mer utviklet enn innenfor opplæring. Helse er vant til å håndtere avvik, mens de innenfor opplæring og kultur jobber med å utvikle en organisasjonskultur for å melde avvik. Kommunalsjefen blir involvert dersom tjenesteleder ser behov for større tiltak, eller om avviket blir liggende over tre uker. Håndtering av avvik skal som hovedregel skje på lavest mulig nivå.

På spørsmål om kommunen har en helhetsoversikt over avvik på overordnet nivå, fortalte stabsleder at avvik innen HMS følges opp på systemnivå og rapporteres i arbeidsmiljøutvalget (AMU). Det er ikke rutiner for oppfølging på systemnivå for andre avvik. Han mente at de har et forbedringspotensial på dette området og at det hadde vært naturlig at de tok en årlig gjennomgang av avvik på systemnivå. Kommunalsjefen fortalte at hun etterspør avvik og tar ut rapporter fra Profil når hun får informasjon om enkeltsaker. Hun undersøker da om saken er en enkelthendelse, eller et gjentakende avvik som kan handle om systemet de har. Hun har også temaet oppe i møter med den enkelte leder. Rådmannen fortalte at han ser på spredning av avvik for å se om avvikssystemet er i bruk i de ulike avdelingene. Utover det er det mer slik at han får melding om det er noe alvorlig.

Kommunalsjefen fortalte at gjentakende avvik eller avvik av alvorlig art blir meldt til rådmann. Hun har ikke meldt mange avvik til rådmann, men har mye dialog når det gjelder hva hun/sektoren tenker å gjøre med innmeldte avvik. Økonomisjefen fortalte at hvis det er feil i regnskapsføring som kan gi konsekvenser videre, så gir hun beskjed. Stabslederen har ikke meldt mange avvik til rådmannen, og fortalte at det er en tydelig beskrivelse i retningslinjen for hvilke avvik som skal meldes oppover. Det har ikke vært avvik i den kategorien i stab.

Revisjonen spurte rådmann hvilke avvik han får meldt. Han fortalte at han får avvik per telefon eller ved personlig møte når det har skjedd alvorlige situasjoner som han må vite om. De har en rutine for hvilke avvik som skal meldes til rådmann. Rutinen innebærer at avvik skal håndteres på lavest mulig nivå, og det er alvorlighetsgraden avgjør når rådmannen skal få melding. Han får noen flere meldinger en han egentlig skulle hatt, men mener samtidig at det er viktig at han får en melding/telefon for å være forberedt. Dersom avviket kun registreres i Compilo ville det tatt lenger tid før det nådde han. Å kategorisere avvikene riktig har vært et hovedbudskap i opplæringsrunden, og der har de fremdeles et forbedringspotensial.

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 kommunen har et system som sikrer at sentrale sektorovergripende reglement og prosedyrer er dokumentert, samlet og tilgjengelig i Compilo. Reglement og prosedyrer bør være oppdatert, relevant og i tråd med regelverket. Revisjonen vurderer at kommunen delvis har dette på plass, men at det kan være behov for en systematisk gjennomgang slik at de prosedyrene det er behov for er oppdaterte. Kommunens økonomireglement er utarbeidet før ny kommunelov, og endringer i lovverk kan føre til behov for endringer i dokumentene. Revisjonen fant ikke at kommunen har en arkivplan i Compilo. Dokumentasjon knyttet til datasikkerhet og personopplysninger er ikke gjennomgått siden 2018. Compilo skal bidra til å sikre oppdatering og godkjenning av rutinene ved årlige påminnelser, men dette er ikke systematisk fulgt opp. Det er avklart hvem som skal revidere dokumentene, men det kan være hensiktsmessig å se på denne strukturen siden enkelte ansatte står som dokumentansvarlig for en stor mengde dokumenter.

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.

Revisjonen vurderer at kommunen i noen grad har utarbeidet felles metode for vurdering av risiko gjennom ROS-modulen i Compilo. Kommunen var på revisjonstidspunktet ikke kommet helt i gang med å bruke modulen for risikoanalyser. Det er ikke gjort en vurdering eller kommunisert hva som er akseptert risiko innenfor de ulike

tjenesteområdene, og det synes ikke som det er etablert et felles vurderingsgrunnlag slik at risiko kan vurderes på tvers av virksomhetsområder og for kommunen som helhet.

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.

Etter revisjonens vurdering gjennomføres det ikke i dag systematiske risikovurderinger i kommunen som gir grunnlag for å vurdere hva slags internkontroll det er behov for og hvordan den skal innrettes. Til grunn for vurderingen vektlegger vi at det ikke er gjennomført risikovurderinger som omfatter helheten i internkontrollen. Videre er det i liten grad gjort risikovurderinger på tjenestenivå. De risikovurderingene som er gjort gjelder i hovedsak HMS, og ikke risiko for brudd på lover og forskrifter i tjenestene kommunen utfører. Dette medfører at kommunen verken på overordnet eller operativt nivå har systematisk oversikt over risikoer og kan sette i verk risikoreduserende tiltak på en systematisk måte.

Det er positivt at kommunen har satt seg mål om få en helhetstankegang når det gjelder arbeidet med risikovurderinger og gjennomføre ROS-analyser mer systematisk. For å etablere en risikobasert internkontroll i kommunen er det viktig at dette følges opp. Når det gjelder HMS-området vurderer revisjonen at kommunen har kommet godt i gang med å lage en plan for risikovurderinger og satt det i system.

Rapporteringsystem 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 synes det som kommunen har arbeidet systematisk med å etablere og gjøre kjent avvikssystemet i kommunen. Kommunen har en overordnet prosedyre for melding av avvik som sier noe om når og hvordan det skal meldes avvik, samt et felles rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik gjennom Compilo. Det er gjennomført opplæring i bruk av avvikssystemet, men 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, slik at kommunen kan gjøre forbedringer både i den konkrete situasjonen og for fremtiden.

Revisjonen vurderer at kommunen per i dag ikke har noen praksis for å systematisk følge opp aggregerte avvik fra tjenestene på ledernivå. Unntaket er innen HMS der avvik følges opp og rapporteres i arbeidsmiljøutvalget.

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 rådmann 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 det ikke er innført administrativ rapportering fra ledergruppen til han. Han er opptatt av at det ikke skal bli for mye rapportering og vil heller at ting blir gjort, enn rapportert. Dersom det er områder det er behov for tettere oppfølging, innfører han behovsstyrt rapportering. Eksempelvis hadde de behovsstyrt rapportering på sykefravær/forsvarlig drift i pandemien og i forbindelse med flyktnings situasjonen.

Rådmannen har faste ledersamtaler med den enkelte i ledergruppen (rådmannsgruppen) ca. en gang i halvåret og ukentlige møter med rådmannsgruppen. På de ukentlige møtene fordeler de oppgaver, men det skrives ikke referat med oppfølgingspunkt og ansvar. Dette er et bevisst valg da han ønsker ha en tillitsbasert ledelse, selv om det kan gi litt høyere risiko for glipp. Den utvidede ledergruppen (rådmannsgruppen og tjenesteledere) har møter en gang i måneden. Internkontroll har jevnlig vært tema på disse møtene. Det skrives heller ikke referater fra disse ledermøtene. Rådmannen har faste møter med tjenesteleder innen sitt kommunalområde. På møtene snakker de om hva fungerer/ ikke fungerer og spesielle utfordringer. Internkontroll har også vært tema på møtene, men ikke veldig systematisk. På tekniske tjenester er det spesielt innen drift de har fokus på risikoreducerende tiltak.

Rådmannen fortalte at kommunen rapporterer i tertial- og årsrapporter til kommunestyret. I årsmeldingen skriver de om internkontroll, blant annet omfang av avvik samlet for kommunen. Avviksstatistikk som brukes i årsmeldingen hentes fra Compilo. Den vil ikke være helt nøyaktig med tanke på at noen avvik meldes i Profil. Rapporteringen er mer en status som viser kommunestyret at kommunen har et avvikssystem som er i bruk, fortalte han. Rådmannen har etablert dialogmøte med kommunestyrekomiteer (møte mellom administrasjon og politikk). Møtene avholdes en gang hver høst, og alle tjenestene i kommunen møter sine kommunestyrekomiteer. I møtene gjøres en tjenesteanalyse der lederne informerer om hva som er status i tjenesten og hvor utfordringene ligger. Tjenestekvalitet og internkontroll er en del av det.

Revisjonen spurte ledergruppen hvordan de rapporterte til rådmannen og hvordan de innhentet informasjon fra sine enheter.

- *Kommunalsjefen* fortalte at hun i hovedsak rapporterer gjennom tertial- og årsmeldinger til kommunestyret. Hun får rapportering fra tjenestene som hun benytter til tertial- og årsrapport og rådmannen leser dette før det går til politisk nivå. Hun fortalte om en form for rapportering i rådmannsmøtene og at det er et nyttig forum, der hver enkelt tar opp saker den trenger å drøfte. Hun rapporterer også i daglig drift og har tett dialog med rådmannen.
- Stabslederen opplyste at han ikke rapporterer på resultat, med unntak av sykefravær og noe ad-hoc rapportering. Internkontroll har vært et stadig tilbakevendende tema på utvidet ledermøte, der de f.eks. har tatt opp ulike forhold i Compilo. På hans egne møter i staben har de også internkontroll som tema, men ikke systematisk. De har hatt stort fokus på å sikre gode nok rutiner i møtene i staben.
- Økonomisjefen fortalte at hun rapporterer i tertialrapport og årsrapport gjennom Framsikt. Alle tjenesteledere rapporterer på økonomi. Overordnet ledernivå (rådmannsgruppen) rapporterer på Kostra og måloppnåelse. De skriver også kort om internkontroll for hele kommunen og/eller for kommunalområdet, eksempelvis tilsyn og forvaltningsrevisjoner.

Revisjonen har sett nærmere på kommunes årsmelding av 2020¹³ og 2021 for å se i hvilken grad disse informerer om kommunens internkontrollsystem.

Årsmeldingen av 2020 har et eget avsnitt om internkontroll. Der informeres det kort om kommunens reglement/rutiner/prosedyrer, system for ROS, avviksmeldinger og varslinger. Videre vises det til en oversikt over avvik de siste seks årene. Denne viser at det er meldt noe færre avvik i 2020 enn i tidligere år. Det framgår også at det ikke ble rom for å gjennomføre den varslede systematiske gjennomgangen av rutinene (systematisering og kartlegging av ev. manglende rutiner/risikoanalyser) i 2020 på grunn av korona, men at det er planlagt gjennomført i 2021.

Kommunen rapporterer også på målene satt i økonomiplanen. Et hovedmål er at «*Øystre Slidre skal tilby tenester til innbyggerane og gjestene med god kvalitet og med effektiv ressursbruk*». For å nå dette målet skal alle tjenestene bruke internkontrollsystemet aktivt. Rådmannen skriver at det trolig fremdeles er underrapportering av avvik og at planlagt internopplæring i internkontrollsystemene er utsatt til 2021 på grunn av korona. Det framgår samtidig at helse og omsorg har en betydelig økning i aktiviteten i Compilo. Alle planer, prosedyrer og retningslinjer er lagt inn i systemet og ansatte har fått grunnopplæring i å finne fram. Helse og omsorg hadde som mål at alle avdelinger skal ha gjennomført ROS-analyser i 2020, men opplyser at de ikke er i mål med dette.

I årsmeldingen av 2021 skriver rådmannen at kommunen sitt elektroniske internkontrollsystem er under stadig utvikling, og at det har vært gjennomført opplæring i store deler av virksomheten i 2021. Helse og omsorg har blant annet rapportert at det er gjort noen ROS-analyser i ulike tjenester, men at de ikke har arbeidet systematisk med dette i 2021.

¹³ 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.

I tertialmeldingene rapporteres det på økonomi, sykefravær og status på kommunens «ti på topp» mål.

5.2 OPPFØLGING AV INTERKOMMUNALE SAMARBEID

Revisjonen har undersøkt hvilket system kommunen har for å følge opp interkommunale samarbeid.

Rådmannen fortalte i oppstartsmøtet at vertskommunesamarbeidet følges opp gjennom den årlige § 20-dagen som arrangeres av Nord-Aurdal kommune, i tillegg til tertialrapporter. På § 20-dagen er alle vertskommuneordningene tema, og rådmenn med kommunalsjefer har en hel dag der de går gjennom samarbeidene. Vertskommunen redegjør for status og utfordringer. Kommunen legger til grunn og stoler på at vertskommunen har et tilfredsstillende internkontrollsystem. På noen områder er det etablert særlige rapporteringer, særlig innen barnevern.

I tillegg til rådmannsutvalget¹⁴ er det etablert ulike interkommunale forum på kommunalsjefnivå. Dette er helse- og omsorgslederforum, opplæring- og kulturforum, teknisk lederforum, økonomi- og personallederforum. Det er også etablert en struktur under disse forumene. Forumene omhandler ikke kun avtalefestet samarbeid, men handler også om å dele erfaringer uavhengig av innhold og avtaleform.

Kommunalsjefen har de fleste interkommunale samarbeidene innunder sine ansvarsområder, og deltar både i helse- og omsorgslederforum og forum for opplæring- og kultur. Interkommunale samarbeid blir ofte tatt opp i møtene, spesielt VLMS¹⁵, interkommunal legevaktsordning, barnevernet og NAV, fortalte hun. Hun fortalte videre at de sikkert har et forbedringspotensial når det gjelder å ta opp internkontroll i forumene. Fokuset ligger mest på faglige utvikling. De skal ta mange valg om utvikling og satsningsområder, de har derfor ikke hatt så mye fokus på sykefravær, rutiner etc.

I tillegg til de faste møtepunktene der vertskommunesamarbeid blir tatt opp, får Øystre Slidre 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 internkontrollsystemet i vertskommunesamarbeidene. Årsrapporten fra vertskommunesamarbeidene beskriver i tillegg til økonomi status/utfordringer i tjenestene, men går ikke direkte inn på internkontroll.

¹⁴ Kommunedirektørene i de seks Valdreskommunene har fast samarbeidsorganisering med rådmannsutvalg (RU) som møtes en til to ganger pr måned.

¹⁵ Valdres lokalmedisinske senter.

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.

Revisjonen vurderer at kommunen har en tydelig retningslinje for hvilke avvik og enkelthendelser som skal rapporteres til rådmannen, men at det i liten grad er faste rapporteringer på avklarte punkter knyttet til internkontrollen.

Kommuneledelsen har møter og jevnlig dialog, men internkontroll følges ikke systematisk opp i disse møtene. Det er ikke innført administrativ rapportering som gjelder internkontroll. Det er ikke praksis for å følge opp internkontrollen og systematisk etterspørre informasjon fra virksomhetene, med unntak av rapportering som skal til den politiske delen i kommunen. Dette innebærer at rådmannen, etter revisjonens vurdering, i liten grad får systematisk informasjon om arbeidet med internkontroll fra tjenestene gjennom året.

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 mener at kommunen har rapportert på internkontroll i årsmeldingen av 2020 og 2021 i henhold til kravene i kommuneloven. Informasjonen bidrar til å gi kommunestyret en oversikt over administrasjonens arbeid med internkontroll på overordnet nivå. Administrasjonen gir i rapporten informasjon om systemer, rutiner og det løpende internkontrollarbeidet. Ved at internkontrollsystemet er et fast mål administrasjonen rapporterer på iht. økonomiplanen, synes det som kommunestyret får informasjon som gjør at de kan følge utviklingen i kommunens internkontrollsystem fra år til år.

Oppfølging av interkommunale samarbeid

Revisjonen har lagt til grunn at rådmann 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.

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. Internkontroll virker å være relativt lite vektlagt i de faste interkommunale møtepunktene og i tertial- og årsrapport fra vertskommunen. Revisjonen har ikke vurdert 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 Øystre Slidre kommune har en del elementer på plass når det gjelder et overordnet system for internkontroll, men at systemet foreløpig ikke er systematisk og risikobasert. Kommunen har kommet langt i å etablere et overordnet internkontrollsystem på HMS-området, men det gjenstår å overføre dette til andre deler av virksomheten.

Revisjonen mener at kommunen har sørget for å formalisere internkontrollen gjennom at de i hovedsak overordnede reglementer og prosedyrer samlet og tilgjengelig i Compilo. Det er likevel behov for en systematisk gjennomgang av reglementer og prosedyrer slik at de er oppdaterte og i tråd med regelverket, og for å sikre at kommunen har nødvendige reglementer og prosedyrer på plass. Kommunen har i liten grad etablert en risikobasert internkontroll. Arbeidet med risikovurderinger er fortsatt ferskt i kommunen og i liten grad iverksatt i tjenestene. Det er viktig at dette følges opp for at kommunen skal få grunnlag til å vurdere hva slags internkontroll det er behov for i de ulike tjenestene og for kommunen samlet. Rådmannen har ikke definert hva som er akseptabelt risikonivå innen de ulike tjenestene i kommunen. Et felles vurderingsgrunnlag ved utarbeidelse av risikoanalyser kan gjøre det enklere å prioritere tiltak på tvers av tjenesteområder og tilpasse omfanget av internkontrollen.

Kommunen har etter revisjonens vurdering en grundig overordnet prosedyre for melding av avvik som sier noe om når og hvordan det skal meldes avvik. Det er også et rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik gjennom Compilo. Kommunen har et forbedringspotensial i å etablere 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 internkontrollen i liten grad følges systematisk opp. Det gjennomføres jevnlig møtepunkter mellom kommuneledelsen, men det rapporteres ikke fast på internkontroll i møtepunktene eller gjennom rapportering med unntak av årsmeldingen til kommunestyret.

Rådmannen bør vurdere om dagens system for rapportering er tilstrekkelig til at han har trygghet for at kommunen oppfyller kravet om internkontroll etter kommuneloven. Å sikre nødvendig rapportering er viktig ved delegering fordi rådmannen sitter med ansvaret selv om andre gjennomfører oppgavene.

Revisjonen vurderer at rådmannen gjennom årsmeldingene gir kommunestyret informasjon om kommunens systemer, rutiner og løpende internkontrollarbeid. Kommunen har et system for å følge opp interkommunale samarbeid, men 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.

6.2 ANBEFALINGER

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

Rådmannen bør:

- Sette internkontrollarbeidet i system med faste internkontrollaktiviteter gjennom året og etablere rutiner for evaluering av internkontrollen.
- Vurdere hvilke prosedyrer og rutiner som er viktig for sikre god internkontroll og følge opp at disse er oppdaterte.
- Etablere et system og rutiner for å gjennomføre risikovurderinger på både overordna og operasjonelt nivå.
- Etablere god praksis for å rapportere avvik i Compilo fra alle tjenesteområdene, og at slike avvik følges opp.
- Vurdere om dagens system for rapportering er tilstrekkelig til å oppfylle kravet om internkontroll etter kommuneloven.
- Vurdere om kommunen får tilstrekkelig informasjon i vertskommunesamarbeid til at de er trygge på at innbyggerne får de tjenestene de har krav på.

REFERANSER

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

Øystre Slidre kommune (2021) Årsmelding 2020

Øystre Slidre kommune (2022) Årsmelding 2021

Dokumenter hentet fra Compilo:

- Delegeringsreglement
- Økonomireglement/-håndbok
- Finansreglement
- Anskaffelsesreglement
- Arbeidsgiverstrategi
- Etske reglement
- Rutiner for varsling etter arbeidsmiljølov
- Datasikkerhet og håndtering av personopplysninger (GDPR)
- HMS-håndbok
- Krisehåndtering og beredskap

VEDLEGG RÅDMANNENS UTTAELSE

Her følger rådmannens uttalelse til rapporten:

Rådmannen meiner forvaltningsrevisjonsrapporten er grundig, og gjev eit godt bilete av status for internkontrollen i Øystre Slidre kommune. Rådmannen støtter tilrådingane i rapporten, og vil ta tak i desse i tida framover. Fleire av forbetningspunkta er vi allereie godt i gang med.

Takk for godt utført arbeid!

Mvh
Tor Arthur Hagen
stabsleiar