

FORVALTNINGSREVISJONS-
RAPPORT 02-2023

KOMMUNEDIREKTØRENS INTERNKONTROLL

UTARBEIDET FOR
KONTROLLUTVALGET I
VESTRE SLIDRE KOMMUNE



INNLANDET REVISJON IKS

18. januar 2023
2023-090 AK/ALJ

FORORD

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonsprosjektet «*Kommunedirektørens internkontroll*» som er gjennomført på oppdrag av kontrollutvalget i Vestre 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-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, 18. 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 VESTRE 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.....	19
4.1 VESTRE SLIDRE 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	30
5.3 REVISJONENS VURDERINGER.....	31
6 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER.....	33
6.1 KONKLUSJONER.....	33
6.2 ANBEFALINGER.....	34
REFERANSER.....	35
VEDLEGG: KOMMUNEDIREKTØRENS UTTALELSE	36

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 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 Vestre Slidre kommune er i gang med å etablere et overordnet system for internkontroll, men det gjenstår å implementere og følge opp at systemet fungerer etter hensikten.

Revisjonen mener at kommunen har sørget for å formalisere internkontrollen gjennom at de overordnede reglementene og prosedyrene i hovedsak er samlet og tilgjengelig i Compilo. Det er utarbeidet et system for årlig gjennomgang av disse. Selv om kommunen har gjennomført en stor jobb med å rydde i dokumenter i Compilo, gjenstår det fortsatt arbeid med å revidere sektorovergripende dokumenter og følge opp at dette blir etterlevd.

Kommunen har påbegynt et arbeid med å etablere en risikobasert internkontroll og har gjennomført en risikovurdering av internkontrollen på overordnet nivå. De har anskaffet en felles modul i Compilo for gjennomføring av risikovurderinger, og gjennom årshjulet for internkontroll planlegges det for systematisk gjennomgang av hvilke områder som skal risikovurderes. Arbeidet med risikovurderinger er fortsatt ferskt i kommunen og i liten grad iverksatt i tjenestene. Det er viktig at dette følges opp slik at kommunen får grunnlag for å vurdere hva slags internkontroll det er behov for i de ulike tjenestene, og for kommunen samlet.

Kommunedirektør har ikke definert hva som er akseptabelt risikonivå innen de ulike tjenestene i kommunen. Gjennom et felles vurderingsgrunnlag ved utarbeidelse av risikoanalyser kan det være enklere å prioritere tiltak på tvers av tjenesteområder og tilpasse omfanget av internkontrollen.

Kommunen har på plass et system og en rutine for melding av avvik, men 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 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 kommunedirektøren er i gang med å etablere et system for å følge opp internkontrollen. Gjennom definerte aktiviteter i kommunens årshjul for internkontroll og faste rapporteringer på blant annet avvik og måloppnåelse, vil kommunedirektøren kunne få oversikt og informasjon over viktige internkontrollaktiviteter ute i virksomhetene.

På oppstartstidspunktet for revisjonen hadde kommunen i liten grad etablert et system for å følge opp internkontrollen. I løpet av prosjektperioden har kommunedirektøren laget et system for å følge opp internkontrollen, der han systematisk skal etterspørre informasjon fra virksomhetene i kommunen. Systemet avhenger av at kommunedirektøren følger opp rapporteringene og at kommuneledelsen følger opp sine ansatte og involverer seg i rapporteringen. I dette ligger også at kommuneledelsen 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 vurderer at kommunedirektøren gjennom årsmelding og tertialrapporter i noen grad gir kommunestyret informasjon om Vestre Slidres internkontrollarbeid. Med innføring av ny mal for rapportering vil kommunestyret i større grad få informasjon om kommunes systemer, rutiner og løpende internkontrollarbeid.

Kommunen har et system for å følge opp interkommunale samarbeid de deltar i, men det synes som internkontroll i de interkommunale samarbeidene i mindre grad er vektlagt i faste møtepunkter og i tertial- og årsrapport fra vertskommunen. Kommunen bør vurdere om de får tilstrekkelig informasjon fra vertskommunen slik at de har trygghet for at innbyggerne i kommunen får de tjenestene de har krav på.

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

Kommunedirektøren bør:

1. Følge opp at de planlagte aktivitetene i årshjulet for internkontroll gjennomføres, spesielt gjelder dette:
 - a. Årlig gjennomgang og justering av sektorovergripende reglementer.
 - b. Vurdere områder og gjennomføre systematiske risikovurderinger på overordnet nivå og på virksomhetsnivå.
2. Vurdere om det er behov for å utarbeide et felles vurderingsgrunnlag ved utarbeidelse av risikoanalyser som blant annet definerer kommunedirektørs aksept for risiko.
3. Etablere en god praksis for rapportering av avvik fra alle virksomhetene i kommunen.
4. Følge opp at det nye rapporteringssystemet blir implementert og brukt i organisasjonen.
5. 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 for kontrollutvalget i Vestre Slidre kommune 8. april 2022. Kontrollutvalget vedtok (sak 21/22):

«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.

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 VESTRE SLIDRE KOMMUNE

Vestre Slidre kommune har nylig omorganisert. Fra 1. august 2022 ble kommunalområdene *helse og omsorg* og *oppvekst og kultur* slått sammen til kommunalområdet *helse og oppvekst*. Kommunedirektørens ledergruppe består i dag av

- kommunalsjef helse og oppvekst,
- kommunalsjef plan, teknisk, miljø og samfunnsutvikling,
- økonomisjef og
- leder for personal, service og kommunikasjon.

Organisasjonskartet er ikke oppdatert etter sammenslåingen, men illustrerer enhetene i kommunen:



Figur 1: Organisasjonskart (kilde: Vestre Slidre kommunes hjemmeside 07.12.2022)

Helse og oppvekst

Kommunalsjefen med ansvar for helse og oppvekst har ansvaret for kultur og frivillighet, skole og barnehage, kulturskolen, leirskole, familie, helse- og forebygging (barnevern, psykisk helsetjeneste, helsestasjon, legesenter, folkehelse, kommunepsykolog og NAV), Bergtun, hjemmetjenester, miljøarbeid/tilrettelagte tjenester og tildelings- og boligkontor.

Kommunalsjefen startet i stillingen med ansvar for helse i mai 2020. Fra august 2022 fikk hun i tillegg ansvaret for oppvekstsektoren. Kommunalsjefen har en rådgiver i stab.

Plan, teknisk, miljø og samfunnsutvikling

Kommunalsjefen med ansvar for plan, teknisk, miljø og samfunnsutvikling startet i stillingen september 2022.

Stab og personal

Stabs- og personalsjefen er leder for personal, lønn og service. Hun har ansvar for kommunikasjon internt og eksternt og er kommunedirektørs faste stedfortreder. Hun startet i stillingen i mars 2021.

Økonomi

Økonomisjefen har overordnet ansvar for økonomien i kommunen. Hun er personalleder for en regnskapssjef og en medarbeider som jobber med fakturering. Hun startet i stillingen 1. august 2021.

Interkommunale samarbeid

Kommunen er en del av mange interkommunale samarbeid som leverer tjenester til Vestre Slidres innbyggere. Dette er blant annet PP-tjenesten, NAV-Valdres, barnevernet, legevakt og Valdres lokalmedisinske senter. Nord-Aurdal er vertskommune for en stor andel av samarbeidene. Vestre Slidre er vertskommune for samarbeidet om barnevernet i Vang og Vestre Slidre, og felles psykologtjeneste for øvre Valdres.

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

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 et oppstartsmøte for prosjektet den 14. juni 2022 i kommunehuset i Vestre Slidre. På møtet deltok kommunedirektør Rolf Stalaget, kommunalsjef helse og oppvekst Stine Mari Skrindsrud Nordaas, stabs- og personalsjef Berit Dokkebakke Navrud og jurist, rådgiver, beredskapskoordinator og personvernombud Ivar Hagrup fra kommunen. 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 kommunedirektøren 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 desember 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 tre intervjuer etter oppstartsmøtet. De som er intervjuet er kommunalsjef helse og oppvekst, stabs- og personalsjef og økonomisjef. Intervjuene er gjennomført på Teams. Årsaken til at det er ikke gjennomført intervju med kommunalsjef for plan, teknisk, miljø og samfunnsutvikling er at hun startet i stillingen i september 2022 og på revisjonstidspunktet bare fått en kort innføring i kommunens overordna systemer. Det var derfor vanskelig å bidra med informasjon i prosjektet.

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

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.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

- 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.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 delegerere 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 nedenfor gir 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 ledergruppe⁶, og undersøkt dokumentasjon som ligger i kommunens internkontrollsystem Compilo.

4.1 VESTRE SLIDRE KOMMUNES OVERORDNEDE INTERNKONTROLLSYSTEM

Et internkontrollsystem som inneholder oppdaterte reglementer, prosedyrer, styringsbeskrivelser og instruksjoner m.m. er viktig for å sikre at kommunedirektøren skal kunne ha betryggende kontroll.

Det er en forholdsvis ny ledergruppe i Vestre Slidre. Kommunedirektøren fortalte at ingen i den øverste ledergruppen har vært ansatt i mer enn to år, men at det har vært lite utskiftninger av avdelingsledere for de enkelte tjenestene i kommunen. Den utvidede ledergruppen som består av øverste ledergruppe og avdelingsledere, hadde høsten 2021 en gjennomgang og diskusjon om forståelsen av internkontroll knyttet til veilederen fra KS «*Orden i eget hus*».

Vestre Slidre bruker Compilo som internkontrollsystem. Kommunedirektøren fortalte at kommunen har brukt systemet i omtrent ti år og at internkontrolldokumenter er lagret i Compilo. I 2022 har kommunen gjennomført opplæring ute i tjenestene og med ledere, tillitsvalgte og verneombud for at systemet skal brukes mer aktivt.

Revisjonen spurte kommunedirektøren og lederne i ledergruppen hvordan de hadde jobbet med internkontroll etter endringene i kommuneloven. Tilbakemeldingene var at de har brukt mye tid i Compilo og blitt kjent med dokumentene som ligger der. De har ryddet i strukturen og dokumentene. Videre har de sett på ansvar, oppgaver og roller i kommunen og utarbeidet et årshjul for internkontroll. Ledergruppen og utvidet ledergruppe har hatt en felles opplæring som omhandlet modulen for risikoanalyser i Compilo. Videre har de arbeidet med en overordnet risikovurdering for å finne felles risikofaktorer og status i kommunen, og oppnå en felles forståelse.

Ledergruppen fortalte at de har et forbedringspotensial blant annet når det gjelder risikovurderinger og det å se planverket som en helhet helt ut til tjenestene, slik at fagplaner, økonomiplan og samfunnsplanen henger sammen. Det er også et behov for å jobbe med oppfølging av bruken av internkontrollsystemet og få på plass gode rapporteringer.

⁶ Med unntak av kommunalsjef for plan, teknisk, miljø og samfunnsutvikling.

Årshjulet for internkontroll ble opprettet i august 2022. Årshjulet illustrerer hvilke internkontrollaktiviteter som skal gjennomføres måned for måned, og hvem som har ansvaret for handlingen. Vi vil kort beskrive de viktigste internkontrollaktivitetene per kvartal.

Første kvartal:

- Evaluering av internkontrollen.
- Gjennomføre risiko- og kontrollmatriser.

Andre kvartal:

- Gjennomføre kommunedirektørens overordnede risikovurdering og ha en gjennomgang og justering av sektorovergripende reglementer.
- Basert på overordnede risikovurdering skal de gjennomføres nøkkelkontroller.

Tredje kvartal:

- Avdelingslederne skal ha en gjennomgang av sine respektive fagområder og oppdatere rutinebeskrivelser, prosedyrer med mer.

I fjerde kvartal skal kommunalsjefene sammen med avdelingsledere velge områder, nivå og tema for risikoanalyser som grunnlag for særskilte analyser og forbedringsprosesser.

I samme dokument som årshjulet for internkontroll, er det gjort en overordnet risikovurdering av internkontrollen. I denne vurderingen som fremgår av figur 1, har kommunen vurdert i hvilken grad sektorovergripende dokumenter er på plass. De vurderte også om internkontrollen er risikobasert, og om det er etablert rutiner og dokumentasjon for tjenesteyting og støtteprosesser.

	Status egenvurdering		
Sektorovergripende reglementer			
Delegeringsreglement			
Etisk standard og antikorrupsjon			
Personalforvaltning og arbeidsgiverområdet			
Økonomi og finansforvaltning			
Datasikkerhet og personvern			
Handlingsplan for innkjøp			
Rutinar for leiarmøte			
Delegering			
Risikobasert internkontroll i virksomhetene			
Rutiner og dokumentasjon			

Figur 1: Overordnet risikovurdering (Compilo, 08.12.2022)

I kommentarene beskriver kommunedirektøren hvorfor punktene er vurdert som grønt, gult eller rødt. Vi vil i det følgende beskrive punktene som det er knyttet oppfølgingstiltak til. Først beskrives de sektorovergripende reglementene, før vi går nærmere inn på risikobasert internkontroll i 4.1.2.

4.1.1 SEKTOROVERGRIPENDE REGLEMENTER

Første del av den overordnede risikovurderingen omhandler sektorovergripende dokumenter. Kommunen har i risikovurderingen tatt utgangspunkt i et utvalg av de sektorovergripende dokumentene KS anbefaler å ha på plass, og vurdert status.

- Personalforvaltning og arbeidsgiverområdet: Markert gult. Begrunnelsen er at arbeidsgiverpolitisk dokument er fra 2012, sist revidert i 2013. Dokumentet er planlagt revidert i 2. kvartal 2023 og stabs- og personalsjef er satt som ansvarlig.
- Økonomi og finansforvaltning: Markert grønt, men det står at økonomireglementet er fra 2013 og at økonomisjef har fått ansvaret for å revidere dokumentet i 2. kvartal 2023.

- Handlingsplan for innkjøp: Det er ikke gjort en vurdering av fargekode, men det er knyttet en kommentar til at dette skal revideres. Kommunedirektør har ansvaret og oppfølgingen skal skje i 2. kvartal 2023.
- Rutiner for ledermøte: Det er ikke gjort en vurdering av fargekode, men det står i kommentaren at de skal lage en ny beskrivelse. Kommunedirektør har ansvaret for å gjennomføre dette 2. kvartal 2023.
- Datasikkerhet og personvern: Markert gult. Kommunedirektør skriver at risikovurdering på området er sendt kommunene for håndtering i juni 2021. Innen personvern skal sentrale rutiner/dokumenter utarbeides. Kommunalsjefene er satt som ansvarlige og det skal følges opp 2. kvartal 2023.
- Rutiner og dokumentasjon: Markert gult. Avdelingslederne har fått i ansvar å gjennomgå rutiner, prosedyrer og retningslinjer på sine områder.

Revisjonen har undersøkt om sentrale sektorovergripende reglement 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.

Vi fant at de anbefalte sektorovergripende dokumentene er dokumentert og tilgjengelig i Compilo, med unntak av rutiner som sikrer oppfølging av politiske vedtak og etisk reglement. Disse dokumentene er ifølge kommuneledelsen utarbeidet, men ikke innført enda.

Reglementene i Compilo er oppført med dokumentansvarlig som skal gå gjennom/revidere dokumentet i et årlig tidsintervall, med mindre dokumentansvarlig selv har satt en egen frist. Gjennomgangen viste at en stor andel av de sektorovergripende dokumentene/reglementene ikke er revidert/gjennomgått av dokumentansvarlig iht. det årlige tidsintervallet. Dette gjelder blant annet finansreglementet, innkjøpsstrategien og arbeidsgiverstrategien. Store deler av dokumentasjonen knyttet til HMS og datasikkerhet/GDPR var ikke gjennomgått de siste årene. I tillegg så vi at flere av dokumentene hadde en dokumentansvarlig som ikke lenger er ansatt i kommunen. Spørsmålet er da om noen i kommunen får varsel om å gå gjennom dokumentene. Vi fant også at administrativt delegeringsreglement og arkivplan er ikke oppdatert i henhold til ny organisering i kommunen og økonomireglementet henviser til tidligere kommunelov.

Av gjennomgangen i Compilo så vi at rutinen for varsling etter arbeidsmiljøloven jevnlig har blitt revidert og sist gang i 2022. Når det gjelder krisehåndtering og beredskap har kommunen utarbeidet/oppdatert flere overordnede dokumenter de siste årene. Dette er blant annet *Helhetlig ROS 2021-2025*, overordnet beredskapsplan (vedtatt i kommunestyret, mars 2022) og kommunal atomberedskapsplan for perioden 2022-2025. På enkelte områder var ikke beredskapsplanene revidert de siste årene.

Revisjonen spurte ledergruppen om de overordnede reglementene og rutinene er tilgjengelig for ansatte i deres enhet.

- *Kommunalsjef helse og oppvekst* fortalte at reglement og prosedyrer er samlet og tilgjengelig i Compilo. Alle innenfor hennes sektorer har tilgang og har fått opplæring, men det kan være at ikke alle funksjoner er tatt i bruk. Dette kan for eksempel gjelde bruk av skjemaer og maler. Hun vil følge opp dette med å ha

felles ledermøter innen helse og oppvekst for å prøve å skape en felles forståelse på tvers av nivå og sektor.

- *Økonomisjefen* fortalte at ansatte i hennes avdeling bruker de overordnede reglementene og prosedyrene i Compilo, eksempelvis innkjøpsreglementet, fullmaktsoversikten og økonomireglementet. Selv om økonomireglementet er fra 2013 og ikke oppdatert iht. ny kommunelov, er fortsatt relevant, fortalte hun. De skal samarbeide med Vang og Øystre Slidre om å lage et nytt økonomireglement våren 2023.
- *Stabs- og personalsjefen* fortalte at alt av overordnede dokumenter og prosedyrer ligger i Compilo, men at en del skulle vært oppdatert og revidert. Dette er fokus fremover. Hun har inntrykk av at det er enkelt å finne frem i systemet, men at noe ligger dobbelt. Det har også blitt brukt nynorsk og dialektord på dokumentnavn slik at det i noen tilfeller kan være vanskelig å bruke søkefunksjonen. Det er lagt inn varslinger i Compilo om hvem som skal oppdatere. Hun mente derfor at man ikke kan unngå å få varsel, men man kan unngå å gjøre noe med det.

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. Kommunedirektøren 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. Kommunedirektøren fortalte at risikovurderinger tidligere har vært gjort ulikt, og at de ikke har dokumentert risikovurderinger. De har gjort vurderinger eksempelvis ved innføring av en ny rutine, men ikke synliggjort denne vurderingen. For å få en felles plattform startet kommunen å bruke modul for risikoanalyser i Compilo våren 2022. Denne modulen skal brukes av alle tjenestene fremover.

Det foreligger rutiner/maler for utarbeidelse for risikovurderinger innen spesifikke områder som informasjonssikkerhet/GDPR og HMS i Compilo. Revisjonen fant ikke at det er utarbeidet en felles rutine/retningslinje for utarbeidelse av risikovurderinger i kommunen, eller en overordnet vurdering av hva som er akseptabel risiko innen ulike tjenestområder.

Risikovurdering på overordnet nivå i kommunen

Revisjonen spurte kommunedirektøren i oppstartsmøtet om det er gjennomført dokumenterte risikovurderinger på overordnet nivå som omfatter helheten i internkontrollen. Kommunedirektøren fortalte at han hadde «et bilde i hodet», men at det ikke var dokumentert. I etterkant har ledergruppen gjort en overordnet risikovurdering som en øvelse i ledergruppa. Dette fremgår av figur 2 nedenfor.

Kommunedirektørens internkontroll

Denne delen tar vi som en øvelse i ledergruppen/avdelingsledermøtet	Status egenvurdering			Kommentarer, hvorfor er vi grønne, gule eller røde?	Oppfølging		
					Hvem	Hva	Når
Målene og oppdraget er avklart og operasjonalisert				Vi er gule fordi vi ikke har tydelige mål på tenesteområda utleda frå kommunen sine overordna planer	ledergruppen og avdelingsledere	Lage operasjonelle mål	Ledersamling oktober
Kritiske suksessfaktorer (hva må vi som minimum lykkes med)				Vi har en oppfatning av kritiske suksessfaktorer men ikke dokumentert dem	ledergruppen og avdelingsledere	Liste noen få kritiske suksessfaktorer	Ledersamling oktober
Risikofaktorer, sannsynlighet og konsekvens som kan hindre oss i å nå målene				Vi mangler risikokart i hvert fall på overordna nivå	ledergruppen og avdelingsledere	Kartlegge og vurdere risiko	Avdelingsledermøte i november
Dette gjør vi for å redusere risiko og øke sannsynlighet for måloppnåelse				Vi mangler tiltak for å redusere risiko og øke sannsynlighet for måloppnåelse	ledergruppen og avdelingsledere	Tiltak og handlingsplaner der tiltak som koster penger skal inn i økonomiplanen	Avdelingsledermøte i november

Figur 2: Overordnet risikovurdering ((Compilo, 08.12.2022)

Revisjonen ba kommunedirektøren om status på oppfølgingspunktene knyttet til denne vurderingen per desember 2022. Kommunedirektør svarte at:

«Strukturen for den overordna risikovurderingen er utarbeidet og delvis fulgt opp. Gjennom arbeidet med handlings- og økonomiplanen er det arbeidet godt med målsettinger for virksomheten. Arbeidet har gjort det tydelig for oss at det er tilgang på arbeidskraft og kompetanse som er det mest sentrale. Rekrutteringer og minske sårbarhet på kritiske posisjoner i organisasjoner er derfor satt øverst på lista over prioriterte tiltak».

Han beskrev videre at omorganiseringen hadde styrket ledelsen på særlig to områder, og at dette var gode tiltak for å redusere sårbarhet og risiko:

- Å ha en kommunalsjef med ansvar for plan, teknisk, miljø og samfunnsutvikling er nødvendig for å få tilstrekkelig ledelseskraft på områder som vann og avløp, samt forvaltningsdelen av området. Ledelseskraften skal sikre gode tjenester og at lov- og forskriftskrav på disse områdene overholdes.
- Felles ledelse på de to tidligere områdene *helse og omsorg* og *oppvekst og kultur* skal sikre tverrfaglig arbeid overfor innbyggerne med særlig vekt på barn, unge og familier.

Han uttrykte videre at de har lagt grunnlaget for øvrig arbeid som oppfølging av avvik og god praksis på bruk av avvikssystemet, men at de gjerne kan følge opp dette arbeidet tettere utover. De har lagt en del arbeid i oppdatering og bevisstgjøring av felles reglementer for hele organisasjonen, herunder arbeidsreglement, lederavtaler, hjemmekontor og fleksibel arbeidstid. Risikokart på overordna nivå er ikke gjennomført.

Risikovurderinger på virksomhetsnivå

En forutsetning for gode overordnede risikovurderinger er at det er rutiner og praksis for å gjennomføre risikovurderinger på virksomhetsnivå. Det fremgår av figur 1 at risikobasert internkontroll i avdelingene er vurdert som rødt. Det er ikke knyttet kommentarer eller oppfølgingstiltak knyttet til vurderingen, men det står at ledergruppen skal følge opp dette videre i 3. kvartal 2023.

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

- *Kommunalsjef helse og oppvekst* fortalte at det til en viss grad blir utført ROS i avdelingene, men ikke systematisk. De jobber med å få mer systematikk på når de skal utføre og oppdatere ROS-analyser i

avdelingene. ROS som tankegang er til stede, fortalte hun, men ikke alltid dokumentert. Innen beredskap, kontinuitetsplan (fravær) og IKT har de gode ROS-analyser. Det har blitt gjort noen risikovurderinger på avdelingsnivå, men mest innen HMS. På spørsmål om de gjennomførte risikoanalysene er tilgjengelig i Compilo, svarte kommunalsjefen at noe ligger i Compilo, men at de nok også har noe i egne mapper som hun ikke har tilgang til. Hun fortalte også at beredskapskoordinator skal hjelpe tjenestene nede i kommunen med å utarbeide ROS-analyser fremover.

- *Stabs- og personalsjefens* inntrykk er at det er lite fokus på å foreta ROS-analyser og at tjenestene ikke følger opp dette aktivt. Kommunen har foreløpig ikke arbeidet mye med ROS-analyser, og har ingen felles rutine. De har heller ikke snakket om akseptert risiko. Hun mente derfor at kommunen har en vei å gå for å få dette i et system. Det er sagt at ROS-modulen i Compilo som ble lagt til i våres skal brukes framover. De har ikke gjennomført ROS på hennes avdeling, men på grunn av at personalsituasjonen har endret seg, skal de gjøre det.
- *Økonomisjef* fortalte at det ikke er gjennomført ROS-analyser innenfor økonomi. Kommunedirektøren har foreløpig ikke etterspurt dette, men hun har skjønnet at de skal i gang. De har en risikobasert tankegang, men vurderinger/analyser er ikke dokumentert. De er opptatt av å ta ned risiko til et akseptabelt nivå og hun mener de har en lav risiko for feil og misligheter i regnskapet. Rutinebeskrivelsene er ganske presise og har en godkjenningsprosess gjennom tre ledd. Hun har sett at det finnes en mal for risikoanalyser i Compilo, men det har ikke vært tema i ledermøter.

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. Vestre Slidre kommune bruker i hovedsak Compilo som avvikssystem, med unntak av pasientrettede avvik innen helsesektoren som registreres i Profil og i barnevernet der de bruker Familia. De bruker fagsystemene for å registrere avvik på sak, og Compilo på det som er overordnet, HMS og personal.

Revisjonen har undersøkt hvorvidt det er skriftlig rutine for melding av avvik i Compilo. Vi fant at kommunen har en skriftlig rutine for melding av avvik som gjelder hele kommunen. Denne er utarbeidet i 2014, men er jevnlig revidert. Ifølge rutinen defineres avvik som en uønsket hendelse/avvik i forhold til praktisering av lover, forskrifter, prosedyrer og retningslinjer innen HMS, organisering/internt og tjeneste/bruker. Rutinen beskriver hvordan man går frem ved melding av avvik. Det står blant annet at avvik som gjelder beboere/pasienter skal registreres i Compilo med løpenummer eller registreringsnummer fra fagsystemet. Avviket skal også registreres i fagsystemet.

Vi har videre undersøkt hvordan prosessen med å melde avvik i Compilo foregår. Når man logger inn i Compilo er det tydelig merket hvor man skal trykke for å melde avvik. Der fyller man inn opplysninger om avviket direkte i systemet.

Følgende obligatoriske punkter må fylles ut:

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

Ifølge Compilo så går meldte avvik først til den nærmeste lederen til den som melder avviket. Lederen blir varslet og kan iverksette korrigerende tiltak. Dersom avviket ikke løses på laveste nivå, går saken videre opp i ledelseshierarkiet, til kommunalsjef og eventuelt videre til kommunedirektør.

Kommunedirektøren fortalte at de har hatt «ganske gode opplæringer» på avvikssystemet. Det er fortsatt ting å jobbe med, men kommunens ansatte har kommet på et godt nivå og kan systemet. Ledergruppen fortalte at de var godt kjent med avvikssystemet og at den skriftlige rutinen for melding av avvik var godt kjent i organisasjonen.

- *Kommunalsjef helse og oppvekst* fortalte at det er noe usikkerhet med tanke på hvor stort et avvik skal være før det registreres. Hun har bedt om at det heller meldes for mye enn for lite. Hun har avvik som fast tema på statusmøter med sine ledere. Compilo er på sikker sone, og på skoleområdet jobber de i hovedsak i ekstern sone. Skoleansatte melder derfor færre avvik enn helseansatte. Innenfor helse har de praksis for å gå inn via sikker sone på PC-en, men det er en utfordring at de ansatte ikke alltid er på PC, slik at avvik blir meldt via en kollega. Pasientrettede avvik meldes i Profil, som er et pasientjournalssystem med høyere nivå av sikkerhet. Kommunalsjefen sier at de ikke melder avvik dobbelt, og at pasientrettede avvik ikke registreres i Compilo.
- *Stabs- og personalsjefen* fortalte at de har hatt mange runder internt om å varsle avvik, men at de er dårlige på å gjøre dette. Dersom hun får beskjed om feil som hun mener er avvik ber hun om at det meldes i Compilo, men hun ser at dette ikke blir gjort. Hun mener at dette ikke er spesielt innen hennes ansvarsområde, men at det ikke har vært kultur for å melde avvik i kommunen. Avvik har vært tema i ledermøter, men må nok inn i oppfølgingen fremover.
- *Økonomisjefen* fortalte at hun aldri har opplevd at det har blitt registrert avvik i Compilo innen hennes område, og de har heller ingen avvik.

I Compilo fant revisjonen et dokument fra 2013 som beskrev at ledergruppen annenhver måned skal gå gjennom et utvalg avviksrapporter/statistikk. Kommunedirektør opplyste på oppstartsmøtet at de ikke praktiserer dette i dag. På spørsmål om kommunen har en helhetsoversikt over avvik på overordnet nivå, så opplyste ledergruppen at avviksstatistikk ikke har vært tema på ledernivå. Unntaket er innen helse og oppvekst der avvik er fast tema i statusmøter mellom kommunalsjefen og hennes ledere.

Ledergruppen melder avvik som kan få konsekvenser videre til kommunedirektør. Dette er for eksempel avvik som gir fare for liv og helse, avvik på bemanning, kritikkverdige forhold eller saker av prinsipiell betydning. Compilo blir i mindre grad brukt for å melde slike avvik. Gjelder avviket kritiske forhold blir det tatt direkte kontakt, ellers benyttes e-post eller statusmøter.

4.2 REVISJONENS VURDERINGER

Sektorovergripende reglement og prosedyrer

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 Vestre Slidre kommune har et system der de sentrale sektorovergripende reglementene og prosedyrene er dokumentert, samlet og tilgjengelig i Compilo. En sentral del av internkontrollen er å sikre at lover og forskrifter følges, det er derfor viktig at reglementer og prosedyrer er oppdatert i tråd med regelverket. Selv om kommunen har gjennomført en stor jobb med å rydde i dokumenter i Compilo, gjenstår det fortsatt en jobb med å revidere sektorovergripende dokumenter. Kommunens administrative delegeringsreglement er ikke oppdatert i tråd med endringer i organisering og lederstrukturer. Deler av dokumentasjonen er ikke oppdatert med korrekt referanse til gjeldene lovverk. Endringer i regelverk kan føre til behov for å endre innholdet i styringsdokumentasjonen, og dokumentene bør derfor gjennomgås.

Compilo skal bidra til å sikre oppdatering og godkjenning av rutineene ved årlige påminnelser, men dette er ikke systematisk fulgt opp. Revisjonen ser det som positivt at kommunen høsten 2022 utarbeidet en oversikt over manglene i dagens overordnede prosedyrer og reglement, og har en plan for når de skal gjennomgå og oppdatere dem.

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 med ensartede maler, kriterier og skaler på tvers av enheter gjennom ROS-modulen i Compilo. Kommunen tok i bruk denne løsningen fra våren 2022, men den var på revisjonstidspunktet i liten grad kjent og tatt i bruk i organisasjonen. Det er ikke gjort en vurdering eller kommunisert hva som er akseptert risiko innenfor de ulike tjenesteområdene.

Systematiske risikovurderinger

Revisjonen har lagt til grunn av 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.

Etter revisjonens vurdering har kommunen påbegynt et arbeid for å få på plass systematiske risikovurderinger. Kommuneledelsen har gjennomført en risikovurdering av internkontrollen på overordnet nivå og det er i årshjulet for internkontroll satt opp at ledelsen i et årlig intervall skal gjøre vurderinger av hvilke tjenesteområder som skal risikovurderes. Etter revisjonens vurdering gjennomføres det ikke i dag systematiske risikovurderinger ute i tjenestene i kommunen som gir kommuneledelsen grunnlag for å vurdere hva slags internkontroll det er behov for.

Rapporteringssystem for avvik

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

Etter revisjonens vurdering har Vestre Slidre kommune en overordnet prosedyre for melding av avvik som sier noe om når og hvordan det skal meldes avvik. Videre har kommunen et felles rapporteringssystem for melding, oppfølging og rapportering av avvik gjennom Compilo. Det er gjennomført opplæring i bruk av avvikssystemet.

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, med unntak av sektoren helse og oppvekst der dette følges opp av kommunalsjefen månedlig. Dette er noe som det er lagt til rette for i tertial- og årsrapporter fremover.

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 kommunedirektør etter spør og følger opp internkontroll nedover i virksomheten. Dette gjelder både faste rapporteringer og oppfølging av interkommunale samarbeid.

Problemstillingen er undersøkt ved intervjuer med kommunedirektørens ledergruppe⁷, og gjennomgang av tertial- og årsrapporter i kommunen.

5.1 SYSTEM FOR RAPPORTERING

Kommunedirektøren uttalte i oppstartsmøtet at systemet for rapportering burde forbedres. Han fortalte at de til kommunestyret i hovedsak rapporterte på økonomi og at de internt ikke hadde rutiner for sikre rapportering som ga godt nok situasjonsbilde. Kommunedirektøren jobbet derfor med å etablere en sammenheng mellom planverk og målsettinger for administrasjonen. Med dette på plass ville de ha et bedre rapporteringsgrunnlag både internt i administrasjonen og til kommunestyret, mente han.

I etterkant av oppstartsmøtet har kommunen utarbeidet dokumentet «Årshjul 2022». I dette dokumentet er det beskrevet faste punkter det skal rapporteres på månedlig, tertialvis og årlig. Vi vil nedenfor kort beskrive hva som skal rapporteres når.

Den månedlige rapporteringen er rapportering fra kommunalsjefer til kommunedirektør. Ifølge beskrivelsen skal kommunalsjefene rapportere på:

- Økonomi
- Tjenesteproduksjon, handlingsplan og satsninger
- Medarbeidere
- Oppfølging av politiske vedtak

I tertial- og årsrapporter skal administrasjonen rapportere til folkevalgt nivå på internkontrollmomenter som:

- Status på oppfølging av og gjennomføring av politiske vedtak
- Status innmeldte og lukkede avvik
- Gjennomførte kontroller og eventuelle resultater og iverksatte tiltak
- Forslag til nye tiltak eller kontroller på bakgrunn av erfaringer eller analyser
- Eventuell klargjøring av ansvar for oppfølging og iverksetting av tiltak

⁷ Med unntak av kommunalsjef for plan, teknisk, miljø og samfunnsutvikling.

Revisjonen ba kommunedirektør om å få tilsendt eventuelle rapporter utarbeidet etter den nye malen for rapporteringer. Per desember 2022 var det ikke utarbeidet skriftlige rapporter etter den nye malen.

Kommunedirektøren informerte om at de ikke har tenkt å utarbeide skriftlige rapporter månedlig, men at rapporteringen skal skje gjennom statusmøter med den enkelte i ledergruppen. Kortfattede referater fra disse møtene fungerer som dokumentasjon. Hva som vektlegges i disposisjonen for møtene varierer utfra hva som er aktuelt i den enkelte måned beskrev kommunedirektøren. Økonomisjefen har oppfølging med avdelingsledere og kommunalsjefer annenhver måned og orienterer kommunedirektøren månedlig om det er noe særskilt knyttet til økonomi.

Kommunedirektøren fortalte at ledergruppen jobber sammen om rapporteringene til kommunestyret. Revisjonen mottok tertialrapport per andre tertial 2022 (utarbeidet september 2022). Rapporten omhandler økonomi og beskriver ingen av internkontrollmomentene jf. årshjulet for internkontroll. I kommunens årsmelding av 2020⁸ og 2021 er internkontroll omtalt. Det er blant annet beskrevet at kommunen bruker internkontrollsystemet Compilo og at kommunens reglementer og retningslinjer ligger der. Videre er kommunens internkontroll på økonomiområdet beskrevet.

I tillegg til det månedlige statusmøtet mellom kommunedirektør og den enkelte leder, har ledergruppen et fast ukentlig møte og månedlige avdelingsledermøter (den utvidede ledergruppen). På spørsmål fra revisjonen om internkontroll er et tema på de ukentlige ledermøtene, fortalte kommunalsjef helse og oppvekst at de snakket om internkontroll, men hovedsakelig i et utviklingsperspektiv.

5.2 OPPFØLGING AV INTERKOMMUNALE SAMARBEID

Revisjonen har undersøkt om Vestre Slidre har et system for å følge opp interkommunale samarbeid.

Kommunedirektøren fortalte at den overordnede strukturen er godt på plass. Det er etablert en § 20-dag der Nord-Aurdal kommune som vertskommune gir informasjon om vertskommunesamarbeidene i Valdres. Kommunedirektører og kommunalsjefer for de aktuelle områdene blir invitert. Han synes rutinen for involvering i budsjettprosessen er godt innarbeidet. Han informerte om at rådmannsutvalget skal gå nærmere gjennom strukturene for vertskommunesamarbeid.

I tillegg får kommunen tertialrapport fra Nord-Aurdal som dekker de interkommunale samarbeidene Nord-Aurdal er vertskommune for. Her opplyses det om regnskap, budsjett og prognoser for året med forklaring, inkludert eventuelle budsjettavvik og endringer i stillingshjemler. Tertialrapportene beskriver ikke internkontroll i vertskommunesamarbeidene. Årsrapporten fra vertskommunesamarbeidene beskriver økonomi og status/utfordringer i tjenestene, men går ikke direkte inn på internkontroll.

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.

Det er i hovedsak kommunalsjef helse og oppvekst som har ansvarsområder som dekkes av interkommunale samarbeid og kommunalsjef følger opp samarbeidene om NAV Valdres og PPT. Nord-Aurdal er vertskommune for disse samarbeidene. Kommunalsjefen uttalte at hun fulgte opp disse samarbeidene gjennom de interkommunale foraene (helse- og omsorgsleder forum og oppvekst- og kultur forum). Nord-Aurdal som vertskommune informerer i disse foraene kort om drift på alle områder, inkludert NAV og PPT. Begge foraene har månedlige møter. Rådmannsutvalget gir informasjon fra vertskommunen ned til kommunalsjefene når det gjelder årsmelding, budsjett og regnskap.

Vestre Slidre er vertskommune for to interkommunale samarbeid; barnevernstjenesten (Vang og Vestre Slidre) og kommunepsykologen (Vang, Øystre Slidre og Vestre Slidre). Når det gjelder barnevernet har kommuneledelsen i begge kommunene kvartalsvise møter. Disse møtene er nedfelt i en samhandlingsrutine og i revidert samarbeidsavtale. I tillegg har kommunalsjefen møte med barnevernleder annenhver måned. Barnevernet rapporterer også i en halvårsrapport. Når det gjelder kommunepsykologen er det en årlig evaluering med deltakerne i samarbeidet. Kommunalsjefen har møte med kommunepsykolog annenhver måned slik organiseringen er nå. På sikt vil kommunepsykolog være plassert i enheten familie og helse.

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 og systematisk etterspørre informasjon fra virksomhetene gjennom faste rapporteringer, med unntak av økonomiske avvik.

Revisjonen vurderer det som positivt at kommunen høsten 2022 utarbeidet en retningslinje for rapportering som fremover kan bidra til større grad av oversikt over internkontrollarbeidet i virksomhetene. Gjennom faste rapporteringspunkter i tertial- og årsrapport vil kommunedirektøren få samlet oversikt og informasjon over viktige internkontrollaktiviteter i kommunen. Systemet avhenger av hvordan kommunalsjefene følger opp sine ansatte og involverer seg i rapporteringen. I dette ligger også at kommunalsjefene må ha god oversikt over avvik og risiko for 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 og gjennomføre systematiske risikovurderinger.

Rapportering til kommunestyret

Kommunedirektøren skal minst en gang i året 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.

Vestre Slidre kommune har rapportert på internkontroll i årsmeldingene av 2020 og 2021. Revisjonen vurderer at årsmeldingene av 2020 og 2021 i noen grad gir kommunestyret informasjon om kommunens internkontrollarbeid, men det rapporteres ikke om konkrete kontroller eller hvordan kommunen arbeider med å følge opp eventuelle avvik eller lovbrudd. Gjennom å rapportere på punktene i den nye 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. Vestre Slidre deltar i flere interkommunale samarbeid med Nord-Aurdal som vertskommune, i tillegg er Vestre Slidre vertskommune for samarbeidet om barnevernet og kommunepsykologen.

Revisjonen vurderer at i samarbeidene der Vestre-Slidre er deltakerkommune er det utarbeidet system for å følge opp interkommunale samarbeid gjennom interkommunale møtepunkter og tertial- og årsrapporter fra vertskommunen. Internkontroll i de interkommunale samarbeidene synes i mindre grad vektlagt i de faste interkommunale møtepunktene og i tertial- og årsrapport fra vertskommunen. I samarbeidene der Vestre Slidre er vertskommune er det etablerte møtepunkter og faste rapporteringer i barnevernet, når det gjelder kommunepsykologen er det etablert faste møtepunkter.

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 Vestre Slidre kommune er i gang med å etablere et overordnet system for internkontroll, men det gjenstår å implementere og følge opp at dette fungerer etter hensikten.

Revisjonen mener at kommunen har sørget for å formalisere internkontrollen gjennom at de overordnede reglementene og prosedyrene i hovedsak er samlet og tilgjengelig i Compilo. Det er utarbeidet et system for årlig gjennomgang av disse. Selv om kommunen har gjennomført en stor jobb med å rydde i dokumenter i Compilo, gjenstår det fortsatt arbeid med å revidere sektorovergripende dokumenter og følge opp at dette blir etterlevd.

Kommunen har påbegynt et arbeid med å etablere en risikobasert internkontroll og har gjennomført en risikovurdering av internkontrollen på overordnet nivå. De har anskaffet en felles modul i Compilo for gjennomføring av risikovurderinger, og gjennom årshjulet for internkontroll planlegges det for systematisk gjennomgang av hvilke områder som skal risikovurderes. 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. Kommunedirektør har ikke definert hva som er akseptabelt risikonivå innen de ulike tjenestene i kommunen. Gjennom et felles vurderingsgrunnlag ved utarbeidelse av risikoanalyser kan det være enklere å prioritere tiltak på tvers av tjenesteområder og tilpasse omfanget av internkontrollen.

Kommunen har på plass et system og en rutine for melding av avvik, men 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 kommunedirektøren er i gang med å etablere et system for å følge opp internkontrollen. Gjennom aktivitetene i årshjulet for internkontroll og faste rapporteringer på blant annet avvik og måloppnåelse vil kommunedirektøren kunne få oversikt og informasjon over viktige internkontrollaktiviteter ute i virksomhetene.

På oppstartsmøtet hadde kommunen i liten grad et system for å følge opp internkontrollen. I løpet av revisjonen har kommunedirektøren laget et system for å følge opp internkontrollen, der han systematisk skal etterspørre informasjon fra virksomhetene i kommunen. Systemet avhenger av at kommunedirektøren følger opp rapporteringene og at kommuneledelsen følger opp sine ansatte og involverer seg i rapporteringen. I dette ligger også at ledelsen 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 vurderer at kommunedirektøren gjennom årsmelding og tertialrapporter i noen grad gir kommunestyret informasjon om Vestre Slidres internkontrollarbeid. Med innføring av ny mal for rapportering vil kommunestyret i større grad få informasjon om kommunes systemer, rutiner og løpende internkontrollarbeid. Kommunen har et system for å følge opp interkommunale samarbeid, men det synes som internkontroll i de interkommunale samarbeidene i mindre grad er vektlagt i faste møtepunkter og i tertial- og årsrapport fra vertskommunen. Kommunen bør vurdere om de får tilstrekkelig informasjon fra vertskommunen slik at de har trygghet for at innbyggerne i kommunen får de tjenestene de har krav på.

6.2 ANBEFALINGER

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

Kommunedirektøren bør:

1. Følge opp at de planlagte aktivitetene i årshjulet for internkontroll gjennomføres, spesielt gjelder dette:
 - a. Årlig gjennomgang og justering av sektorovergripende reglementer.
 - b. Vurdere områder og gjennomføre systematiske risikovurderinger på overordnet nivå og på virksomhetsnivå.
2. Vurdere om det er behov for å utarbeide et felles vurderingsgrunnlag ved utarbeidelse av risikoanalyser som blant annet definerer kommunedirektørs aksept for risiko.
3. Etablere en god praksis for rapportering av avvik fra alle virksomhetene i kommunen.
4. Følge opp at det nye rapporteringssystemet blir implementert og brukt i organisasjonen.
5. Vurdere om kommunen får tilstrekkelig informasjon i vertskommunesamarbeid til at de er trygge på at innbyggerne får de tjenestene de har krav på.

REFERANSER

Vestre Slidre kommune (2021) Årsmelding 2020

Vestre Slidre 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:

- Års-hjul internkontroll 2022
- Delegeringsreglement
- Økonomireglement/-håndbok
- Finansreglement
- Anskaffelsesstrategi og -reglement
- Arbeidsgiverstrategi
- Lederavtaler
- Etsiske reglement
- Rutiner for varsling etter arbeidsmiljølov
- Arkivplan
- Datasikkerhet og håndtering av personopplysninger (GDPR)
- HMS-håndbok
- Krisehåndtering og beredskap

VEDLEGG: KOMMUNEDIREKTØRENS UTTALELSE



Vestre Slidre kommune
Kommunedirektør

Innlandet Revisjon IKS

Saksnr.
20/588

Journalpost
23/250

Saksbehandlar
STAROL

Vår dato:
15.01.2023

Høringsutkast - forvaltningsrevisjon om kommunedirektørens internkontroll

Vi viser til høringsutkast forvaltningsrevisjon om kommunedirektøren sin internkontroll. Til spørsmålene i høringsbrevet:

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

Ja, informasjonen har vært god nok.

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

Nei, metode, kilder og beskrivelse av fakta oppfattes som relevant og hensiktsmessig.

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

Nei

4. I hvilken grad oppfattes rapporten som nyttig?

Rapporten er tydelig på momenter som har forbedringspotensial og gir godt grunnlag for å bygge videre og utvikle et velfungerende internkontrollsystem.

5. Har dere kommentarer til rapportens oppbygning og språk?

Nei

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

Vurderinger, konklusjoner og anbefalinger vurderes som velbegrunnet og relevante.

Postadresse:
Slidrevegen 16
2966 Slidre

Telefon:
61 34 50 00

Direkte til saksbehandlar:
61 34 50 00
Rolf.Stalenget@vestre-
slidre.kommune.no

Organisasjonsnummer: 961 382 157
E-post: post@vestre-slidre.kommune.no
Internett: www.vestre-slidre.kommune.no

Med helsing
Rolf Stalenet
kommunedirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og sendt utan underskrift.