



Vestfold
og Telemark
revisjon

Internkontroll – risikovurdering og avvikshåndtering

Forvaltningsrevisjon | Horten kommune

2020:3801401

Innhold

Sammendrag	3
1. Innledning	6
1.1. Kontrollutvalgets bestilling	6
1.2. Problemstilling og revisjonskriterier	6
1.3. Avgrensning.....	6
1.4. Metode og kvalitetssikring	6
1.5. Kommunedirektørens uttalelse.....	7
2. Fakta – generelt om Horten kommunes internkontrollsystem	8
3. Problemstilling 1 – Overordnet internkontroll-system	12
3.1. Sektorovergripende reglementer og rutiner	12
3.2. Revisors vurdering av sektorovergripende reglement og rutiner.....	15
3.3. Overordnet risikovurdering	15
3.4. Revisors vurdering - overordnet risikovurdering	17
3.5. Konklusjon problemstilling 1	18
4. Problemstilling 2 – Kommunens avvikssystem	19
4.1. Risikobasert internkontroll.....	19
4.2. Revisors vurdering av risikobasert internkontroll.....	21
4.3. Kommunens avvikssystem	21
4.4. Konklusjon problemstilling 2	32
5. Problemstilling 3 – behandling og oppfølging av avvik	33
5.1. Melding, behandling og lukking av avvik	33
5.2. Revisors vurdering av melde, behandling og lukking av avvik.....	38
5.3. Håndtering av avvik systematisk.....	39
5.4. Revisors vurdering av håndtering av avvik.....	43
5.5. Konklusjon problemstilling 3	43
5.6. Anbefalinger	44
Litteratur og kildereferanser	45
Vedlegg	46
Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse	46
Vedlegg 2: Revisjonskriterier	49
Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring	62

Sammendrag

Bakgrunn

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Horten kommune.

Vår overordnede konklusjon er at Horten kommune har gode systemer for internkontroll, og at det jobbes systematisk for å følge opp og forbedre internkontrollen.

Vi har undersøkt følgende problemstillinger:

Problemstilling 1: I hvilken grad har Horten kommune etablert et tilfredsstillende overordnet internkontrollsystem?

Vi konkluderer med at Horten kommune har utarbeidet de sektorovergrepene reglement og rutiner, som KS' veileder anbefaler. De fleste sektorovergrepene dokumentene er samlet på et sted i Rutineportalen. Kommunen bør sikre at alle sektorovergrepene reglement og rutiner samles. Med innføring av nytt samlet kvalitetssystem, Compilo, i nær fremtid, vil Rutineportalen erstattes med en modul i det nye kvalitetssystemet. Kommunen bør i denne forbindelse samle alle de gjeldende sektorovergrepene reglement og rutiner.

Videre konkluderer vi med at Horten kommune gjennomfører overordnet risikovurdering, som KS' veileder anbefaler. Dette er en rullerende analyse. Mulige hindringer for sektorovergrepene internkontroll analyseres, og grad av risiko vurderes, risikoreduserende tiltak foreslås og skal iverksettes og følges opp av definerte personer.

Problemstilling 2: I hvilken grad har Horten kommune etablert et tilfredsstillende avvikssystem?

Vi konkluderer med at Horten kommunes internkontroll har fokus på å være risikobasert, i tråd med anbefalinger fra KS. Det er krav om at risikovurderinger skal gjennomføres på alle nivå i Horten kommune, fra sektorovergrepene risikovurdering ned til vurderinger på enhetsnivå. På enhetsnivå skal risikoområder kartlegges og vurderes, tiltak for å redusere risiko skal foreslås og iverksettes og tiltakene skal følges opp/evalueres. Enhetsledere skal rapportere på om årlig ROS er gjennomført, samt sørge for at ROS-vurderingene dokumenteres i websak.

Vi vurderer at Horten kommune har kommet langt på dette området. Vi kan imidlertid ikke se at det er noen klare føringer på hvordan enhetenes ROS skal fanges opp i kommunedirektørens sektorovergrepene ROS, for å forebygge og unngå uønskede hendelser på et mer helhetlig nivå i kommunen. Mens det i avviksprosedyren er et formål om at informasjon fra avviksrapporteringen

sammenstilles, analyseres og integreres i kommunens rapporteringssystem, ser vi ikke tilsvarende for ROS-vurderingene.

Vi kan videre konkludere med at kommunen i stor grad har etablert et tilfredsstillende avvikssystem, gjennom det elektroniske avvikssystemet KF Avvik, med nærmere prosedyre for melding, behandling, oppfølging og rapportering av avvik.

Selv om vi vurderer at prosedyren er god, er vårt inntrykk at det er områder i prosedyren som kunne vært bedre fulgt opp i kommunen. Spørreundersøkelsen til de ansatte ga oss indikasjoner på at kommunen har et potensial til å gjøre prosedyren for avvik bedre kjent i organisasjonen, gi mer opplæring til ansatte og legge bedre til rette for at de ansatte skal kunne melde avvik i løpet av arbeidsdagen.

Problemstilling 3: I hvilken grad sikrer behandling og oppfølging av avvik kontinuerlig forbedring av praksis?

Vi konkluderer med at kommunen har gode rutiner og praksis vedrørende behandling og lukking av avvik. Det vurderes som positivt at kommunen har god oversikt over omfanget av meldte avvik, og at «ikke lukkede avvik» sendes opp et ledernivå for å sikre at avviket blir håndtert. Dette systemet innebærer at et avvik, som ikke er lukket, kan gå helt opp til kommunedirektør.

Vi konkluderer også med at kommunen har gode systemer for at avvik kan håndteres systematisk i hele organisasjonen. Vi vurderer likevel at kommunen kan utnytte systemene enda bedre, slik at avvik bidrar til læring og forbedring i enda større grad.

Det bør være en sammenheng mellom håndtering av avvik som gjentar seg, og kommunens rullerende risikovurderinger, slik at forbedring og læring kan skje og risiko på området reduseres.

Anbefalinger

Vi anbefaler at kommunen

- bør sørge for at alle sektorovergripende reglement og rutiner er samlet på et sted
- bør etablere et system som i større grad sikrer at enhetenes ROS-vurderinger følges opp på kommunalsjefnivå, og videre følges opp i kommunedirektørens sektorovergripende ROS-vurderinger.
- bør sikre at alle ansatte gjøres kjent med innholdet i gjeldende avviksrutine
- bør sikre at alle ansatte får tilstrekkelig opplæring i å melde avvik

- i større grad håndterer avvik på en systematisk måte, slik at de i større grad bidrar til å forebygge gjentakende avvik og bidrar til læring og forbedring.

Horten, 18.11.2020

Vestfold og Telemark revisjon IKS

1. Innledning

1.1. Kontrollutvalgets bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalget i Horten kommune i møte 26. mai 2020, sak 12/20.

Bakgrunn for bestillingen er plan for forvaltningsrevisjonsprosjekter og eierskapskontroll 2020-2023, som ble vedtatt av kontrollutvalget i møte 21.04.2020. Planen ble videre vedtatt av kommunestyret i møte 6.05.2020, sak 056/20. Prosjekt Internkontroll fremkommer av planen.

Reglene om forvaltningsrevisjon står i kommuneloven § 23-2, første ledd bokstav c, jf. § 23-3 og § 24-2 og i forskrift om kontrollutvalg og revisjon.

1.2. Problemstilling og revisjonskriterier

Rapporten handler om følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad har Horten kommune etablert et tilfredsstillende overordnet internkontrollsystem?
2. I hvilken grad har Horten kommune etablert et tilfredsstillende avvikssystem?
3. I hvilken grad sikrer behandling og oppfølging av avvik kontinuerlig forbedring av praksis?

Revisjonskriteriene¹ i denne forvaltningsrevisjonen er hentet fra kommuneloven og KS' Veileder – Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll – versjon 3. Kriteriene framgår under hver problemstilling nedenfor, og er nærmere omtalt i vedlegg 2 til rapporten.

1.3. Avgrensning

Avviksstatistikk og spørsmål om avvik i spørreundersøkelsen til ansatte, er avgrenset til 2019 og 2020. Vår stikkprøveundersøkelse av meldte avvik ved utvalgte enheter, er avgrenset til perioden august-september 2020.

1.4. Metode og kvalitetssikring

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Hanne Britt Nordby Sveberg, med Bente Hegg Ljøsterød som oppdragsansvarlig.

Vi har hatt oppstartmøte med kommunedirektør, intervjuet kommunalsjef Administrasjon og internrevisor, og gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot alle ansatte i kommunen. Vi har

¹ Det skal alltid etableres revisjonskriterier i forvaltningsrevisjon, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15. Revisjonskriterier er de regler og normer som gjelder innenfor det området vi skal undersøke. Revisjonskriteriene er grunnlaget for revisors analyser, vurderinger og konklusjoner.

også hatt en særskilt undersøkelse av utvalgte enheter. Videre har vi innhentet informasjon fra avviksstatistikk og gått gjennom sentral dokumentasjon.

Det står mer om metode og tiltak for kvalitetssikring i vedlegg 3 til rapporten.

1.5. Kommunedirektørens uttalelse

Rapporten er presentert i et møte med administrasjonen i kommunen og sendt til uttalelse x, jf. forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 14. Kommunedirektørens uttalelse ligger i vedlegg 1.

2. Fakta – generelt om Horten kommunes internkontrollsystem

Horten kommune har formalisert og dokumentert kommunens internkontrollsystem i et overordnet dokument². Kommunens internkontrollsystem bygger på KS modell – administrasjonssjefens internkontroll og COSO-rammeverkets hovedkomponenter. Mål med internkontrollen fremgår av nevnte dokument.

Mål

Horten kommune arbeider etter nasjonale føringer, lover og forskrifter, etiske retningslinjer, politiske vedtak, tildelingsbrev og kommunens ledelses- og styringsprinsipper for å sikre:

- Målrettet og effektiv drift
- Ivaretagelse av gjeldende lover og regelverk
- Pålitelig rapportering slik at arbeidsgiver, innbyggerne, ledelsen (politisk og administrativt) og staten kan følge med
- Iverksetting og oppfølging av politiske vedtak

Det fremgår av det overordnede dokumentet at kommunedirektøren og kommunalsjefene skal ha systemer som sikrer kommunenes aktiviteter, slik at lover og forskrifter, politiske vedtak og vedtak på tjenester følges opp. Dette skal sikre en forsvarlig forvaltning og tjenesteutøvelse.

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

Oppgaver i virksomheten, som er spesielt risikofylte, krever mer styring med rutiner enn mindre risikofylte oppgaver. Dokumentasjonen skal sikre at praksis er i tråd med beslutninger og at lovpålagte krav overholdes. Kommunedirektør, kommunalsjefer, ledere og ansatte på alle nivå er ansvarlig for å etterleve internkontrollkravene, vektlegge kunnskapsbasert praksis samt utvikling og oppfølging. Dette ifølge kommunens hoveddokument.

Det er kommunalomsrådene Administrasjon som følger opp internkontrollarbeidet – både for egne seksjoner og den overordnede internkontrollen. Det rapporteres på internkontrollen månedlig, tertial og i forbindelse med årsmeldingen.

² Horten kommune – ledelses- og styringssystem - Hoveddokument – beskrivelse av oppbygging og innhold i systemet – overordnet for kommunen.

Horten kommune har egen internrevisor, som har en viktig rolle i kommunens internkontrollarbeid. Internrevisor skal bistå Kommunedirektøren med å se etter/påse at tilfredsstillende internkontroll er etablert og at den fungerer som forutsatt, slik at kommunalområdenes, seksjonenes og enhetenes ansvars- og forvaltningsområder drives effektivt, rasjonelt, forsvarlig og i samsvar med overordnede mål, vedtak og forutsetninger. Videre har internrevisor hovedansvar for å kontrollere at kommunens internkontroll ivaretar lovkrav.

Struktur i kommunens styringssystem

Kommunen har en styringsmodell hvor det er en rød tråd fra Kommuneplanen til økonomi- og handlingsplan, virksomhetsplan, løpende rapportering og til tertial og årsrapport. Internkontrollsystemet er en del av dette systemet.



Figur 1 – Modell – Horten kommunens ledelses- og styringssystem (politisk og administrativt)

Kommunens prosesser for plan, rapportering og årshjul er nedfelt i et dokument. Årshjulet konkretiserer de pålagte årlige interne aktivitetene, og viser hvilke aktiviteter som skal gjennomføres hvert kvartal og hvem som har ansvar for aktivitetene.

For å sikre måloppnåelse og et godt kontrollmiljø har kommunen etablert et styringssystem som inneholder:

1. Rutineportal med styrende dokumenter og rutiner
2. Avvikssystem og system for varsling
3. Framsikt - et plan- og rapporteringssystem for måloppnåelse på planer, økonomi, HR og internkontroll.

Per nå er ikke disse delene i styringssystemet samlet i samme elektroniske kvalitetssystem. Per nå har Horten kommune et egenutviklet kvalitetssystem i Web-sak, som ikke har vært vedlikeholdt den siste tiden. I tillegg har de et eget avvikssystem, KF-avvik³.

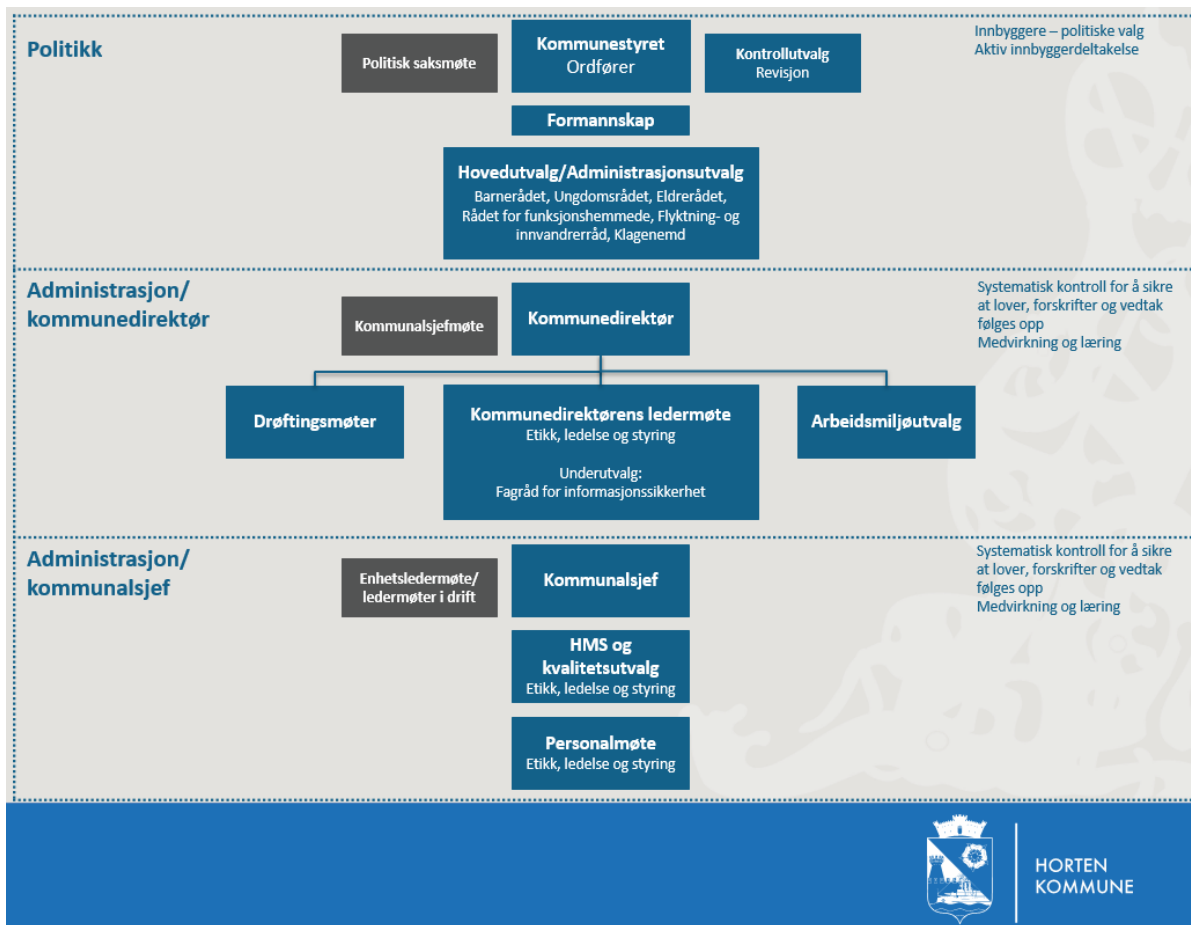
Framsikt legger til rette for å sikre sammenhengen mellom utarbeidelse av langsiktige planer til handlingsprogram med budsjett, virksomhetsplan, løpende rapportering til årsrapport.

Horten kommune har i august 2020 signert kontrakt om et nytt kvalitetssystem, Compilo, som brukes av flere andre kommuner i Vestfold. Målet er så snart som mulig å bygge opp og få implementert det nye kvalitetssystemet. Compilo består av flere moduler og bygger på kjente standarder. Kommunen opplyser at det nye kvalitetssystemet vil gi en forbedring og videreutvikling av dokumenthierarkiet, at all dokumentasjon, som skal inn i systemet, skal revideres, og det vil bli en egen modul for ROS (risiko- og sårbarhetsanalyser). Kommunen opplyser at de vil ta i bruk avviksmodulen i Compilo fra 1.1.2021. ROS-modulen skal vurderes nærmere før den tas i bruk. Foreløpig benytter de en egen mal for dette, som er i tråd med KS' «Orden i eget hus».

Arenaer for samhandling, dialog og beslutninger

Figuren nedenfor, viser møtестrukturen i kommunen, med arenaer på politisk og administrativt nivå, for samhandling, dialog og beslutninger.

³ KF – Kommuneforlaget-avvik



Figur 2 – Møtestruktur - arenaer for samhandling, dialog og beslutninger

3. Problemstilling 1 – Overordnet internkontrollsystem

I hvilken grad har Horten kommune etablert et tilfredsstillende overordnet internkontrollsystem?

I denne problemstillingen har vi vurdert kommunens sektorovergripende/ overordnede internkontrollsystem, og har utledet følgende revisjonskriterier:

Kommunen bør ha:

- Sektorovergripende reglement og rutiner
- Overordnet risikovurdering

3.1. Sektorovergripende reglementer og rutiner

Gjennom den sektorovergripende internkontrollen formidler kommunedirektøren sine forventninger til organisasjonen, og tilrettelegger for etterlevelse, styring og oversikt.

Eksempler fra KS' veileder på sektorovergripende reglement og rutiner som bør være på plass er:

- 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
- Ethiske 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 ajourføre reglementet, gjøre det kjent i organisasjonen og sikre at det blir fulgt. Tilstrekkelig opplæring er her sentralt. Som en del av formaliseringen bør det også avklares hvem som har ansvar for oppdatering av de ulike reglementene.

Horten kommunen har per i dag en egenutviklet Rutineportal i Websak. Rutineportalen er en del av kommunens styringssystem, for å sikre måloppnåelse og et godt kontrollmiljø. Rutineportalens dokumenter og rutiner skal være oppdatert og alltid tilgjengelige for de ansatte.

Kommunalområdene skal bruke rutineportalen for å sikre etterlevelse av de lover og regler som kommunen er underlagt. Versjonshåndtering av dokumenter skal gjennomføres rutinemessig og ved behov. Rutineportalen er omtalt i hoveddokumentet som beskriver kommunens overordnede ledelses- og styringssystem.

Rutineportalen har følgende kapittelinndeling:

- Struktur og organisering (overordnede styringsdokumenter)
- Rutiner og håndbøker – sektorovergripende
- Ivaretagelse av lover og forskrifter
- Avvikshåndtering
- Opplæring og kompetanse
- Fagspesifikke dokumenter og rutiner for enhet/ område/ seksjon
- Revisjon

Rutiner og håndbøker – sektorovergripende – har følgende inndeling:

Rutiner og håndbøker - sektorovergripende

[2010 - Verdigrunnlag og ledelsesprinsipper](#)

[2020 - Organisasjonskart](#)

[2030 - Styringsbrev \(tildelingsbrev etc.\)](#)

[2040 - Interne møteplasser](#)

[2045 - Samhandlingsrutiner](#)

[2050 - Økonomi](#)

[2055 - Forsikringer](#)

[2060 - Samfunnssikkerhet og beredskap](#)

[2070 - Informasjonssikkerhet](#)

[2071 - Brukerhåndbøker til datasystemer](#)

[2072 - IT-drift](#)

[2073 - Drift og vedlikehold bygg](#)

[2074 - Brannvern](#)

[2075 - Medisinsk utstyr](#)

[2080 - Helse, miljø og sikkerhet](#)

[2081 - IK mat](#)

[2085 - Folkehelse og miljørettet helsevern](#)

[2086 - Miljø og miljøforvaltning](#)

[2090 - Personelhåndbok](#)

[2100 - Plan- og styringsprosesser](#)

[2130 - Vilkår og tjenestebeskrivelser](#)

[2140 - Funksjons-/stillingsbeskrivelser](#)

[2150 - Prosjekter](#)

Ved innføring av det nye kvalitetsystemet, Compilo, vil etter hvert Rutineportalen utgå.

Horten kommune har en rekke sektorovergrepene rutiner, reglement og styrende dokumenter som KS' veileder anbefaler. Vi vil trekke frem følgende:

Navn på rutine/ reglement / dokument	Kommentarer
Hoveddokument - som beskriver kommunens overordnede ledelses- og styringssystem - Horten kommunes internkontrollsystem	Datert 19.03.2019
Delegeringsbestemmelser – kommunestyrets delegering til kommunedirektør 2019 – 2023	
Kommunedirektørens oppdragsbrev til kommunalsjefene 2020	Inneholder blant annet rammer og forventninger til den enkelte.
Økonomireglement	Revidert april 2018
Reglement for finans- og gjeldsforvaltning	Revidert juni 2017
Politisk reglement – - inklusiv administrasjonens oppfølging av politiske vedtak	Vedtatt av kommunestyret 31. oktober 2016
Innkjøpsstrategi for Horten kommune 2018 – 2021	
Innkjøpsregler	Inngår i økonomireglementet
Arbeidsreglement – datert 23.02.2020	Datert 23.02.2020
Etiske retningslinjer for Horten kommune - 2019-2023	
Etikkplakaten – for folkevalgte og ansatte i Horten kommune – 2019 – 2023	
Antikorruptjonsplan – Horten kommune	Datert 24.12.2019
Avvikshåndtering i KF-avvik	Datert 21.12.2018
Policy og retningslinjer – Informasjonssikkerhet 2016	Rutinen er under revisjon. Ny rutine skal bl.a. sikre nytt regelverk knyttet til håndtering av personopplysninger (GDPR). Kommunens «personvernpakke» skal opp til godkjenning i august.
Retningslinjer for varsling – 2019	
Arkivplan	Revidert 31.10.2020
Håndbok HMS for ansatte 2020	
Overordnet beredskapsplan – Horten kommune	Datert 11.01.2019
Risiko- og sårbarhetsanalyser for internkontroll, samt veiledere	Datert 18.12.2014 – Rutinen skal revideres ved overgang til nytt kvalitetssystem (2020/21). Ny mal for ROS er vedtatt og lagt inn i Websak

Vi har undersøkt om ovennevnte dokumenter ligger under sektorovergrepene dokumenter i Rutineportalen, og fant at 14 av de 19 ovennevnte dokumentene, ligger der. Dokumentene som manglet i Rutineportalen var

- *Kommunedirektørens oppdragsbrev til kommunalsjefene 2020*
- *Innkjøpsstrategi for Horten kommune 2018 – 2021*
- *Arbeidsreglement*
- *Antikorruptjonsplan*
- *Retningslinjer for varsling*

I kommunens overordnede internkontrolldokument er viktige områder/ tema for internkontroll listet opp i en tabell, og kontaktpersoner for sektorovergrepene rutiner og opplæring er definert.

Oppdragsbrev

Kommunedirektør utarbeider årlig oppdragsbrev til kommunalsjefene, med blant annet rammer og forventninger til den enkelte.

I oppdragsbrevet til kommunalsjef Administrasjon for 2020, ligger det forventninger til kommunedirektørens sektorovergrepene internkontroll. For å sikre etterlevelse av kommunedirektørens sektorovergrepene internkontroll forventes det systematisk oppfølging av seksjonslederne på ulike områder. Det fremgår av nevnte oppdragsbrev, at alle i administrasjonen skal ha kunnskap om innhold og plassering av de overordnede dokumentene i rutineportalen. Det fremgår også hvem som har dokument- og vedlikeholdsansvar.

3.2. Revisors vurdering av sektorovergrepene reglement og rutiner

Vi vurderer at Horten kommune har utarbeidet sektorovergrepene reglement og rutiner som KS' veileder anbefaler. Det er positivt at de fleste av disse er av nyere dato. De som ikke er av nyere dato er under revidering. Vi ser også positivt på at kommunen har definert ansvarlige for områder av sektorovergrepene rutiner/reglement og ajourhold og opplæring av disse. Dette er også i tråd med KS' veileder. Videre er det positivt at de fleste av kommunens sektorovergrepene rutiner, reglement og styrende dokumenter lå under Sektorovergrepene rutiner i Rutineportalen, som er tilgjengelig for alle ansatte. Noen sektorovergrepene rutiner fant vi imidlertid ikke i Rutineportalen. Vi vurderer at også disse rutinene burde ha vært inntatt i Rutineportalen.

Med innføring av nytt samlet kvalitetssystem, Compilo, i nær fremtid, vil Rutineportalen erstattes med en modul i det nye kvalitetssystemet. Kommunen bør da sikre at alle de gjeldende sektorovergrepene reglement og rutiner samles i Compilo.

3.3. Overordnet risikovurdering

Det fremgår av KS' veileder, at i tillegg til kartlegginger innenfor tjenester og støtteprosesser, kan også kommunedirektørnivået gjennomføre en overordnet risikovurdering. En overordnet risikovurdering er ikke noe entydig begrep med et klart innhold. Som beskrevet i revisjonskriteriene (se rapportens vedlegg 2) presenterer veilederen tre varianter av hva kommunedirektørnivåets overordnede risikovurdering kan være:

1. Enkel risikovurdering knyttet til helhet i internkontrollen.
2. Risiko for manglende måloppnåelse.
3. En mer omfattende metode for risikovurdering.

Horten kommune har et styrende dokument⁴ med veiledere, som omhandler risiko - og sårbarhetsanalyser i kommunen. Dokumentet er datert 18.12.2014. Dokumentet beskriver formål, omfang, hvem som har ansvar i dette arbeidet og hvilke handlinger som skal utføres i risikoanalysen.

Administrasjonssjefens og kommunalsjefers/enhetslederens/ seksjonslederens ansvar fremgår av dokumentet. Administrasjonssjefens ansvar beskrives slik

- Har ansvar for at risikoanalyser benyttes som verktøy på ulike ansvarsområder for ivaretagelse av krav i lover, forskrifter og styringsdokumentasjon
- Sektorovergripende ROS – internkontroll.

Ifølge kommunedirektøren rulleres sektorovergripende risikoanalyse for internkontroll jevnlig, og gir grunnlaget for tiltak og forbedringer.

Vi har blitt forelagt en rapport datert 1.1.2018, som viser at det er gjennomført sektorovergripende ROS-analyser i Horten kommune i 2017. Analysen er en rullering av tidligere analyse. Analysen er gjennomført av administrasjonssjef og kommunalsjefer, gjennom ALM (administrasjonssjefens ledermøte) og LGG (administrasjonssjefens årlige gjennomgang med kommunalsjefene).

Hovedmålsetting med analysen er

1. Målrettet og effektiv drift
 - Hindringer for målrettet og effektiv drift
2. Overholdelse av lover og regler
 - Manglende ivaretagelse og etterlevelse av lover, regler og politiske vedtak
3. Pålitelig rapportering
 - Manglende pålitelighet i overordnet rapportering

Mulige hindringer for å oppfylle de tre målene over er analysert, og rapporten viser årsaker til mulige hindringer, konsekvenser, eksisterende tiltak (m/status, kostnad, ansvar), og nye tiltak (m/status, kostnad, ansvar). Analysen har bestått av

- Kartlegging av nåsituasjon (3 timers workshop med kommunalsjefer, avviksstatus, rapportering m.v.)
- Vurdering av tiltak

⁴ Dokument: Horten kommune – risiko- og sårbarhetsanalyser for internkontroll, samt veiledere

- Anbefaling

Vi har også blitt forelagt en mindre rapport *Status sektorovergripende ROS 2018 pr juni 2020*, som viser status og kommentarer på de ulike risikoreduserende tiltakene som fremgår av rapporten nevnt over. Statusen og grad av risiko på hvert tiltak, vises i både tekst og farger (rødt, grønt og gult – grad av risiko⁵). Tiltakene fra 2018, som er «røde» og ikke gjennomført per juni 2020, er;

- *Det bør gjennomføres sektorovergripende ROS på HMS området (AMU) – (status: ikke gjort)*
- *Dokumentasjon og kontroll av gjennomført opplæring – (status: arbeidet er stoppet noe opp – tatt tak i våren 2020)*

De øvrige tiltakene fra 2018 har status «grønt» eller «gult».

Kommunen opplyser at de vil fortsette arbeidet med den sektorovergripende ROS utover høsten 2020, med nye analyser.

3.4. Revisors vurdering - overordnet risikovurdering

Revisor ser positivt på at kommunedirektøren og ledergruppa gjennomfører en overordnet risikovurdering, som en del av den overordnede internkontrollen. Dette er i tråd med anbefaling i KS' veileder.

Revisor vurderer at kommunens ROS-analyse omfatter analyse av mulige hendelser for manglende internkontroll, som hindringer for målrettet og effektiv drift, manglende pålitelig rapportering og manglende ivaretagelse og etterlevelse av lover og regler. Det er positivt at risikoreduserende tiltak er foreslått på de ulike risikoområdene, og at disse skal følges opp av definerte ansvarlige personer. Tiltakene fra 2018, som var «røde» og ikke gjennomførte per juni 2020 bør prioriteres i videre arbeid.

⁵ Grad av risiko:

- Grønn: Liten grad av risiko, akseptabelt
- Gul: Akseptabel risiko hvis det ikke finnes rimelig tiltak
- Rød: Høy grad av risiko, uakseptabel grad av risiko

3.5. Konklusjon problemstilling 1

I hvilken grad har Horten kommune etablert et tilfredsstillende overordnet internkontrollsystem?

Vi konkluderer med at Horten kommune har utarbeidet de sektorovergripende reglement og rutiner, som KS' veileder anbefaler. De fleste sektorovergripende dokumentene er samlet på et sted i Rutineportalen. Kommunen bør sikre at alle sektorovergripende reglement og rutiner samles. Med innføring av nytt samlet kvalitetssystem, Compilo, i nær fremtid, vil Rutineportalen erstattes med en modul i det nye kvalitetssystemet. Kommunen kan i denne forbindelse samle alle de gjeldende sektorovergripende reglement og rutiner.

Videre konkluderer vi med at Horten kommune gjennomfører overordnet risikovurdering, som KS' veileder anbefaler. Dette er en rullerende analyse. Mulige hindringer for sektorovergripende internkontroll analyseres, og grad av risiko vurderes, risikoreduserende tiltak foreslås og skal iverksettes og følges opp av definerte personer.

4. Problemstilling 2 – Kommunens avvikssystem

I hvilken grad har Horten kommune etablert et tilfredsstillende avvikssystem?

I denne problemstillingen vurderer vi først om kommunes internkontroll er risikobasert, og deretter kommunens avvikssystem.

KS anbefaler at kommunens internkontroll er risikobasert, hvor hensikten er å forebygge for å unngå uønskede hendelser/ avvik. Risikoanalyse fører frem til tiltak basert på vurdering i forkant, mens avvikshåndtering gir tiltak og læring i etterkant, basert på erfaring.

Til denne problemstillingen har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Risikobasert internkontroll - kommunen bør:

- Kartlegge og vurdere risiko
- Iverksette og dokumentere kontrolltiltak for å redusere risiko
- Vurdere effekten av etablerte kontrolltiltak og eventuelt endre eller etablere nye kontrolltiltak
-

Tilfredsstillende avvikssystem – kommunen bør ha:

- Etablert nødvendige rutiner og prosedyrer
- Rutiner og prosedyrer er gjort kjent blant de ansatte
- Gjennomført opplæring i å melde avvik
- Lagt til rette for å melde avvik

4.1. Risikobasert internkontroll

Det fremgår av KS' veileder at hensikten med risikobasert internkontroll er å forebygge for å unngå uønskede hendelser. Risikobasert internkontroll skal gi trygghet for medarbeidere, og oversikt for ledelsen.

Som nevnt under pkt. 3.3, har kommunen et styrende dokument med veiledere, som omhandler risiko - og sårbarhetsanalyser i kommunen, datert 18.12.2014. Dokumentet beskriver formål, omfang, hvem som har ansvar i dette arbeidet og hvilke handlinger som skal utføres i risikoanalysen.

Administrasjonssjefens og kommunalsjefers/enhetslederens/ seksjonslederens ansvar fremgår av dokumentet. Kommunalsjefer / enhetsledere / seksjonssjefer har ansvar for:

- gjennomføring av ROS - vurderinger i henhold til aktuelle lover og forskrifter med krav om internkontroll innen eget ansvarsområde (hva kan gå galt, og hvordan skal jeg redusere risikoen innenfor f. eks. økonomi, informasjonssikkerhet, arbeidsmiljø osv.)
- Kommunalsjefene har et overordnet ansvar for å identifisere hvilke ROS - vurderinger som er nødvendige innenfor eget kommunalområde

- at ansatte deltar i arbeidet med ROS - vurderinger som er relevante for dem.
- at de aktuelle møtearenaer benyttes i prosessene (eks. HMS og kvalitetsutvalg)

Dokumentet viser hvilke områder, som er omfattet av ROS-analyser for internkontroll, hvem som er sektorovergripende kontaktperson og hvor hyppig ROS-analyser skal gjennomføres.

Kommunalsjefer /enhetsledere / seksjonssjefer skal gjennomføre ROS-vurderinger knyttet til mål og internkontroll årlig – hvert 1. kvartal. Dette fremgår av kommunens styrende dokument, nevnt over, og kommunens årshjul.

Rapportering på enhetens årlige gjennomførte ROS-vurderinger, gjøres i dag i forbindelse med månedsrapportering i Framsikt. Kommunedirektørens styringssystem er basert på tillit. Dette innebærer at enhetslederne er delegert ansvar til å rapportere status på egen virksomhet, inkludert gjennomført ROS. Årlig ROS er en del av en sjekklister med mange områder/ punkter for rapportering. Status på sjekklister rapporteres månedlig internt i kommunen, og til politisk nivå hvert tertial og i årsmeldingen. Internrevisor tar stikkprøver på innrapportert status på ulike enheter. Månedsrapporten for september 2020 viser at 89,5 % av alle ledere, på alle nivå i kommunen, har kvittert for at de har gjennomført nødvendige ROS-vurderinger for sitt område. 5,3 % svarer at ROS-vurderinger er i arbeid og 5,3 % har ikke startet arbeidet.

Rutinen for ROS, nevnt over, beskriver hvordan gjennomført ROS skal lagres i Websak. Kommunen opplyser at her har de et forbedringspotensial for hvordan dette gjennomføres. Denne rutinen skal revideres i forbindelse med overgangen til nytt kvalitetssystem. Kommunen har nylig vedtatt en ny mal for ROS.

Både ROS og Avvik skal være tema i kommunalområdenes HMS og kvalitetsutvalg. Ifølge kommunen er det mer fokus på avvikshåndtering enn ROS i utvalgene. I 2020 bærer innholdet i disse møtene/utvalgene preg av Koronasituasjonen og håndtering av denne.

Undersøkelse ROS-analyser utvalgte enheter

Vi etterspurte gjennomførte ROS-analyser i 2020, for utvalgte enheter. Alle de ni enhetene, som var omfattet av undersøkelsen, kunne dokumentere gjennomførte ROS-analyser i 2020.

Dokumentasjonen viste at det er gjennomført ROS-vurderinger med risikoreduserende tiltak på ulike områder. ROS knyttet til Koronasituasjonen var bl.a. tema ved flere enheter. Omfanget av analysene varierte mellom de kontrollerte enhetene.

4.2. Revisors vurdering av risikobasert internkontroll

Vi vurderer at Horten kommune har rutine og praksis for at risikovurderinger skal gjennomføres på alle nivå i kommunen, fra sektorovergripende risikovurdering, ned til vurderinger på enhetsnivå. Kommunalsjefene har et overordnet ansvar for å identifisere hvilke ROS – vurderinger som er nødvendige innenfor eget kommunalområde. Det benyttes mal for ROS-vurderinger, hvor risikoområder kartlegges og vurderes. Videre skal det foreslås tiltak for å redusere risiko, tiltakene skal dokumenteres og enhetene skal planlegge hvordan tiltakene skal settes i verk og evalueres. Dette vurderes å være i tråd med KS's anbefalinger.

Vi ser at enhetene rapporterer på gjennomførte ROS-vurderinger i Framsikt. Vårt inntrykk er imidlertid at det ikke er noen klare føringer på hvordan enhetenes ROS skal følges opp videre av kommunalsjefene, og fanges opp i kommunedirektørens sektorovergripende ROS for å forebygge og unngå uønskede hendelser på et mer helhetlig nivå i kommunen. Vi har merket oss at kommunen har lagt til rette for en møtestruktur hvor ulike fora regelmessig møtes, for å drøfte blant annet risiko-områder og avvik, noe som i seg selv er positivt. Samtidig får vi opplyst at det er mer fokus på avvikshåndtering enn ROS i disse utvalgene. Med tanke på alt arbeidet som legges ned i enhetene i forbindelse med årlige ROS-vurderinger, vurderer vi at mer fokus på systematisk oppfølging av enhetenes gjennomførte ROS-vurderinger, kan være med på å forebygge uønskede hendelser fremover.

4.3. Kommunens avvikssystem

4.3.1. System, rutiner og prosedyrer

Kommunen benytter KF Avvik⁶ som elektronisk system for å melde avvik. Alle i kommunen skal ha mulighet til å melde avvik i KF Avvik. Kommunen opplyser at de er i ferd med å ta i bruk avviksmodulen i Compilo fra 1.1.2021. Avviksmodulen i Compilo vurderes å være mer brukervennlig.

Kommunen har en overordnet avviksprosedyre «Horten kommune – avvikshåndtering i KF Avvik» - datert 21.12.2018.

Følgende definisjon på avvik fremgår av prosedyren:

Med avvik menes praksis som ikke er i samsvar med lover, forskrifter eller egne styrende dokumenter og rutiner. Manglende eller mangelfulle rutiner er også avvik. Opplevd avvik ut fra egen faglig vurdering skal meldes.

Formålet med prosedyren er

⁶ KF – Kommuneforlaget-avvik

- *Fremskaffe fakta for å lære, håndtere, forbedre og systematisere beste praksis*
- *Når svikt skjer, har kommunen et system for å fange opp hendelser slik at vi reduserer risiko og har evne til forbedring og læring*
- *Informasjon fra avviksrapporteringen sammenstilles, analyseres og integreres i kommunens rapporteringssystem*
- *Oppmerksomheten skal rettes mot systemet og ikke personen*

Prosedyren gjelder alle ansatte i Horten kommune. Avvik kan meldes på vegne av andre og/eller med bakgrunn i informasjon fra andre.

Prosedyren beskriver ansvar og oppgaver. Alle ansatte har plikt til å sette seg inn i gjeldende regler og benytte avvikssystemet som forutsatt. Ledere skal ha oversikt over avvikstendenser i eget ansvarsområde, sikre god meldekultur og tilstrekkelig opplæring (spesielt for nyansatte). Videre skal ledere sikre at avvik i eget ansvarsområde behandles og evt. løftes til overordnet nivå. Ledere skal månedlig foreta en gjennomgang av avvikstendenser i HMS- og kvalitetsutvalg, og ta opp avvikstendenser i personalmøter/avdelingsmøter. Ledere skal følge opp avvik fortløpende og rapportere i Framsikt.

Kommunalsjefene skal ha oversikt over avvikstendenser i eget kommunalområde, sikre god meldekultur og opplæring. Videre skal kommunalsjefene sikre at avvik i eget kommunalområde behandles og evt. løftes til overordnet nivå/ tilsynsmyndighet. Kommunalsjefene skal også delta på gjennomgang av avvikstendenser i HMS- og kvalitetsutvalg, samt ta opp avvikstendenser i personal- og ledermøter. Kommunalsjefer skal delegere myndighet og oppgaver internt, følge opp avvik fortløpende, og rapportere status til kommunedirektør i Framsikt. Kommunalsjef administrasjon er systemeier for KF Avvik. Videre har administrator med kvalitetsansvar HR, administrator med kvalitetsansvar for kommunalområdene Oppvekst og Helse og velferd ansvar for å påse at alle avvik er tildelt en avviksbehandler.

Avviksprosedyren angir en **Prosessbeskrivelse** for hvordan et avvik skal meldes elektronisk i avvikssystemet KF-avvik. Dette skjer gjennom ni steg:

1. *Et avvik oppstår, og den som avdekker avviket fyller ut avviksskjema i KF Avvik*
2. *Avviksskjemaet kan man finne på tre måter:*
 - *PC/tynn klient: eget ikon "KF Avvik" på intranett*
 - *mobile enheter i helse: avvik meldes via egen app som er lastet ned på telefonen ("KF Avvik")*
 - *iPhone/iPad: egen app "KF Avvik" lastes ned i Appstore (NB! husk å registrere din jobb-epost og oppdatere appen til nyeste versjon)*
3. *Utfylt avviksskjema går automatisk til nærmeste leder*
4. *Leder identifiserer årsaken, vurderer risiko, planlegger og avgjør hvilke tiltak som skal iverksettes.*
5. *Leder sørger for innsamling og sikring av hendelsesregistre og evt andre bevis. Leder er da ansvarlig for at tiltakene følges opp og at avviket lukkes/forholdet utbedret.*

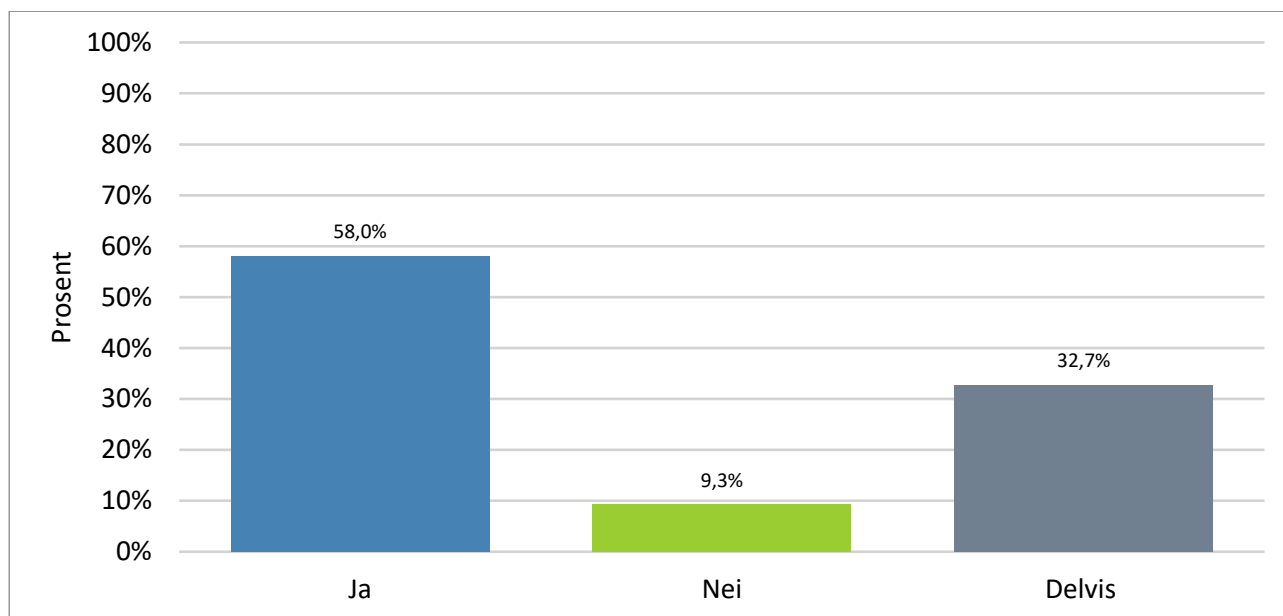
6. Leder setter frister for gjennomføring av tiltak.
7. Det gis automatisk en standard tilbakemelding til den som meldte avviket når melder har krysset av for dette. Leder bør benytte muligheten til å gi en detaljert/individuell tilbakemelding (systemet er tilrettelagt for dette).
8. KF Avvik har innebygget grundige veiledninger under «hjelp» (både melder og behandler)
9. Leder har tilgang på statistikkverktøy som grunnlag for analyse, kommunikasjon/ presentasjon og forbedringer

Avviksproseduren inneholder også en mal for tilskrivning til tilsynsmyndigheter. Etter en skjønnsmessig vurdering, basert på alvorlighetsgrad, risiko, omdømme, ansatte og innbyggeses sikkerhet og helse, kan kommunalsjef kontakte tilsynsmyndighetene for veiledning om videre håndtering av hendelsen. Kommunedirektør vurderer om tilsynsmyndigheter skal tilskrives.

Kommunedirektøren skal påse at det finnes styrende rutiner, og at disse ajourholdes og etterleves. Videre skal kommunedirektør håndtere avvik som ikke kan løses i linjen, gjennomføre månedlig styringsdialog med kommunalsjefene, samt fremlegge tendenser i HMS-avvik i AMU for iverksetting av evt. tiltak.

Nedenfor har vi tatt inn resultater fra spørreundersøkelsen til ansatte vedrørende kommunens rutine og prosedyre for å melde avvik.

- **Er du kjent med innholdet i kommunens rutine; Avvikshåndtering i KF Avvik?**



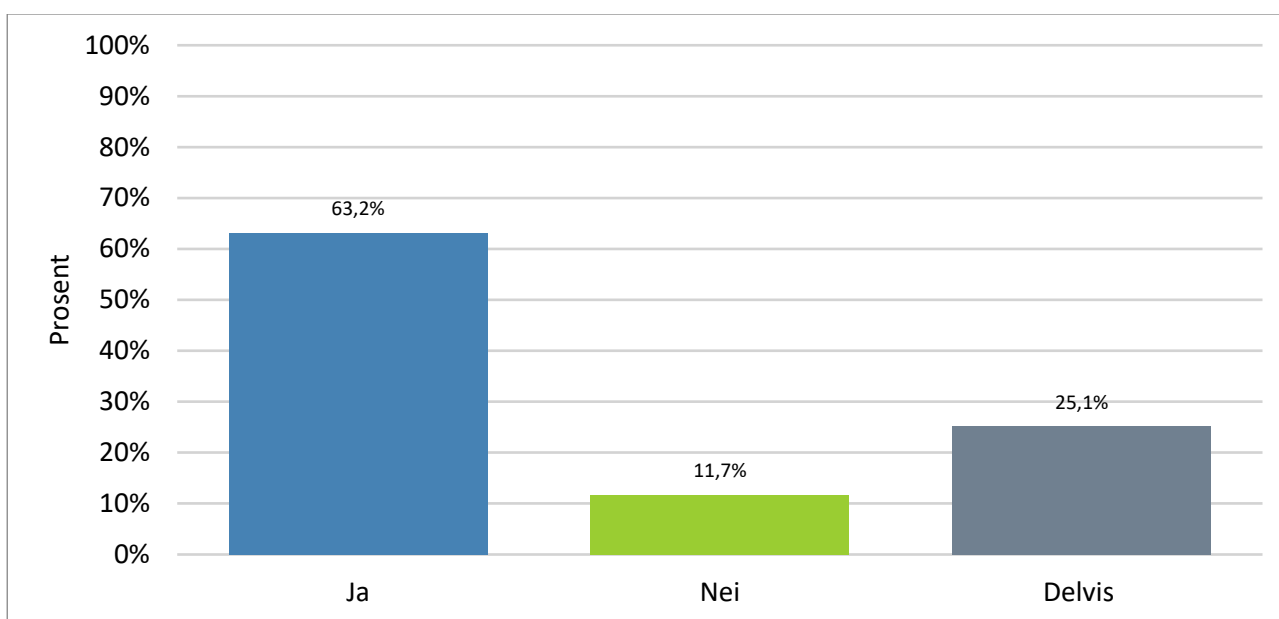
Figur 3 – Ansattes kjennskap til avviksrutinen

Figur 4 viser at 58 % av respondentene er kjent med innholdet i kommunens rutine for avvikshåndtering, mens ca 33 % er delvis kjent med rutinen. Tabellen nedenfor viser svarfordelingen for hver av kommunalområdene. Vi ser at det er noen forskjeller mellom kommunalområdene.

	Admini- strasjon	Helse og Velferd	Kultur og Samfunns- utvikling	NAV	Oppvekst	Teknisk
Ja	63,6%	66,2%	39,1%	73,3%	50,8%	56,4%
Nei	16,7%	5,6%	13,0%	6,7%	10,8%	10,9%
Delvis	19,7%	28,3%	47,8%	20,0%	38,4%	32,7%
N	66	396	46	30	427	101

Tabell 1 – svarfordeling – ansattes kjennskap til avviksrutinen. Horten Havnevesen er utelatt fra tabellen pga få svar.

- **Er du kjent med hvordan du skal melde avvik i KF Avvik?**



Figur 4 – Ansattes kjennskap til hvordan melde avvik

Figur nr. 5 viser at 63,2% er kjent med hvordan de skal melde avvik i KF Avvik, og at 25,1% er delvis kjent med dette. Tabellen nedenfor viser svarfordelingen for hver av kommunalområdene, og vi ser at det er noen forskjeller mellom kommunalområdene. Vi merker oss at andelen, som svarer «nei» eller «delvis» innenfor Oppvekst er 44,5%, og 28,3% innenfor Helse og velferd.

	Admini- strasjon	Helse og Velferd	Kultur og Samfunns- utvikling	NAV	Oppvekst	Teknisk
Ja	68,2%	71,7%	45,7%	73,3%	55,5%	62,4%
Nei	16,7%	7,8%	15,2%	6,7%	14,3%	12,9%
Delvis	15,2%	20,5%	39,1%	20,0%	30,2%	24,8%
N	66	396	46	30	427	101

Tabell 2 – svarfordeling – Ansattes kjennskap til hvordan melde avvik. Horten Havnevesen er utelatt fra tabellen pga få svar.

4.3.2. Revisors vurdering - system, rutiner og prosedyrer

Gjennomgangen viser at kommunen har et elektronisk avvikssystem, KF Avvik. Vi vurderer at kommunen har etablert nødvendig prosedyre med veiledning/ skjemaer for melding av avvik i KF Avvik. Prosedyren ligger tilgjengelig for alle ansatte i Rutineportalen. Vi vurderer at prosedyren inneholder gode føringer på ansvarsforhold og hvordan avvik skal behandles, følges opp og rapporteres. Det er positivt at ledere har ansvar for avvikstendenser i eget ansvarsområde, med månedlig rapportering i Framsikt, og videre sikre at avvik i eget ansvarsområde behandles og ev. løftes til overordnet nivå. Videre er det positivt at kommunalsjefene skal ha oversikt over avvikstendenser i eget kommunalområde, og at kommunedirektøren skal håndtere avvik som ikke kan løses i linjen. Vi ser også positivt på at avviksrapportering skal sammenstilles, analyseres og integreres i kommunens rapporteringssystem. Videre er avviksstatus et fast tema på ulike faste møter i kommunen, som for eksempel i kommunedirektørens månedlige ledermøte, i HMS-utvalg for kommunalområdene, samt i AMU (HMS-avvik).

Spørreundersøkelsen til de ansatte ga indikasjoner på at kommunen har et potensial til å gjøre prosedyren for avvik bedre kjent blant de ansatte. Spørreundersøkelsen viste også at en betydelig andel av de ansatte kun er delvis kjent med hvordan de skal melde avvik. Vi har merket oss at kommunen vurderer at avviksmodulen i Compilo er mer brukervennlig enn KF Avvik, noe som kan avhjelpe dette.

4.3.3. Opplæring

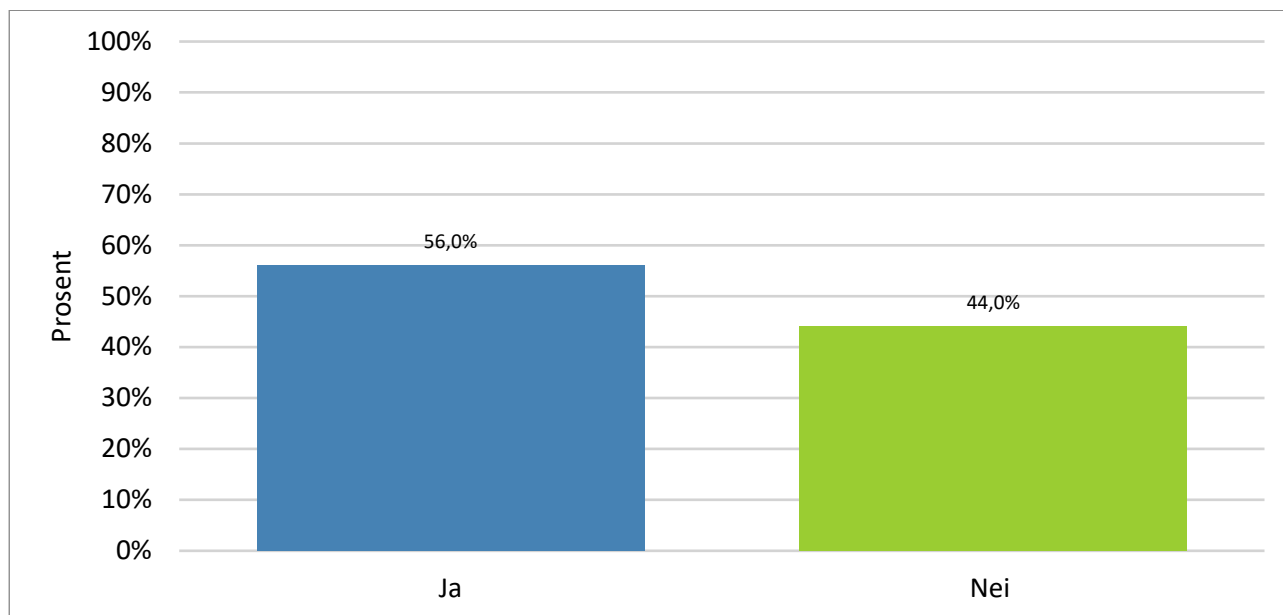
Opplæring innenfor avvik er nærmeste leders ansvar. Det finnes også en side i KF Avvik som illustrerer avvikssystemet. Målet for kommunen er å ha et avvikssystem som er veldig enkelt for melder. Det er derfor lagt til rette for at man kan melde per mobiltelefon, og at det ikke er for mange spørsmål som skal besvares.

Fra spørreundersøkelsen til utvalgte enhetsledere:

Alle enhetsledere oppga at nyansatte får opplæring i å melde avvik, ellers er avvik jevnlig tema på personalmøter og andre møter hvor ansatte deltar.

På neste side har vi tatt inn resultater fra spørreundersøkelsen til ansatte.

- Har du fått opplæring i å melde avvik ved bruk av KF Avvik?



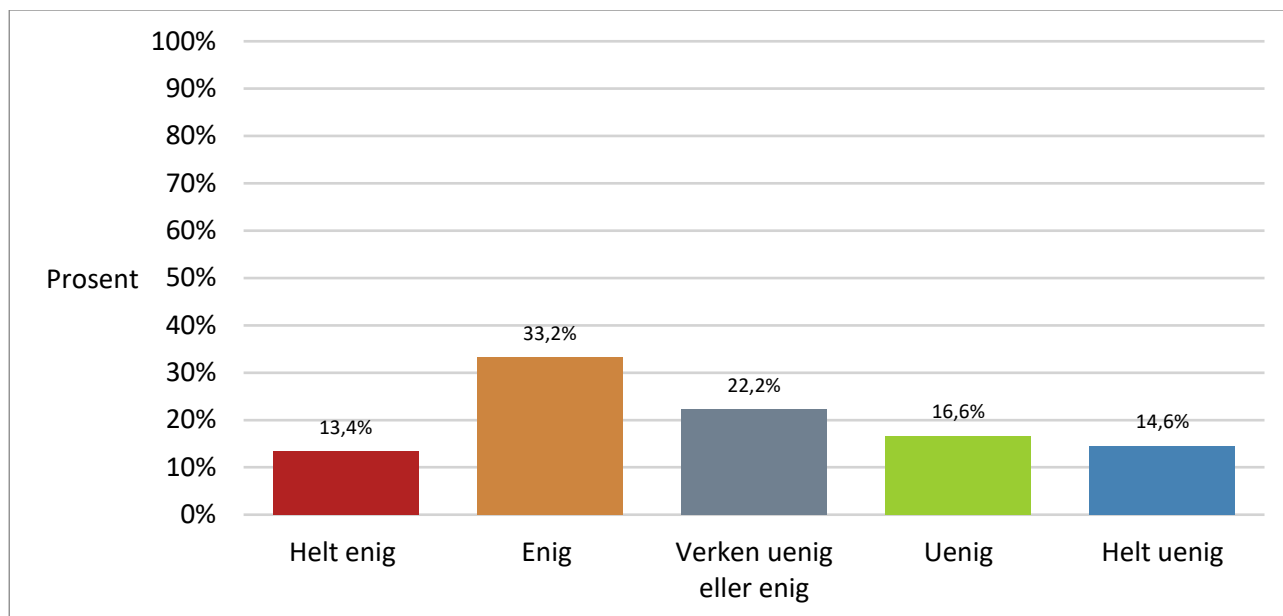
Figur 5 – Opplæring i å melde avvik i KF Avvik

Figur 5 viser at godt over halvparten (56%) av respondentene svarer at de har fått opplæring i å melde avvik. En betydelig andel (44%) svarer imidlertid at de ikke har fått opplæring. Tabellen nedenfor viser svarfordelingen for hver av kommunalområdene. Teknisk, NAV og Helse og velferd har størst andel, over 60%, som svarer at de har fått opplæring i å melde avvik. Innenfor kommunalområdene Kultur og samfunnsutvikling og Administrasjon svarer henholdsvis 54,3% og 51,5% at de ikke har fått opplæring i å melde avvik.

	Admini- strasjon	Helse og Velferd	Kultur og Samfunns- utvikling	NAV	Oppvekst	Teknisk
Ja	48,5%	60,6%	45,7%	63,3%	51,8%	63,4%
Nei	51,5%	39,4%	54,3%	36,7%	48,2%	36,6%
N	66	396	46	30	427	101

Tabell 3 – Svarfordeling - Opplæring i å melde avvik i KF Avvik. Horten Havnevesen er utelatt fra tabellen pga få svar.

- **Jeg har behov for mer opplæring i å melde avvik i KF Avvik:**



Figur 6 – Jeg har behov for mer opplæring i å melde avvik

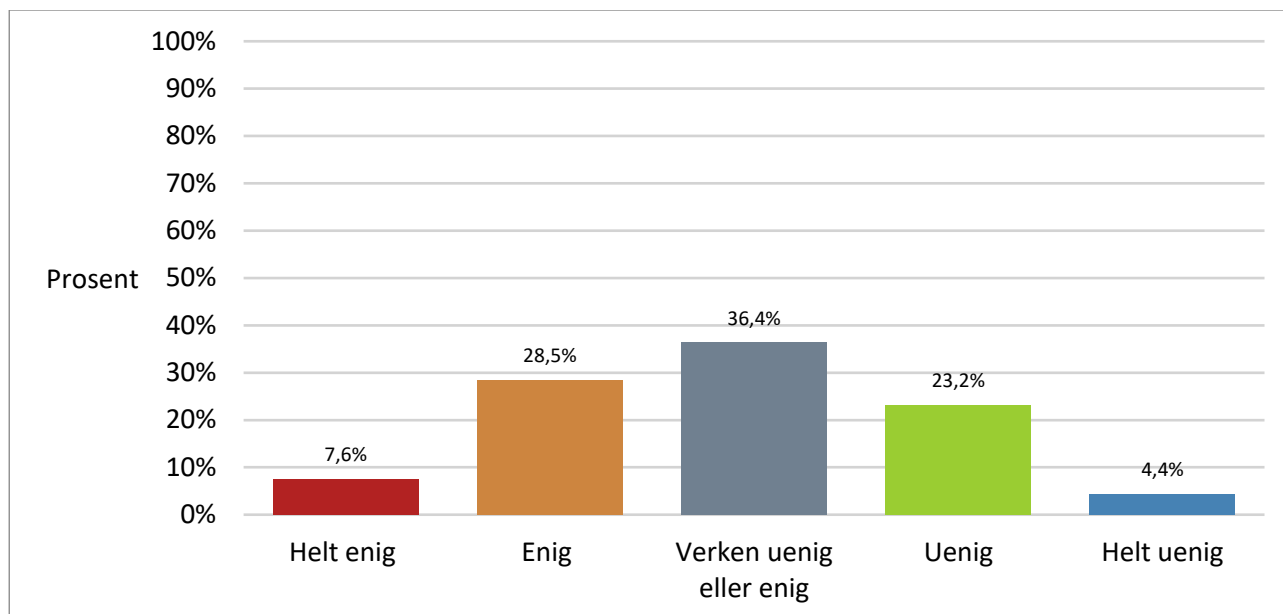
Figuren viser at 46,6% mener de har behov for mer opplæring i å melde avvik i KF Avvik. Nedenfor følger svarfordelingen fordelt på kommunalområdene.

	Admini- strasjon	Helse og Velferd	Kultur og Samfunns- utvikling	NAV	Oppvekst	Teknisk
Helt uenig	24,2%	16,9%	6,5%	26,7%	11,2%	13,9%
Uenig	27,3%	18,4%	13,0%	10,0%	15,0%	12,9%
Verken uenig eller enig	21,2%	18,9%	28,3%	23,3%	23,0%	30,7%
Enig	18,2%	33,3%	43,5%	23,3%	36,3%	27,7%
Helt enig	9,1%	12,4%	8,7%	16,7%	14,5%	14,9%
N	66	396	46	30	427	101

Tabell 4 – svarfordeling - Jeg har behov for mer opplæring i å melde avvik. Horten Havnevesen er utelatt fra tabellen pga få svar.

Tabellen kan tyde på at det er behov for mer opplæring i å melde avvik innenfor alle kommunalområdene. Vi vil spesielt trekke frem Kultur og samfunnsutvikling, 52,2 %, og Oppvekst, 50,8%, svarer at de er helt enig eller enig i at de har behov for mer opplæring i å melde avvik.

- **Det er enkelt å vurdere hvilke situasjoner/ hendelser det skal meldes avvik på:**



Figur 7 – Det er enkelt å vurdere hvilke situasjoner/ hendelser det skal meldes avvik på

36,4% svarer at de verken er uenig eller enig i denne påstanden. 27% er uenige i påstanden.

	Admini- strasjon	Helse og Velferd	Kultur og Samfunns- utvikling	NAV	Oppvekst	Teknisk
Helt uenig	1,5%	2,8%	2,2%	3,3%	3,3%	1,0%
Uenig	3,0%	6,1%	0,0%	3,3%	5,4%	4,0%
Verken uenig eller enig	43,9%	38,4%	60,9%	43,3%	54,1%	48,5%
Enig	34,8%	36,9%	19,6%	26,7%	23,4%	32,7%
Helt enig	16,7%	15,9%	17,4%	23,3%	13,8%	13,9%
N	66	396	46	30	427	101

Tabell 5 – Svarfordeling - Det er enkelt å vurdere hvilke situasjoner/ hendelser det skal meldes avvik på. Horten Havnevesen er utelatt fra tabellen pga få svar.

Tabell 5 viser svarfordeling per kommunalområde, og vi ser at svarfordelingen varierer noe. Oppvekst og Kultur og samfunnsutvikling skiller seg noe negativt ut, ved at en lavere andel svarer at de er enig/ helt enig i påstanden om at det er enkelt å melde avvik.

4.3.4. Revisors vurdering - opplæring

Vi vurderer at det er positivt at alle de utvalgte enhetslederne svarte at nyansatte får opplæring i å melde avvik, og at avvik er jevnlig tema på personalmøter og andre møter hvor ansatte deltar. Svarene fra spørreundersøkelsen kan imidlertid tyde på at det innenfor alle kommunalområdene er

behov for mer opplæring både i å melde avvik og hvilke situasjoner/ hendelser det skal meldes avvik på.

4.3.5. Tilrettelegging for å melde avvik

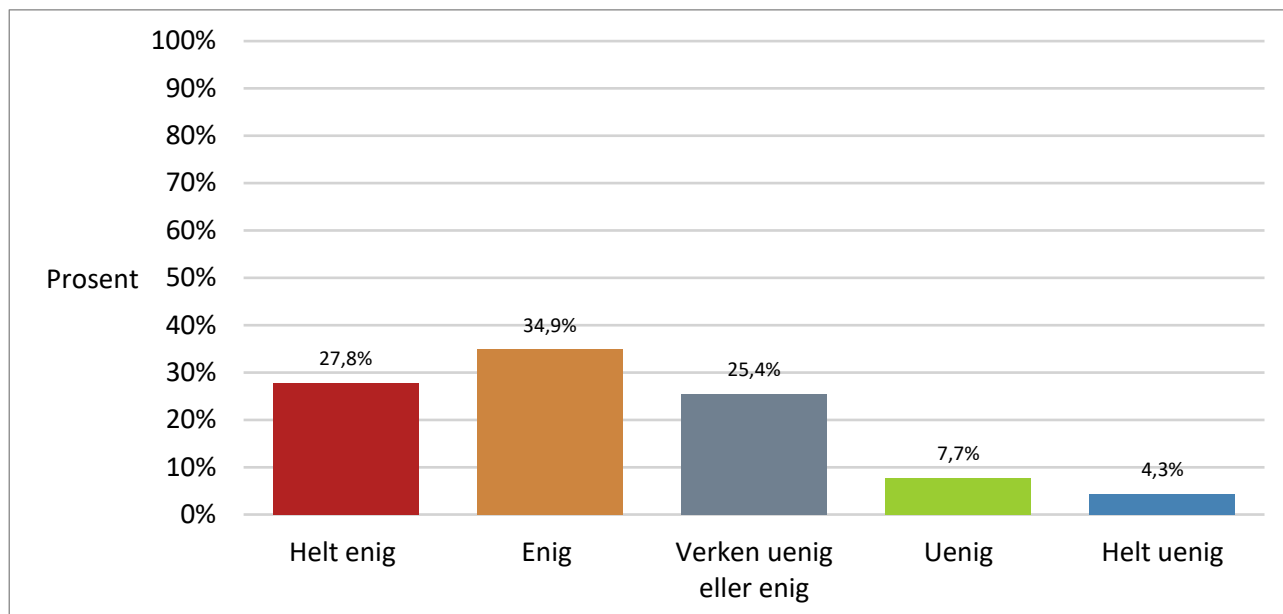
Kommunedirektøren ønsker at det skal være en lav terskel for å melde avvik, og at det heller meldes for mange enn for få. Erfaringsmessig er det klare forskjeller mellom de ulike kommunalområdene hva gjelder antall avvik, for eksempel meldes flest avvik innenfor Helse og velferd, men det har også blitt flere innenfor Oppvekst. Kommunedirektøren oppfordrer til å ha avvikstemaet oppe i de ulike kommunalområdenes HMS- og kvalitetsutvalg. Det jobbes kontinuerlig med god meldekultur fra overordnet nivå.

Fra spørreundersøkelsen til utvalgte enhetsledere:

Alle enhetslederne svarte at de oppfordrer ansatte til å melde avvik, og at de jevnlig minnet om viktigheten av å skrive avvik. Det ble også nevnt at avvik skal være en arena for læring og ikke sladring, og at de som melder får en positiv tilbakemelding for at de har meldt. De fleste enhetslederne svarte at det i stor grad er lagt til rette for å melde avvik i enheten og de aller fleste har tilganger som gjør det mulig å melde avvik. Det kan være at noen vikarer ikke har fått opplæring i å melde avvik. Det ble også opplyst at det kan være noen utfordringer knyttet til å melde avvik i arbeidstida, f.eks. for de som jobber i SFO, som er med barna hele tiden. Det kan også være en utfordring å nå de ansatte i svært små stillinger, for å oppfordre disse til å melde avvik ved behov. Videre ble det opplyst at til tross for oppfordring om å melde avvik, så er det ofte de samme som faktisk melder avvik. Det ble også nevnt at en god meldekultur sikres når ansatte faktisk opplever at deres utfordringer blir tatt tak i.

Vi spurte ansatte om å ta stilling til følgende påstander:

- **Min leder oppfordrer meg til å melde avvik**



Figur 8 – Min leder oppfordrer meg til å melde avvik

Svarfordelingen viser at hovedandelen av respondenten, 63%, er helt enig/enig i at leder oppfordrer til å melde avvik. 25% er verken uenig eller enig i påstanden, og en mindre andel er uenig/helt uenig.

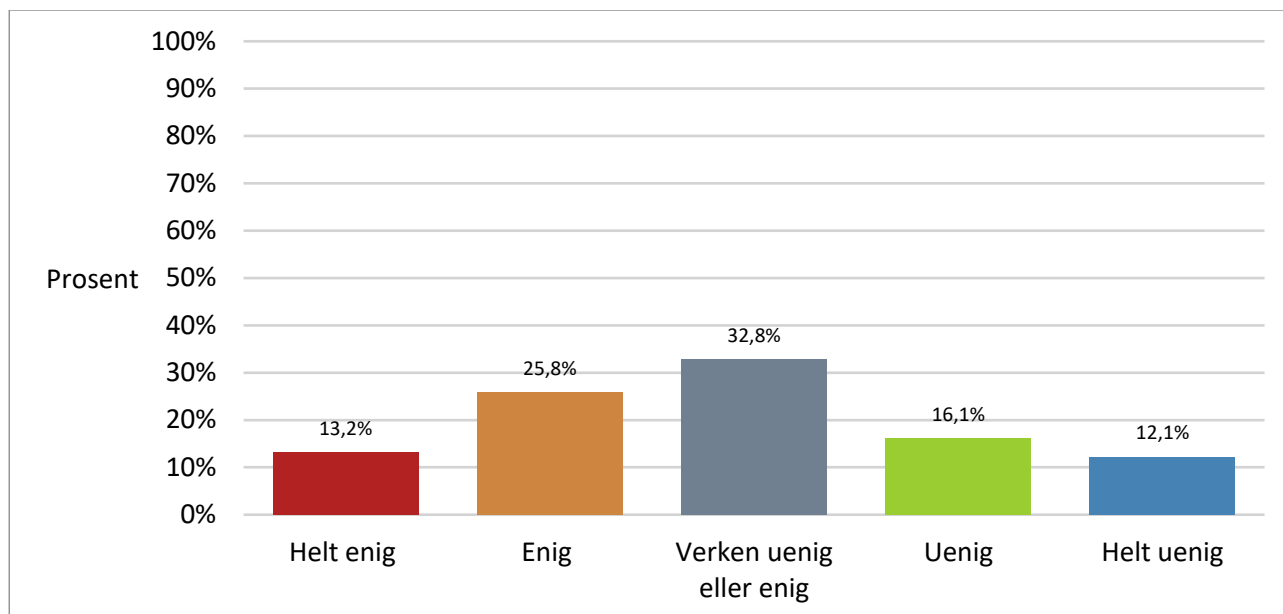
Nedenfor følger svarfordelingen fordelt på kommunalområdene:

	Admini- strasjon	Helse og Velferd	Kultur og Samfunns- utvikling	NAV	Oppvekst	Teknisk
Helt uenig	4,5%	4,8%	8,7%	0,0%	4,2%	2,0%
Uenig	9,1%	9,8%	2,2%	3,3%	7,5%	3,0%
Verken uenig eller enig	19,7%	28,8%	19,6%	10,0%	24,8%	24,8%
Enig	34,8%	33,1%	37,0%	13,3%	36,5%	41,6%
Helt enig	31,8%	23,5%	32,6%	73,3%	26,9%	28,7%
N	66	396	46	30	427	101

Tabell 6 – svarfordeling - Min leder oppfordrer meg til å melde avvik. Horten Havnevesen er utelatt fra tabellen pga få svar.

Tabellen kan tyde på at ledere ved de fleste kommunalområdene har et potensial til ytterligere å oppfordre til å melde avvik. NAV skiller seg positivt ut, med lav andel som er uenig i påstanden eller verken uenig eller enig i påstanden.

- Det legges til rette slik at jeg har tid til å melde avvik i løpet av arbeidsdagen:



Figur 9 - Det legges til rette slik at jeg har tid til å melde avvik i løpet av arbeidsdagen

Vi registrerer varierende svar på dette spørsmålet. 39% svarer at de er helt enig/enig i at det legges til rette slik at de har tid til å melde avvik i løpet av arbeidsdagen. Vi merker oss imidlertid at en betydelig andel (32,8%) svarer verken uenig eller enig også på dette spørsmålet, og 28% er uenig/helt uenig i påstanden.

Nedenfor følger svarfordelingen fordelt på kommunalområdene:

	Admini- strasjon	Helse og Velferd	Kultur og Samfunns- utvikling	NAV	Oppvekst	Teknisk
Helt uenig	7,6%	12,6%	8,7%	6,7%	15,0%	5,0%
Uenig	7,6%	20,7%	6,5%	6,7%	18,0%	3,0%
Verken uenig eller enig	22,7%	28,8%	43,5%	43,3%	35,8%	32,7%
Enig	39,4%	27,3%	17,4%	30,0%	20,6%	35,6%
Helt enig	22,7%	10,6%	23,9%	13,3%	10,5%	23,8%
N	66	396	46	30	427	101

Tabell 7 – Svarfordeling - Det legges til rette slik at jeg har tid til å melde avvik i løpet av arbeidsdagen. Horten Havnevesen er utelatt fra tabellen pga få svar.

Vi ser av tabellen at det er de store kommunalområdene, Helse og Velferd og Oppvekst, som har størst andel som svarer helt uenig/uenig på påstanden.

3.3.6 Revisors vurdering - Tilrettelegging for å melde avvik

De utvalgte enhetslederne svarer at de i stor grad oppfordrer og legger til rette for å melde avvik i enheten. Vi så imidlertid varierende svar fra ansatte i spørreundersøkelsen, på påstanden om at lederen oppfordrer til å melde avvik, og på påstanden om det legges til rette slik at de har tid til å melde avvik i løpet av dagen. Det er positivt at 63% er helt enig/ enig i at leder oppfordrer til å melde avvik. Samtidig er det kun 39 % som er helt enig/ enig i at det legges til rette slik at de har tid til å melde avvik i løpet av dagen. Vi registrerte at det er de store kommunalområdene, Helse og Velferd og Oppvekst, som også melder flest avvik, som har størst andel som svarer helt uenig/ uenig på denne påstanden. Vi vurderer derfor at ledere har et potensial til i større grad å oppfordre til å melde avvik og legge til rette for at medarbeidere har tid til å kunne melde avvik i løpet av arbeidsdagen.

4.4. Konklusjon problemstilling 2

I hvilken grad har Horten kommune etablert et tilfredsstillende avvikssystem?

Vi konkluderer med at Horten kommunes internkontroll har fokus på å være risikobasert, i tråd med anbefalinger fra KS. Det er krav om at risikovurderinger skal gjennomføres på alle nivå i Horten kommune, fra sektorovergripende risikovurdering ned til vurderinger på enhetsnivå i kommunen. På enhetsnivå skal risikoområder kartlegges og vurderes, tiltak for å redusere risiko skal foreslås og settes i verk. Videre skal tiltakene følges opp/evalueres om de virker innenfor enheten. Vårt inntrykk er at Horten kommune har kommet langt på dette området. Vi kan imidlertid ikke se at det er noen klare føringer på hvordan enhetenes ROS skal følges opp videre av kommunalsjef, og videre fanges opp i kommunedirektørens sektorovergripende ROS for å forebygge og unngå uønskede hendelser på et mer helhetlig nivå i kommunen. Mens det i avviksprosedyren er et formål om at informasjon fra avviksrapporteringen sammenstilles, analyseres og integreres i kommunens rapporteringssystem, ser vi ikke tilsvarende for ROS-vurderingene. Enhetsledere skal rapportere på om årlig ROS er gjennomført, samt sørge for at ROS-vurderingene dokumenteres i websak.

Vi kan videre konkludere med at kommunen i stor grad har etablert et tilfredsstillende avvikssystem, gjennom det elektroniske avvikssystemet KF Avvik, og har etablert nødvendig prosedyre for melding, behandling, oppfølging og rapportering av avvik.

Selv om vi vurderer at prosedyren er god, er vårt inntrykk at det er områder i prosedyren som kunne vært bedre fulgt i kommunen. Spørreundersøkelsen til ansatte ga oss indikasjoner på at kommunen har et potensial til å gjøre prosedyre for avvik bedre kjent i organisasjonen, gi mer opplæring til ansatte og bedre tilrettelegging for å melde avvik.

5. Problemstilling 3 – behandling og oppfølging av avvik

I hvilken grad sikrer behandling og oppfølging av avvik til kontinuerlig forbedring av praksis?

Til denne problemstillingen har vi utledet følgende revisjonskriterier:

Kommunen bør:

- Behandle og lukke avvik
- Håndtere avvik systematisk slik at de bidrar til læring og forbedring

5.1. Melding, behandling og lukking av avvik

I møte med internrevisor og kommunalsjef Administrasjon fikk vi en demonstrasjon av systemet KF-avvik og hvordan det fungerer i praksis. Det er en link fra forsiden på intranettet til «Avvik og varslinger». Alle i kommunen skal ha mulighet til å melde avvik, og det er mulig å melde via intranettet på PC, mobil og ipad. Nytt avvikssystem vil gi tilsvarende muligheter.

Ved å trykke på linken «Meld avvik», åpner systemet seg, og man kommer til skjema for å melde avvik. Eget navn, med e-postadresse og nærmeste leder er allerede fylt inn her. Man velger dato og tidspunkt for avviket, og krysser av for om man ønsker tilbakemelding på meldingen. I nytt avvikssystem (Compilo) vil ikke dette være et spørsmål, da får alle automatisk tilbakemelding. Det meldes avvik på en eller flere av tre kategorier; HMS, Informasjonssikkerhet og Tjenester/kvalitet/saksbehandling. Disse kategoriene har også underkategorier som det skal krysses av på. Avvikets alvorlighetsgrad skal også defineres. Avviket skal beskrives med «forslag til tiltak», et felt kommunen vurderer som positivt. Når man trykker på «Send inn» går meldingen til nærmeste leder. Dersom nærmeste leder ikke har lukket avviket innen 14 dager går avviket opp et ledernivå. «Ikke lukkede»-avvik tas opp i månedlige møter i kommunedirektørens ledergruppe. For enkelte avvik er 14 dager for kort tid til å lukke, da meldingen kan være sammensatt, og krever omfattende tiltak. Kommunen prøver å lukke avviket sammen med den ansatte som meldte. Den som behandler avvikene kan endre alvorlighetsgrad, og skal skrive en besvarelse med tiltak som retter forholdet/ lukker avviket.

Kommunen vurderer at det er en svakhet ved dagens avvikssystem. Blant annet er det vanskelig for melder å finne tilbake til avviksmeldingen, man må da ha bistand av ledelsen. Dette vil bli bedre med nytt system, som har en «Min side», der alle egne meldte avvik skal ligge.

Kommunedirektørens ledergruppe gjennomgår månedlig statistikk for avvik og behandlingstid. Kommunalområdenes HMS- og kvalitetsutvalg gjennomgår avvikslisten innenfor sitt kommunalområde hver gang de møtes, det vil si seks ganger årlig.

Nedenfor har vi tatt inn tabeller som viser statistikk for avvik 2019 og per 1.8.2020, Tabellen viser både totalt antall avvik i Horten kommune og avvik fordelt på hvert kommunalområde, alvorlighetsgrad og kategori.

Statistikk 1.1.2019 - 31.12.2019	Total Horten kommune	Administrasjon	Helse og velferd	Oppvekst	Teknisk	NAV	Kultur- og samf. utvikl.	Horten Havnevesen
Avvik gruppert på status								
Alle avvik	3369	74	2159	865	99	133	13	16
Innmeldte avvik	3254	68	2080	842	94	133	12	15
Lukkede avvik	3277	67	2101	849	98	126	13	15
Forfalte avvik	58	10	17	13	10	8	0	0
Avvik gruppert på innmeldt alvorlighetsgrad								
Lite alvorlig	1102	13	888	141	13	31	8	8
Alvorlig	1647	52	957	473	72	74	3	7
Meget alvorlig	505	3	235	228	9	28	1	
Endret alvorlighetsgrad								
Økt alvorlighetsgrad	15	0	11	1	1	2	0	0
Senket alvorlighetsgrad	457	5	401	34	4	6	0	1
Gjennomsnittlig behandlingstid	11d:22 h:33m	27d:19 h:33m	11d:10 h:19m	10d:5 h:16m	23d:4 h:47m	13d:3 h:45m	16d:17 h:46m	18d:0 h:45m
Avvik gruppert på område								
HMS	1086	12	533	426	72	31	7	3

Informasjonssikkerhet	103	19	48	21	3	12	0	0
Tjenester/kvalitet/saksbehandling	2069	37	1503	395	19	90	5	12

Tabell 8 – Statistikk avvik 2019 – Horten kommune

Statistikk 1.1.2020 - 01.08.2020	Total Horten kommune	Administrasjon	Helse og velferd	Oppvekst	Teknisk	NAV	Kultur- og samf. utvikl.	Horten Havnevesen
Avvik gruppert på status								
Alle avvik	1981	50	1231	495	38	114	20	12
Innmeldte avvik	1889	43	1173	479	37	107	20	11
Lukkede avvik	1843	38	1147	469	34	112	19	12
Forfalte avvik	28	10	11	2	0	0	2	1
Avvik gruppert på innmeldt alvorlighetsgrad								
Lite alvorlig	714	18	488	175	3	11	9	9
Alvorlig	912	21	531	243	16	77	8	2
Meget alvorlig	263	4	154	61	18	19	3	
Endret alvorlighetsgrad								
Økt alvorlighetsgrad	20	0	9	7	0	2	2	0
Senket alvorlighetsgrad	261	8	179	54	1	15	2	1
Gjennomsnittlig behandlingstid	11d:23h:39m	27d:5h:34m	12d:3h:10m	9d:9h:56m	19d:6h:41m	11d:6h:6m	16d:10h:17m	20d:10h:17m
Avvik gruppert på område								
HMS	679	8	352	266	33	7	10	2

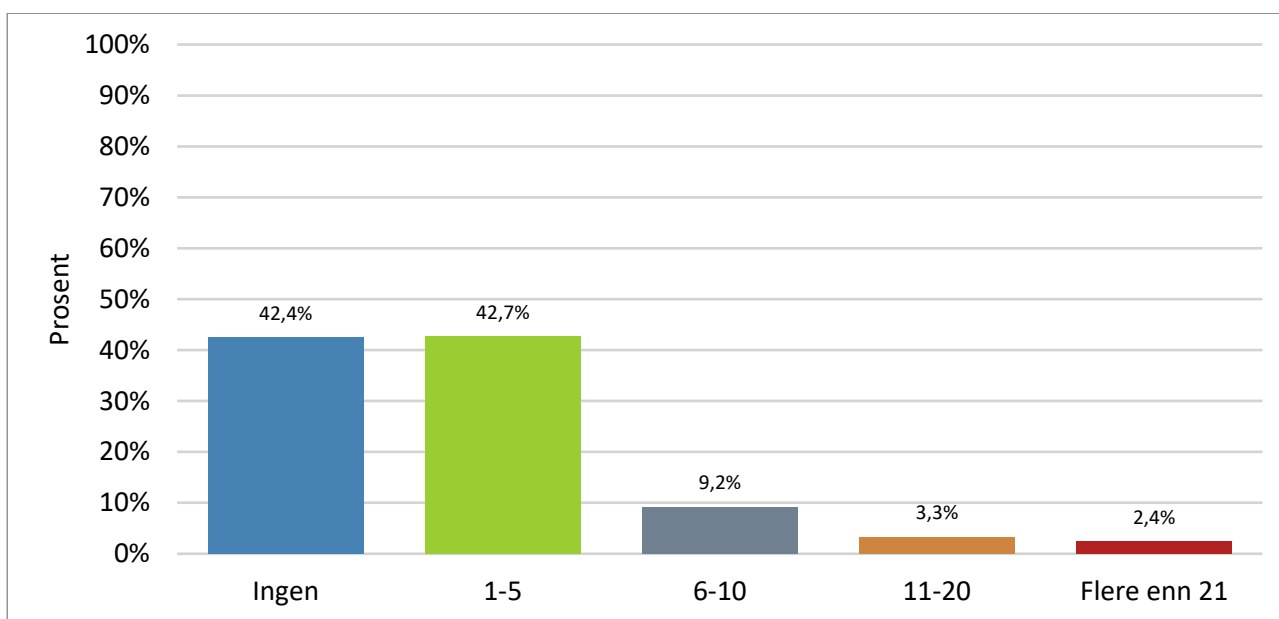
Informasjonssikkerhet	49	8	22	9	1	5	1	0
Tjenester/kvalitet/saksbehandling	1161	27	799	204	3	95	9	9

Tabell 9 – statistikk avvik 2020 – Horten kommune

Tabellene viser at det er kommunalområde Helse og velferd som har meldt de fleste avvikene begge årene, og med kommunalområde Oppvekst med nest flest meldte avvik. Helse og velferd og Oppvekst har også flest ansatte i kommunen. Det er flest avvik med alvorlighetsgrad «alvorlig», og de fleste avvikene er i gruppen Tjenester/ kvalitet/ saksbehandling. Vi ser at gjennomsnittlig behandlingstid varierer mellom kommunalområdene, fra lengste tid på 27 dager for Administrasjon i 2020 til 9 dager som korteste gjennomsnittlig behandlingstid for Oppvekst i 2020. Tallene for gjennomsnittlig behandlingstid er tilnærmet like i 2019.

Vi har spurt ansatte om omfanget av meldte avvik:

- **Ca. hvor mange avvik har du meldt siste to år?**



Figur 10 – meldte avvik siste to år

Figuren viser at 42,4%, av de som har svart, svarer at de ikke har meldt avvik siste to år.

	Admini- strasjon	Helse og Velferd	Kultur og Samfunns- utvikling	NAV	Oppvekst	Teknisk
Ingen	45,5%	30,4%	56,5%	33,3%	48,3%	61,4%
1-5	40,9%	49,7%	41,3%	40,0%	38,9%	32,7%

6-10	13,6%	11,6%	0,0%	20,0%	7,7%	4,0%
11-20	0,0%	4,3%	2,2%	0,0%	3,3%	2,0%
Flere enn 21	0,0%	4,0%	0,0%	6,7%	1,9%	0,0%
N	66	398	46	30	429	101

Tabell 10 – svarfordeling – meldte avvik siste to år. Horten Havnevesen er utelatt fra tabellen pga få svar.

Tabellen over viser svarfordelingen for hver av kommunalområdene, og at det er kommunalområdene Teknisk og Kultur og Samfunnsutvikling som har størst andel som ikke har meldt avvik siste to år.

Undersøkelse av meldte avvik – utvalgte enheter

Vi har foretatt en stikkprøveundersøkelse av inntil 10⁷ meldte avvik i KF Avvik for noen utvalgte enheter i kommunen, se mer om utvalg og periode i vedlegg 3. Tabellen nedenfor oppsummerer kontrollen ved de utvalgte enhetene.

Enhet	Avvik Kategori HMS	Avvik Kategori Informasjons-sikkerhet	Avvik Kategori Tjenester/kvalitet/saksbehandling	Beskrivelse av avvik med forslag til tiltak		Besvarelse med tiltak som retter forholdet		Behandlet og lukket innenfor 14 dagers frist	
				Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
Indre Havn avd. 1(inkl. natt)	3	0	7	10		10		10	
Braarudåsen - korttid/lindrende	6	1	3	10		5	5	5	5
Barnehab. - Tua Toppen	5	0	5	10		2	8	2	8
Barnehab. - Freia Fart og Fritid	7	0	3	10		9	1-ikke forfalt		1 - ikke forfalt
Åsgården skole	6	0	2	8		8		8	
Borre ungdomsskole	7	0	0	7		7		7	
NAV Oppfølging Voksen	0	0	1	1			1		1
Café Gul	0	0	0						
Eiendom	10	0	0	10		7	3		3

⁷ Noen enheter hadde færre enn 10 meldte avvik i kontrollert periode.

Tabell 11 – Oppsummering kontroll utvalgte enheter

Tabellen nedenfor viser kommentarer til ovennevnte kontroll.

Enhet	Kommentarer
Indre Havn avd. 1(inkl. natt)	Alle de 10 kontrollerte avvikene var behandlet og lukket innenfor 14-dagersfristen.
Braarudåsen - avd. korttid/lindrende	5 av 10 meldte avvik i kontrollert periode var ikke behandlet og lukket innenfor 14-dagers fristen. De avvikene, som ikke er behandlet innenfor fristen, har alvorlighetsgrad "alvorlig" eller "lite alvorlig".
Barnehab. - Tua Toppen	8 av 10 avvik i kontrollert periode, var ikke behandlet og lukket innenfor 14-dagers fristen. De avvikene, som ikke er behandlet innenfor fristen, har alvorlighetsgrad "alvorlig" eller "lite alvorlig".
Barnehab. - Freia Fart og Fritid	9 av 10 avvik er behandlet og lukket innenfor fristen. Det ubehandlede var ikke forfalt ved kontrolltidspunktet.
Åsgården skole	Alle de 8 kontrollerte avvikene er behandlet og lukket innenfor 14-dagersfristen.
Borre ungdomsskole	Alle de 7 kontrollerte avvikene er behandlet og lukket innenfor 14-dagersfristen. Vi registrerte at alle avvikene i kontrollert periode går på HMS og fysisk arbeidsmiljø - utfordringer knyttet til inneløst klima.
NAV Oppfølging Voksen	Det er kun 1 avvik i kontrollert periode. Avviket er ubehandlet 16 dager etter at det er meldt.
Café Gul	Ingen avvik i kontrollert periode.
Eiendom	3 av 10 avvik er ikke behandlet og lukket innenfor 14-dagersfristen.

Tabell 12 – kommentarer kontroll utvalgte enheter

I spørreundersøkelsen til alle ansatte, ble de spurt om de har øvrige kommentarer til opplæring, melding, behandling eller lukking av avvik. Av kommentarene vi fikk, merket vi oss at systemet oppleves som tungvint for noen. Andre trakk frem at systemet har for få kategorier å melde avvik på. Det oppleves for noen ansatte at kommunen har mer fokus på antall meldte avvik og lukking, enn oppfølging og læring/ endring. Videre oppleves det for enkelte, at det ikke blir tatt godt imot av leder, om det meldes avvik, og de var redde for personlige sanksjoner. Noen svarer at de savner tydeligere tilbakemelding på meldte avvik og hva som er blitt gjort/ om det er blitt gjort noe. Vi gjør oppmerksom på at det er en mindre andel av ansatte, som har gitt disse kommentarene.

5.2. Revisors vurdering av melde, behandling og lukking av avvik

Vi vurderer at kommunen, gjennom avviksstatistikk fra KF Avvik, har god oversikt over omfanget av meldte avvik, lukkede avvik, forfalte avvik, samt gjennomsnittlig behandlingstid totalt for kommunen og innenfor hvert kommunalområde. Statistikk kan også tas ut på enhetsnivå.

Statistikk og undersøkelse av utvalgte enheter tyder på at de aller fleste avvik behandles og lukkes i løpet av fristen på 14 dager. Det er totalt få avvik som ikke er lukket (58 per 1.8.2020 inkl. de som ikke er forfalt). Vi vurderer det som positivt at systemet sender avviket til overordnet ledernivå, dersom det ikke er behandlet og lukket av nærmeste leder innen 14 dager etter melding. Vårt inntrykk er at kommunen har gode rutiner for å følge opp at meldte avvik lukkes – både i kommunedirektørens ledergruppe og kommunalområdenes HMS-utvalg.

Kommentarer fra en mindre andel ansatte i spørreundersøkelsen, kan tyde på svakheter ved dagens avvikssystem og praksisen rundt dette. Vi vurderer at deler av dette kan bli bedre ved innføring av nytt avvikssystem, Compilo, i 2021.

5.3. Håndtering av avvik systematisk

Kommunedirektøren skriver i 2. tertialrapport 2020, at han vektlegger åpenhet og en god meldekultur for måloppnåelse, læring og forbedring. Avvikstendenser blir systematisk fulgt opp på ulikt nivå gjennom håndtering, rapportering og dialog.

Av kommunens avviksprosedyre, fremgår det at formålet med prosedyren er

- *Fremskaffe fakta for å lære, håndtere, forbedre og systematisere beste praksis*
- *Når svikt skjer, har kommunen et system for å fange opp hendelser, slik at vi reduserer risiko, og har evne til forbedring og læring*
- *Informasjon fra avviksrapporteringen sammenstilles, analyseres og integreres i kommunens rapporteringssystem*
- *Oppmerksomheten skal rettes mot systemet og ikke personen*

Vi har registrert at avviksrapportering er integrert i kommunens rapporteringssystem. Det rapporteres månedlig på ulike indikatorer, og status avvik er en del av rapporteringen på internkontroll. Status avvik blir sammenstilt og presentert på kommunalområdenivå i månedsrapporten. I tillegg rapporteres avvik for hele kommunen i tertialrapportene og i årsrapporten, som legges frem for kommunestyret.

Uhåndterte avvik blir fulgt opp månedlig i kommunedirektørens ledergruppe (KLM). På listen de her gjennomgår kommer de eldste sakene først. I tillegg gjennomgås statistikk på avvik for hele kommunen.

Statistikk avvik er fast punkt i kommunalområdenens HMS- og kvalitetsutvalg. Vi har sett av 6 referat, fra disse møtene, at det i noe varierende grad fremgår hvordan avvik håndteres og følges opp med tiltak.

Fra spørreundersøkelsen til utvalgte enhetsledere:

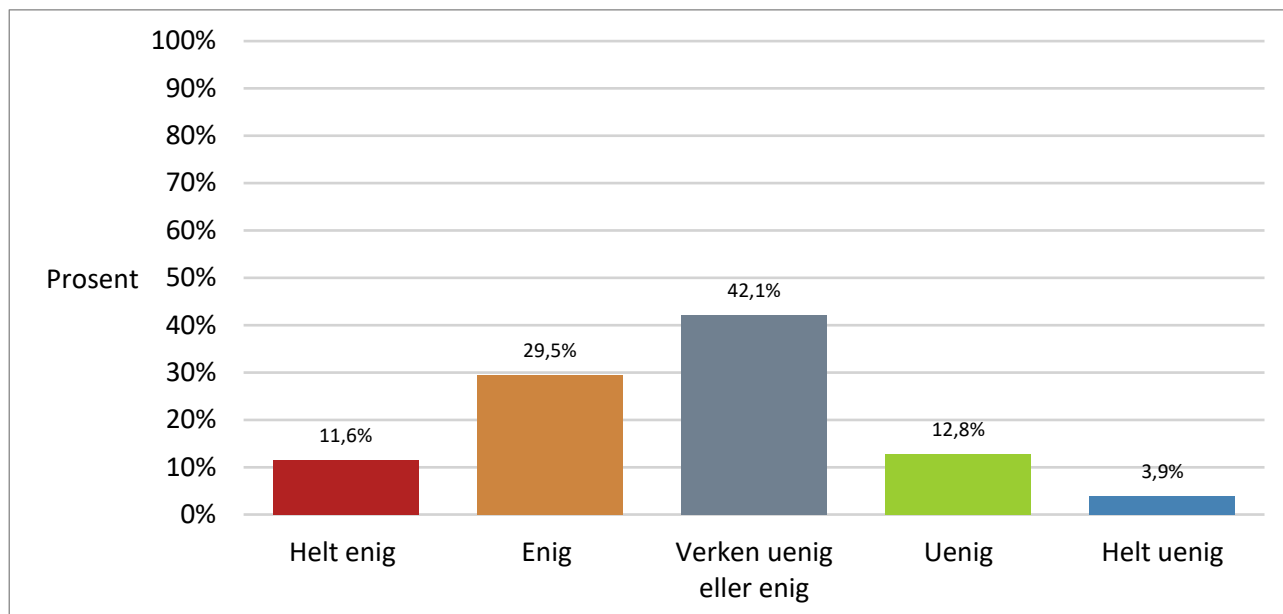
Vi fikk noe varierende svar fra de åtte enhetslederne på spørsmålet om i hvilken grad de mener at kommunen har fokus på læring og forbedring som følge av meldte avvik. De fleste enhetslederne svarte at de mente kommunen i stor grad har fokus på læring og forbedring som følge av meldte avvik, mens noen enhetsledere mente at kommunen har et forbedringspotensiale på området. Av positive tilbakemeldingene som ble gitt, kan nevnes at avvikssystemet er godt lederforankret i kommunen, at avvik blir tatt opp i flere fora og at det er økt bevissthet rundt dette, både fra kommunalsjefnivå og internrevisor. Det fremkom videre at praksisen for hvordan det jobbes med læring og forbedring, som følge av meldte avvik, trolig kan variere mellom kommunalområdene. Det ble også nevnt at kommunen har større fokus på antall avvik, enn fokus på læring av meldte avvik.

Enhetslederne ble spurt om hvordan enheten jobber med avvikshåndtering for å sikre læring og forbedring som følge av meldte avvik. Alle de åtte enhetslederne svarte at de jobbet med ulike tiltak for å sikre læring og forbedring som følge av meldte tiltak. I tillegg til iverksatte konkrete tiltak, ble det nevnt at avvik blir tatt opp og diskutert i ulike fora, som for eksempel fagmøter, avdelingsmøter, HMS-utvalg og individuelt med den det gjelder. Det ble også nevnt at rutiner endres ved behov. En enhetsleder oppga at de iverksetter tiltak på systemnivå, i de tilfeller de ser gjentakende avvik, dette for å sikre lovlig og forsvarlig drift.

På spørsmålet om det er etablert samarbeid med andre enheter innenfor eget kommunalområde i dette arbeidet, svarte fire av åtte enhetsledere nei, mens fire enheter opplyser at de har etablert mer eller mindre samarbeid med andre enheter innenfor eget kommunalområde. Tre av de fire enhetene svarte også at de har etablert noe samarbeid på tvers av kommunalområdet i dette arbeidet.

I vår spørreundersøkelse ba vi de ansatte om å ta stilling til følgende påstander:

- **Jeg er kjent med at meldte avvik har ført til endringer/ forbedring av prosedyrer/rutiner**



Figur 11 – Jeg er kjent med at meldte avvik har ført til endringer/ forbedring av prosedyrer/rutiner

Vi registrerer varierende svar på dette spørsmålet. Ca 41%, svarer at de er helt enig/enig i at de er kjent med at meldte avvik har ført til endringer/ forbedring av prosedyrer/ rutiner, mens en tilsvarende andel, ca 42%, svarer verken uenig eller enig også på dette spørsmålet og 16,7% er uenig/helt uenig i påstanden.

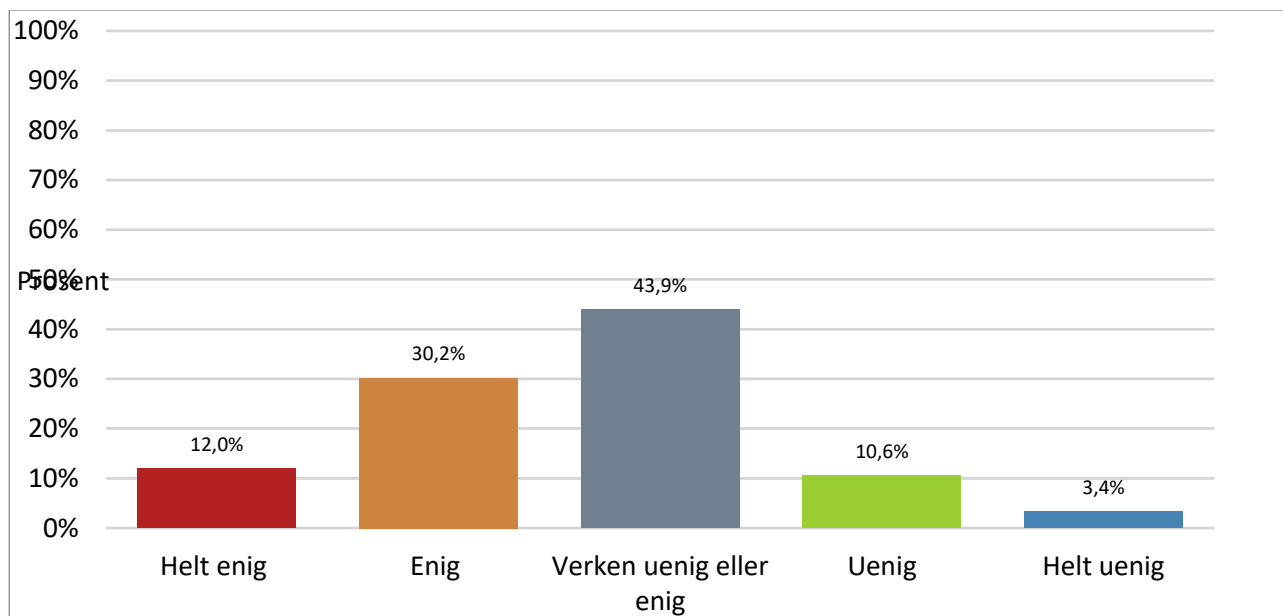
Svarfordeling på påstanden fordelt på kommunalområdene:

	Admini- strasjon	Helse og Velferd	Kultur og Samfunns- utvikling	NAV	Oppvekst	Teknisk
Helt uenig	1,5%	4,3%	6,5%	3,3%	4,2%	2,0%
Uenig	13,6%	16,2%	13,0%	3,3%	12,2%	5,0%
Verken uenig eller enig	33,3%	37,1%	47,8%	36,7%	50,4%	32,7%
Enig	42,4%	30,1%	19,6%	40,0%	24,1%	42,6%
Helt enig	9,1%	12,4%	13,0%	16,7%	9,1%	17,8%
N	66	396	46	30	427	101

Tabell 13 – svarfordeling - Jeg er kjent med at meldte avvik har ført til endringer/ forbedring av prosedyrer/rutiner. Horten Havnevesen er utelatt fra tabellen pga få svar.

Vi ser av tabellen at det er de store kommunalområdene, Helse og Velferd og Oppvekst samt Kultur og samfunnsutvikling, som har størst andel som svarer helt uenig/uenig på påstanden. Administrasjon, NAV og Teknisk, har størst andel som svarer enig/ helt enig på påstanden.

- **Jeg er kjent med at meldte avvik har ført til læring og forbedring av praksis**



Figur 12 – Jeg er kjent med at meldte avvik har ført til læring og forbedring av praksis

Vi registrerer tilnærmet lik svarfordeling på dette spørsmålet, som spørsmålet over. En stor andel, ca 42%, er enig i at de er kjent med at meldte avvik har ført til læring og forbedring av praksis, mens en tilsvarende andel, ca 44%, verken er uenig eller enig i påstanden.

Svarfordeling på påstanden fordelt på kommunalområdene:

	Admini- strasjon	Helse og Velferd	Kultur og Samfunns- utvikling	NAV	Oppvekst	Teknisk
Helt uenig	3,0%	3,5%	6,5%	0,0%	3,7%	1,0%
Uenig	10,6%	12,4%	10,9%	6,7%	10,5%	5,0%
Verken uenig eller enig	34,8%	35,4%	50,0%	36,7%	55,5%	33,7%
Enig	43,9%	35,9%	23,9%	40,0%	20,4%	40,6%
Helt enig	7,6%	12,9%	8,7%	16,7%	9,8%	19,8%
N	66	396	46	30	427	101

Tabell 14 – svarfordeling – Jeg er kjent med at meldte avvik har ført til læring og forbedring av praksis. Horten Havnevesen er utelatt fra tabellen pga få svar.

Vi ser at svarfordelingen mellom kommunalområdene på dette spørsmålet er noe annerledes enn spørsmålet over. Kommunalområde Kultur og samfunnsutvikling og Oppvekst skiller seg negativt ut, ved høyere andel, som svarer verken uenig eller enig på påstanden, og lavere andel som er enig eller helt enig i påstanden, enn de øvrige kommunalområdene.

Av kommentarene enkelte ansatte hadde til dette temaet, merket vi oss at de noen opplever at de samme avvikene gjentar seg, til tross for at det meldes avvik. Videre er det ønskelig at avvik gjennomgås grundigere og oftere i avdelingen.

5.4. Revisors vurdering av håndtering av avvik

Vi vurderer at kommunen har gode intensjoner om at avvik skal håndteres systematisk, slik at de bidrar til læring og forbedring. Avviksproseduren, kommunens rapporteringssystem, organisering og faste møtестruktur viser blant annet dette.

Vi vurderer at det er positivt at avvik er tema i kommunedirektørens ledergruppe (KLM). Videre er det positivt at det er lagt opp til at avvik kan håndteres mer systematisk innenfor kommunalområdenes HMS- og kvalitetsutvalg.

Basert på undersøkelse til et utvalg enhetsledere, er vårt inntrykk at det på enhetsnivå jobbes med ulike tiltak for å sikre læring og forbedring som følge av meldte avvik.

Tilbakemeldinger, spesielt fra spørreundersøkelsen til alle ansatte og undersøkelsen til utvalgte enhetsledere, tyder på at kommunen har et potensial til i større grad å jobbe med oppfølgingen av meldte avvik, slik at de fører til læring og forbedring av praksis. Læring og forbedring av praksis vurderes å gjelde, både innenfor alle kommunalområder, og på tvers av kommunalområdene der det er hensiktsmessig.

Det bør være en sammenheng mellom håndtering av avvik som gjentar seg, og kommunens rullerende risikovurderinger, slik at forbedring og læring kan skje og risiko på området reduseres.

Ved innføring av, Compilo, kan dette være et bedre verktøy i oppfølgingen av dette arbeidet, uten at vi har gått nærmere inn på det.

5.5. Konklusjon problemstilling 3

I hvilken grad sikrer behandling og oppfølging av avvik til kontinuerlig forbedring av praksis?

Vi konkluderer med at kommunen har gode rutiner og praksis vedrørende behandling og lukking av avvik. Det vurderes som positivt at kommunen har god oversikt over omfanget av meldte avvik - og at «ikke lukkede avvik» sendes opp et ledernivå – for å sikre at avviket blir håndtert. Dette systemet innebærer at et avvik, som ikke er lukket, kan gå helt opp til kommunedirektør.

Vi konkluderer også med at kommunen har gode systemer for at avvik kan håndteres systematisk i hele organisasjonen. Vi vurderer likevel at kommunen kan utnytte systemene enda bedre, slik at avvik bidrar til læring og forbedring i enda større grad.

Det bør være en sammenheng mellom håndtering av avvik som gjentar seg, og kommunens rullerende risikovurderinger, slik at forbedring og læring kan skje og risiko på området reduseres.

5.6. Anbefalinger

Vi anbefaler at kommunen

- bør sørge for at alle sektorovergripende reglement og rutiner er samlet på et sted
- bør etablere et system som i større grad sikrer at enhetenes ROS-vurderinger følges opp på kommunalsjefnivå, og videre følges opp i kommunedirektørens sektorovergripende ROS-vurderinger.
- bør sikre at alle ansatte gjøres kjent med innholdet i gjeldende avviksrutine
- bør sikre at alle ansatte får tilstrekkelig opplæring i å melde avvik
- i større grad håndterer avvik på en systematisk måte, slik at de i større grad bidrar til å forebygge gjentakende avvik og bidrar til læring og forbedring.

Litteratur og kildereferanser

Lover

Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).

Forskrift 17. juni 2019 nr. 904 om kontrollutvalg og revisjon

Veileder

Kommuneforlagets (KSs) Veileder – Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll – versjon 3 – ferdigstilt april 2020.

Vedlegg

Vedlegg 1: Kommunedirektørens uttalelse



HORTEN
KOMMUNE

Kommunalområde administrasjon

Vestfold og Telemark Revisjon Iks
Postboks 2805
3702 SKIEN

Dato: 18.11.2020
Unntatt offentlighet
§5 Utsett innsyn

Saksbehandler:
Helge Skatvedt, tlf: 330 85 000

Vår ref.:
20/54738/ 20/2681

Deres ref.:

Kommunedirektørens kommentarer til revisjonsrapporten "Internkontroll - risikovurdering og avvikshåndtering i Horten kommune"

Forvaltningsrevisjonen ble bestilt av Kontrollutvalget i Horten kommune på bakgrunn av plan for forvaltningsrevisjonsprosjekter og eierskapskontroll 2020-2023. Revisjonens anbefalinger gir viktige innspill i den systematiske forbedringen av Horten kommune sin internkontroll.

Det har vært vurdert hvorvidt Horten kommune har etablert et tilfredsstillende overordnet internkontrollsystem og avvikssystem. Videre har prosjektet undersøkt i hvilken grad kommunen sikrer at behandling og oppfølging av avvik fører til kontinuerlig forbedring av praksis.

Forvaltningsrapporten konkluderer med at Horten kommune har gode systemer for internkontroll, og at det jobbes systematisk for å følge opp og forbedre internkontrollen. Prosjektet har hatt en bred tilnærming, og Kommunedirektøren oppfatter informasjonen fra spørreundersøkelsen til ansatte som viktig i videre forbedringsarbeid.

Kommunedirektøren takker for anbefalingene fra Forvaltningsrevisjonen. I forbindelse med kommunens pågående arbeid med implementering av nytt kvalitets- og avvikssystem, Compilo, tas anbefalingene med inn i det arbeidet.

Mål	Tiltak	Ansvar	Tid
Alle sektorovergrepene reglement og rutiner er samlet på et sted	Vedta ny retningslinje for dokumenthierarki for kommunen som gir en enhetlig.	Kommunedirektørens ledermøte	31.08.20
	Etablere ny dokumentstruktur i kvalitetssystemet som tydeliggjør og samler sektorovergrepene dokumenter i tråd med kommunens dokumenthierarki.	Styringsgruppe Compilo prosjekt	02.11.20 30.06.21
	Revidere alle rutiner og dokumenter som skal legges inn i nytt kvalitetssystem.	Kommunalsjefer	
Etablere et system som i større grad sikrer at enhetenes ROS-vurderinger	Revidere kommunens rutine for ROS slik at det tydeliggjøres: <ul style="list-style-type: none"> Hvordan ROS vurderinger skal følges opp i virksomhetsplanene i Framsikt. 	Kommunalsjef Administrasjon	01.03.21

Horten kommune
Rådhuset, Teatergata 11
Postboks 10, 3191 HORTEN

postmottak@horten.kommune.no
www.horten.kommune.no
Sentralbord: 33 08 30 00

Kontonr. 7159 05 43060
Org.nr. 964 951 284

<p>følges opp på kommunalsjefnivå, og videre følges opp i kommunedirektørens sektorovergripende ROS-vurderinger</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hvordan se sammenheng mellom avvik og ROS vurderinger Spesifisere hvordan kommunens etablerte møtestruktur skal benyttes til arbeidet med ROS vurderinger, og for å kunne se sammenhengen med sektorovergripende ROS. <p>Etablere og vedta ny mal for ROS og benytte denne i fremtidige ROS vurderinger.</p>	<p>Kommunedirektørens ledermøte</p>	<p>31.08.20</p>
<p>Sikre at alle ansatte gjøres kjent med innholdet i gjeldende avviksrutine</p>	<p>Revidere kommunens rutine for avvikshåndtering</p> <p>Benytte ulike informasjonskanaler for å informere om rutinen:</p> <ul style="list-style-type: none"> De innebygde mulighetene i nytt kvalitetssystem for å sikre distribusjon og informasjon om rutiner VINNtranett som er kommunens informasjonskanal <p>Gjennomgang av rutinen i kommunens etablerte møtestruktur.</p> <p>Sikre informasjon til nyansatte gjennom vår obligatoriske e-læring for nyansatte i KS læring.</p>	<p>Kommunalsjef Administrasjon</p> <p>Kommunalsjef Administrasjon</p> <p>Den ansvarlige leder</p> <p>HR-seksjonen</p>	<p>31.12.20</p> <p>01.01.21</p> <p>Jan 2021</p> <p>Jan 2021</p>
<p>Sikre at alle ansatte får tilstrekkelig opplæring i å melde avvik</p>	<p>Legge til rette for å gjennomføre opplæring av nytt avvikssystem for:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ledere - digital opplæring med leverandør, system administrator og superbruker. Ansatte - digital opplæring i det enkelte kommunalområde med leder og superbruker. <p>Følge opp videre opplæring for ledere og ansatte i de ulike kommunalområdene.</p> <p>Benytte resultatene fra spørreundersøkelsen for å sikre riktig opplæring i det enkelte kommunalområde.</p> <p>Benytte kommunens etablerte møtestruktur til repetisjon og kontinuerlig arbeid med avvikshåndtering</p>	<p>Prosjekteier/-leder</p> <p>Leverandør</p> <p>Leder og superbruker</p> <p>Superbruker</p> <p>Kommunalsjef</p> <p>Den ansvarlige leder</p>	<p>20.12.20</p> <p>Kontinuerlig</p> <p>01.02.20</p> <p>Kontinuerlig</p>

Kommunedirektøren vil følge opp denne planen og anser at tiltakene vil gi nødvendig kvalitet, forbedring og læring for å sikre kommunens videre systematiske arbeid med internkontroll.

På vegne av kommunedirektøren

Helge Skatvedt
kommunalsjef

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur

Kopi til:
Linda Lier
Ragnar Sundklakk

Vedlegg 2: Revisjonskriterier

Problemstilling 1:

I hvilken grad har Horten kommune etablert et tilfredsstillende overordnet internkontrollsystem?

Kilder til revisjonskriterier:

- Kommuneloven – vedtatt 22.06.2018
- KS' Veileder – Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll – versjon 3 – ferdigstilt april 2020.

Tilfredsstillende overordnet internkontrollsystem

Kommunedirektørens ansvar for internkontroll er forankret i kommuneloven. Ny kommunelovs kapittel 25 omhandler internkontroll i kommunen og fylkeskommunen. I den nye kommuneloven fra 2019 er kommunedirektørens ansvar for internkontroll utdypet og presisert, med overordnede bestemmelser om hensikt, innhold og omfang i § 25-1;

§ 25-1. Internkontroll i kommunen og fylkeskommunen

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

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

Ved internkontroll etter denne paragrafen skal kommunedirektøren

- utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering
- ha nødvendige rutiner og prosedyrer
- avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik
- dokumentere internkontrollen i den formen og det omfanget som er nødvendig
- evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.

Kommuneloven kapittel 25 er foreløpig ikke tråd i kraft, da det forventes behandling av særlovsbestemmelser om internkontroll. Det er krav om internkontroll på en rekke særlovsområder, både sektorovergripende og for de ulike tjenestoområdene i kommunen, f.eks. arbeidsmiljøloven, personopplysningsloven, opplæringsloven, barnevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven og sosialtjenesteloven. Kapittel 25 vil tre i kraft 01.01.2021.

I forbindelse med ny kommunelov, ble KS sin nye veileder ferdigstilt i april 2020, med sikte på å være oppdatert og anvendbar i tråd med endringer i lovverket, og da særlig med kommunelovens bestemmelser om internkontroll som utdyper og presiserer kommunedirektørens ansvar. Som nevnt har staten igangsatt en prosess for at særlovgivningens internkontrollbestemmelser for kommuneplikter skal oppheves og erstattes av reglene i kommuneloven.

Ifølge veilederen finnes det ikke ett svar på hva som er god internkontroll – hver kommunedirektør bør gjøre seg opp en formening om hva som er god internkontroll og hvordan den skal innrettes og følges opp i egen kommune. Lovverket angir hva som kreves som et minimum, og i praksis inneholder internkontrollen ofte flere element enn de minstekravene som følger av loven.

Etter loven er hensikten med internkontroll å sikre at lover og forskrifter følges. Lovkravet til internkontroll angir en avgrensning av hva det kan føres tilsyn med. Bestemmelsene i § 25-1 tydeliggjør kommunedirektørens ansvar både for å ha tilstrekkelig kontroll, og et krav om en prosess for å sikre kontroll. Sammenliknet med tidligere kommunelov gis det mer utfyllende bestemmelser om hensikt, innhold og omfang, men kravet er likevel forholdsvis overordnet.

God internkontroll handler i stor grad om systematisk arbeid, god organisering og dokumentasjon, arbeidsmetoder og samhandling som kan forebygge lovbrudd og uønskede hendelser.

Det finnes ingen «fasit» på god internkontroll, men PwC har definert internkontroll slik:

Internkontroll er et formalisert kontrollsystem der kontrollaktiviteter utformes, gjennomføres og følges opp med basis i vurderinger av risiko for styringssvikt, feil og mangler i virksomhetens arbeidsprosesser (PwC, 2009, s. 5).

En tilnærming til god internkontroll kan også være å dele kontrollbegrepet i to perspektiv (KPMG, 2011, s. 6):

Med **strategisk perspektiv** menes det etablerte felles styringssystemet og de verktøyene ledelsen har innført for å nå virksomhetens mål. I COSO betegnes dette som overordnede ledelseskontroller, mens vi i denne veilederen bruker betegnelsen **Sektorovergrepene internkontroll**.

Med **operasjonelt perspektiv** menes de løpende prosessene og praktiske aktivitetene som gjøres i tjenesteproduksjonen (og i støtteprosesser). I COSO betegnes dette som kjerneprosesser og støtteprosesser, mens denne veilederen omtaler dette som **tjenestespesifikk internkontroll og internkontroll i støtteprosesser**.

Ifølge veilederen kan ikke oppmerksomhet på internkontroll frikobles fra andre ledelsesaktiviteter, siden de samspiller og har betydning for hverandre. Forslag og råd i KS' veilederen er derfor basert på at hensikten med internkontroll ikke utelukkende er å unngå lovbrudd, men at god

internkontroll også vil å bidra til en utvikling i tråd med folkevalgte vedtak og planer, sikre kvalitet og effektivitet og bidra til godt omdømme og legitimitet.

Forutsetninger for god internkontroll

KS tar utgangspunkt i tre vilkår som bør være til stede for å ha betryggende kontroll. Disse forutsetningene kan også fungere som en prioriteringshjelp til kommuner som ønsker å styrke internkontrollen, men som ikke vet helt i hvilken ende de skal ta fatt.

- **Risikobasert**
 - Grunnlag for innretning av internkontrollen
 - Grunnlag for tiltak og kontrollaktiviteter
 - Strategisk nivå og operativt nivå
- **Formalisering**
 - Organisering, ansvar og roller
 - Dokumentasjon, rutiner og prosedyrer
 - Rapportering og aggregering
- **Kontrollaktiviteter**
 - Gjennom daglig og faglig virksomhet
 - Planlagte stikkprøver og faste kontroller
 - Avvikshåndtering

Internkontrollens virkeområde

Kommunen som virksomhet er mangeartet, og risikobildet er sammensatt. En tilnærming til systematisering av arbeidet med internkontroll kan være å dele inn kommunedirektørens ansvarsområde, og derved internkontrollens virkeområde.

• Sektorovergripende

- Virksomhetsstyring
- Felles og overordnede reglement
- Vedlikehold og etterlevelse

• Tjenestespesifikk

- Internkontroll innenfor barnevern, barnehage, pleie- og omsorgstjenester, forsyningssektoren, vei- og samferdselsområdet, opplæring, planlegging, bygg og oppmåling og så videre
- Aggregering og rapportering

• Støtteprosesser

- Internkontroll innenfor IKT, anskaffelser, økonomi og personal
- Aggregering og rapportering

KS har laget en samlet modell for internkontroll i kommuner og fylkeskommuner;



Figur 13 – KS samlet modell for internkontroll i kommuner og fylkeskommuner

Det følger av kommuneloven § 25-1 at internkontrollen skal være systematisk og tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Dette innebærer at internkontroll ikke er det samme i alle kommuner, men at visse krav til innhold, utforming og oppfølging må innfris.

Etter bokstav d) skal internkontrollen dokumenteres i den formen og det omfanget som er nødvendig.

Det vil være opp til kommunen (kommunedirektøren) å avgjøre hva som er nødvendig å dokumentere, men det er opplagt at kravet gjelder både rutiner og prosedyrer, risikoanalyser, iverksatte tiltak og avvikshåndtering m.m. Det blir således en vurdering av hvor detaljert og omfangsrik dokumentasjonen skal være. I noen sammenhenger er det tilstrekkelig å dokumentere konklusjonen, i andre sammenhenger kan det være riktig å dokumentere både vurderinger, avveininger og underlagsmateriale.

Til problemstilling 1 vurderer vi kommunens **sektorovergripende internkontroll**.

Sektorovergripende internkontroll

Gjennom den sektorovergripende internkontrollen formidler kommunedirektøren sine forventninger til organisasjonen, og tilrettelegger for etterlevelse, styring og oversikt.

Kommunedirektøren bør formulere og formidle sine forventninger til internkontrollen i virksomheter og tjenester. Dette synliggjøres blant annet gjennom strategier og styringsdokumenter, dialog og sektorovergripende reglement. Her inngår også forventninger til risikobasert internkontroll, og hvordan virksomhetene skal arbeide og rapportere. Kommunedirektørens oppfatning av hva som er viktig, formidles også gjennom hvordan kommunedirektørnivået tilrettelegger for internkontroll, og hva som etterspørres og følges opp.

KS sin veileder gir råd om elementer som bør være på plass, blant annet at internkontrollen bør være risikobasert, at det bør være koblinger mellom internkontroll og virksomhetsstyring, og at internkontrollen bør være tilstrekkelig systematisk, formalisert og dokumentert.

Med sikte på god internkontroll er det en del sektorovergripende reglement – og rutiner - som alle kommuner og fylkeskommuner bør ha på plass. ***Nedenfor er det gitt noen eksempler på sektorovergripende reglement og rutiner som bør være på plass er:***

- *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*
- *Etiske reglement*
- *Rutiner for varsling etter arbeidsmiljølov*
- *Arkivplan*
- *Datasikkerhet og håndtering av personopplysninger (GDPR)*
- *Helse-, miljø og sikkerhet*
- *Krisehåndtering og beredskap*

Dette er ikke ment som en komplett oversikt. For støttetjenester vil det ofte være slik at det felles og overordnede omtales i et sektorovergripende reglement, mens de operative rutinene dokumenteres og følges opp i virksomhetene. Det er en vurderingssak å trekke grensen mellom internkontroll og virksomhetsstyring. Listen ovenfor er ikke uttømmende, og for å «drive kommunen» godt, vil det være mange planer, strategier og reglement som må utarbeides, og som i stor grad kan være premissleverandører for innretning av kommunens internkontroll.

Å ha et reglement «på plass» innebærer både å utarbeide, oppdatere og ajourføre reglementet gjøre det kjent i organisasjonen og sikre at det blir fulgt. Tilstrekkelig opplæring er her sentralt. Med jevne mellomrom bør man også kvalitetssikre at rutiner og arbeidsformer er oppdatert og fungerer etter hensikten. Som en del av formaliseringen bør det også avklares hvem som har ansvar for oppdatering av de ulike reglementene.

Overordnet risikovurdering

I tillegg til risikokartlegginger innenfor tjenester og støtteprosesser, kan også kommunedirektørnivået gjennomføre en overordnet risikovurdering.

En overordnet risikovurdering er ikke noe entydig begrep med et klart definert innhold. Veilederen presenterer tre varianter av hva kommunedirektørnivåets overordnede risikovurdering kan være:

1. Enkel risikovurdering knyttet til helhet i internkontrollen.
2. Risiko for manglende måloppnåelse.
3. En mer omfattende metode for risikovurdering.

I den grad kommunen må prioritere sin innsats anbefaler KS å gjennomføre alternativ 1 ovenfor, og deretter raskest mulig starte forbedringsprosesser i tråd med resultatene av vurderingen.

Alternativ 3 kan passe for kommuner og fylkeskommuner som har en del grunnleggende på plass, og som er modne for å gå videre og få bedre grep om totaliteten og det overordnede.

Enkel risikovurdering knyttet til helheten i internkontrollen

En enkel vurdering av helheten i internkontrollen kan være:

En slik vurdering kan gjøres gjennom diskusjon i ledergruppa for å avdekke og avklare prioriterte områder for forbedring. Disse spørsmålene bør belyses:

1. Har vi sektorovergripende reglementer på plass?
2. Er delegering etablert og fungerende?
3. Er internkontrollen i tjenester og støtteprosesser risikobasert?
4. Er det etablert rutiner og dokumentasjon for tjenesteyting og støtteprosesser?
5. Er rapportering etablert og fungerende?

Det anbefales bruk av skjema for å dokumentere.

Risiko for manglende måloppnåelse

Avhengig av ståsted vil enkelte hevde at risikovurderinger i større grad bør ta utgangspunkt i måloppnåelse: «Hva er risikoen for at vi ikke når våre mål» fremfor oppmerksomhet på feil og mangler.

Risikovurderinger på tjenester og i virksomheter bør starte med arbeidsprosessene, og man bør da ha et forebyggende perspektiv. For en overordnet risikovurdering på kommunedirektørnivå kan det være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i målene – arbeidsoppdraget – slik det fremgår av planer, vedtak og styringsdokumenter. Noen finner også mening i å knytte en overordnet risikovurdering til hensiktene med internkontroll, jf. modellen i figur 11.

En overordnet risikovurdering for kommunedirektørnivået kan gjøres på ulike måter, og det kan være grader av formalisering eller «mal» for arbeidet. Dette innebærer at den kan gjøres omfattende eller enkel, den kan være dyptpløyende eller overfladisk og den kan gjennomføres med lite eller mye tidsbruk. Som minimum bør det være tema i ledergruppa for å avstemme oppfatninger og enes om en eventuell oppfølging.

Disse spørsmålene kan være et utgangspunkt for samtalen:

1. Hva er målene og arbeidsoppdraget vårt?
2. Hva må vi som minimum lykkes med – kritiske suksessfaktorer – for å nå disse målene?
3. Hvilke risikofaktorer finnes som kan medføre at vi ikke når målene?
Hvor sannsynlig er det at disse inntreffer?
Hva vil konsekvensene være dersom de inntreffer?
4. Bør vi foreta oss noe for å redusere risikoene, og derved øke sjansen for måloppnåelse?

KS anbefaler at også slike diskusjoner gjøres innenfor en viss formalisert ramme, at det føres referat og finnes dokumentasjon av konklusjoner og oppfølgingspunkter.

En mer omfattende metode

Dette er et omfattende og bredt arbeid, som kan knyttes både til risiko for uønskede hendelser og til risiko for manglende måloppnåelse.

Dette kan for eksempel gjøres ved å sette opp områder som favner om hele kommunedirektørens portefølje – altså en mer eller mindre komplett kategorisering av internkontrollens virkeområde. En slik opplisting av områder kan være grov- eller finmasket, for eksempel på kommunalområder eller på underliggende enheter eller på tema og områder slik de fremkommer av kommuneplanen. En slik gjennomgang kan også vektlegge gjennomgående dimensjoner som ikke fremkommer av organisasjonskartet eller direkte av målformuleringer, som risiko knyttet til kompleksitet, kompetanse, kapasitet eller kommunikasjon.

Det er selvsagt også mulig å gjennomføre en overordnet risikovurdering på ett tema eller område, for eksempel kompetanse eller omsorg med sikte på å få overblikk og betryggende kontroll og avdekke behov for oppfølging eller tiltak.

På bakgrunn av ovennevnte, har vi utledet følgende revisjonskriterier til problemstilling 1 – tilstrekkelig overordnet internkontrollsystem:

Kommunen bør ha:

- Sektorovergripende reglement og rutiner
- Overordnet risikovurdering

Problemstilling 2:

I hvilken grad har Horten kommune etablert et tilfredsstillende avvikssystem?

Til denne problemstillingen skal vi vurdere kommunens risikobaserte internkontroll og avvikssystem.

Risikoanalyse fører frem til tiltak basert på vurdering i forkant, og avvikshåndtering gir tiltak og læring i etterkant, basert på erfaring.

Kilder til revisjonskriterier:

- Kommuneloven – vedtatt 22.06.2018
- KS' Veileder – Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll – versjon 3 – ferdigstilt april 2020 – kapittel 6 – 8.

Risikobasert internkontroll

Kapittel 6 i veilederen omhandler Risikobasert internkontroll. Hensikten med risikobasert internkontroll er å forebygge for å unngå uønskede hendelser. Risikobasert internkontroll gir trygghet for medarbeidere, og oversikt for ledelsen.

Kommunens internkontroll skal være risikobasert, forstått som at internkontrollen møter reelle risikoer, og at tiltakene bidrar til å få kontroll på og redusere disse risikoene slik at man unngår uønskede hendelser. Når det likevel oppstår avvik, følges dette opp slik at avviket «lukkes», og hendelsen benyttes til læring og forbedring.

Etter kommuneloven § 25-1 skal internkontrollen være systematisk og tilpasset virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Av samme paragraf bokstav c) følger det at kommunedirektøren skal avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik.

Risiko kan forstås som produktet av sannsynlighet og konsekvens av en hendelse. I arbeid med internkontroll er det naturlig å fokusere på hendelser som kan ha negative konsekvenser for virksomheten.

En god internkontroll bør speile de risikoene som finnes, men den skal ikke være mer omfattende enn det som er nødvendig.

Uten en risikobasert tilnærming vil kommunen ikke ha tilstrekkelig kunnskap om hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe, og hvorvidt etablerte tiltak og kontroller på en god nok måte reduserer risiko. En gjennomgang av risikobildet og iverksatte tiltak kan også avdekke eventuelle overlappende eller unødvendige tiltak.

Det er mulig å ha en annen og bredere forståelse av risikobegrepet der også risiko for manglende måloppnåelse inngår i (omfattes av) internkontrollen. Som beskrevet innledningsvis – om

hensikten med internkontroll – er det viktig at kommunens mål og strategier er premissgivende i arbeidet med risikostyring og internkontroll.

Erfaring fra kommuner som har arbeidet med styrking av internkontrollen, viser at det kan være vanskelig å se sammenhengene mellom internkontroll og risikovurderinger og virksomhetsstyring og mål.

Når hensikten er å forsterke internkontrollen – i betydningen å redusere risiko – kan det være hensiktsmessig å legge en snever anvendelse av risikobegrepet til grunn. Tilnærmingen i denne veilederen er å benytte risikovurderinger primært for å unngå uønskede hendelser, ikke for å oppnå kommunens mål. Man kan av og til se at kontroller og tiltak er etablert som respons på historiske hendelser som ikke lenger kan anses betydningsfulle, eller at man ikke har tatt samfunnsutviklingen inn over seg. Eksempler på endret kontekst og rammebetingelser er det digitale samfunnet der sikkerhetstiltak handler like mye om cyber-angrep og hacking som fare for innbrudd og hærverk. Dersom kommunens internkontroll ikke tilpasses dagens samfunn og utviklingen, vil den ikke være tilstrekkelig.

I mange tilfeller er internkontroll og -tiltak etablert på bakgrunn av annet enn risikovurderinger, for eksempel bruk av faste maler eller generelle råd og veiledninger. Slike tilnærminger gir selvsagt kontroll på vedkommende risikoer, men er ikke alltid hensiktsmessig eller tilstrekkelig for å etablere en effektiv og helhetlig internkontroll. Like fullt kan det være gode grunner for slike faglige normer og prosedyrer. De kan være basert på tidligere erfaringer og studier av risiko, kvalitet og forsvarlighet i tjenestene, gjerne med nasjonal eller internasjonal forskning og empiri som grunnlag. Det er altså ikke slik at bare ens egne erfaringer eller analyser skal tillegges vekt.

Det finnes flere metoder for å kartlegge og redusere risiko. I veilederen presenteres en metode som er enkel å gjennomføre, og som kan passe for de fleste kommuner og virksomheter.

Prosessen består av fem deler:

1. Kartlegge risiko: Identifisere hva som kan gå galt.
2. Vurdere risiko: Hvor galt kan det gå?
3. Dokumentere hvilke kontrolltiltak som er iverksatt, altså hva som er gjort for å unngå at det går galt.
4. Vurdere hvorvidt kontrolltiltakene i tilstrekkelig grad reduserer risiko til et akseptabelt nivå. Er det nok?
5. Oppfølging ved å endre eller etablere kontrolltiltak.

Kommunen bør:

- Kartlegge og vurdere risiko
- Iverksette og dokumentere kontrolltiltak for å redusere risiko
- Vurdere effekten av etablerte kontrolltiltak og eventuelt endre eller etablere nye kontrolltiltak

Tilfredsstillende avvikssystem

Risikoanalyse fører frem til tiltak basert på vurdering i forkant, og avvikshåndtering gir tiltak og læring i etterkant, basert på erfaring. I lys av dette handler ikke avvikshåndtering direkte om å redusere risiko, men å lære av feil slik at risikoen i neste omgang blir mindre. Systematisk håndtering av avvik skal bidra til at brudd på lover, forskrifter prosedyrer og rutiner blir registrert og brukt til læring og utvikling.

Kapittel 8.6 i veilederen omhandler Avvik og avvikshåndtering. Risikobasert internkontroll handler om å forebygge uønskede hendelser. Av og til vil det likevel gå galt – uansett hvor god internkontroll vi har, hvor mye opplæring vi bedriver, hvor mye oppmerksomhet vi har på organisasjonskulturen og hvor mange hjelpemidler og verktøy vi kjøper inn.

Avvikshåndtering eksisterer parallelt med og supplerer den risikobaserte internkontrollen. Der risikokartleggingen fører frem til tiltak basert på vurdering i forkant, gir avvikshåndtering tiltak og læring basert på erfaring, altså i etterkant av eventuelle uønskede hendelser.

Avvikshåndtering handler ikke direkte om å redusere risiko, men om å lære av sine feil – slik at risikoen i neste omgang blir mindre. Avvikshåndtering er derfor en viktig del av en levende internkontroll med oppmerksomhet på læring og forbedring.

I mange kommuner er det etablert gode rutiner for avviksregistrering og håndtering av avvik. Systematisk registrering av avvik skal bidra til at brudd på lover, forskrifter, prosedyrer og rutiner blir håndtert på en slik måte at man i neste omgang har bedre arbeidsformer og derved lavere risiko for at samme hendelse inntreffer på nytt.

Enkelte vil hevde at det særlig innenfor pleie- og omsorgstjenestene og HMS-arbeidet er mange kommuner som har gode systemer for håndtering av avvik.

Læring og forbedring

Hensikten med avviksrapportering er å få dokumentert tilfeller der internkontrollen ikke fungerer godt nok, for eksempel fordi en risiko ikke var oppdaget, fordi en rutine ikke ble fulgt eller fordi personalet manglet trygghet eller prosedyre for hvordan en situasjon skulle håndteres.

Det er imidlertid ikke tilstrekkelig å avdekke og rapportere avvik, det er **oppfølgingen** som har effekt.

Avviksrapportering og -håndtering bør selvsagt følges opp slik at det enkelte avviket blir lukket, men den skal også bidra til at tilsvarende eller andre avvik kan forebygges.

Avviksrapportering har liten verdi dersom den ikke representerer noe annet enn en datastrøm inn, eller årlige oppsummeringsrapporter til kommunedirektøren eller kommunestyret. Merverdien i

form av styrket internkontroll oppstår først når avvikstilfellene enkeltvis og aggregert benyttes til læring og utvikling, altså til et systematisk forbedringsarbeid.

Veilederen viser hvordan enkeltepisoder eller oppsummeringer kan gi ulik innsikt og ha ulik verdi for læring, kvalitetsutvikling og forbedret internkontroll. Slik kan avvik benyttes for utvikling og forbedring på ulike nivåer i organisasjonen:

- **På tjenesten:** Praksisnær, kollegaveiledning og opplæring.
- På operativt ledernivå: Enkelt saker gir grunnlag for læring og forbedring. Aggregering brukes for å se på trender. Gi innspill knyttet til nødvendige forebyggende tiltak, behov for hjelpemidler, endring i organisering og oppgavedeling eller nødvendig å arbeide med kulturen?
- **På strategisk ledernivå:** Se på trender, aggregerte rapporter fra tjenesteområder og kunnskap om avvik som ikke er lukket. Få innspill på momenter som vedrører forebygging, ressurstilgang, standarder, kulturelle og organisatoriske tema.
- **Folkevalgt nivå:** Kvalitet og måloppnåelse, omdømme, standarder. Eventuelle store avvik, enkelt saker eller «kriser» som folkevalgte bør kjenne til og orientere administrasjonen om.

Verktøy

Det finnes ulike IT-verktøy som håndterer rapportering, oppfølging av avslutning (lukking) av avvikssaker. Kommunene bør også tenke på læring, utvikling og forbedring, og selv vurdere hvorvidt særskilt IT-løsning for avvikshåndtering er nødvendig, og hvordan en elektronisk løsning også kan bidra til forbedringsarbeid.

Avvikskjede

Veilederen viser eksempel på avvikskjede

1. Avvik oppstår, og den som avdekker avviket fyller ut et avviksskjema. Skjemaet oversendes nærmeste leder eller lederen for tjenestestedet der avviket oppstod.
2. Leder mottar og vurderer meldingen, for eksempel alvorgrad og behov for umiddelbare tiltak.
3. Leder – gjerne ved involvering av aktuelle medarbeidere – vurderer og beslutter iverksetting av tiltak og frist for oppfølging.
4. Leder er ansvarlig for at tiltak iverksettes og avviket lukkes.
5. Årsak til avviket og iverksatte tiltak inngår i læringssløyfe (forbedringsarbeid) og rapportering (aggregering og rapportering).
6. Det gis tilbakemelding om resultatet til den som meldte avviket.

Avvikskultur:

Det fremgår av veilederen at det er viktig å ha klare definisjoner på hva som er å oppfatte som et avvik. Hvor går grensen for at avviket som oppstår, skal registreres? Et avvik kan være både en hendelse og en mer permanent situasjon. Enkelte lovverk har spesifisert hendelser som

meldepliktige tjenester. Dette er lovverk som bestemte yrkesgrupper må kjenne til og følge opp, og der det er krav om at avvik skal meldes.

Avvik oppstår gjerne på bakgrunn av avgjørelser og handlinger ansatte tar og gjør. Når en uønsket hendelse oppstår, må hver enkelt ansatt selv vurdere om hendelsen er av en slik karakter at den bør meldes som et avvik. Dersom handlingen bryter bestemmelser i lover og forskrifter, bør det oppfattes som et avvik.

Ved håndtering av avvik er det naturlig å tenke læring – slik at man i tillegg til å håndtere den konkrete situasjonen (avviket) også iverksetter forebyggende tiltak for å unngå tilsvarende hendelse i fremtiden.

Ifølge veilederen smitter ledelsens holdninger og kultur over på medarbeiderne. Medarbeidere som erfarer at det å melde avvik bidrar til at organisasjonen lærer av episoder og feil, vil være mer tilbøyelige til å melde avvik enn om erfaringen er at avvik brukes til å henge ut enkeltpersoner. Det samme gjelder rutiner for tilbakemeldinger til den som melder, og god praksis kan bidra til at kommunens omdømme forbedres.

Det bør innføres rapportering på avvik fra virksomhetsnivå og til strategisk og folkevalgt ledelse. Noen kommuner har valgt å integrere avviksrapporteringen i månedsrapporteringen. Andre kommuner har egne rapporteringsmal og -rutiner for avviksrapportering. Hver kommune bør integrere avviksrapportering med tanke på innhold og hyppighet i sitt styringssystem ut fra hva som anses hensiktsmessig og hvilke behov kommunen har.

På bakgrunn av ovennevnte, har vi utledet følgende revisjonskriterier til problemstilling 2 – tilfredsstillende avvikssystem:

Kommunen bør ha:

- Etablert nødvendige rutiner og prosedyrer
- Rutiner og prosedyrer er gjort kjent blant de ansatte
- Gjennomført opplæring i å melde avvik
- Lagt til rette for å melde avvik

Problemstilling 3:

I hvilken grad sikrer behandling og oppfølging av avvik til kontinuerlig forbedring av praksis?

Kilder til revisjonskriterier:

- KS' Veileder – Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll – versjon 3 – ferdigstilt april 2020 – kapittel 8.6 som er omtalt under problemstilling 2 over.

Vi har utledet følgende revisjonskriterier til problemstilling 3:

Kommunen bør:

- Behandle og lukke avvik
- Håndtere avvik systematisk slik at de bidrar til læring og forbedring

Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring

Den praktiske gjennomføringen

Forvaltningsrevisjonen startet opp ved oppstartbrev dato 28.05.2020. Oppstartsmøte ble holdt 10.06.2020 dato med kommunedirektør, internrevisor, kommunalsjef Administrasjon, kommunalsjef Oppvekst, kommunalsjef Helse og Velferd, hovedverneombud og hovedtillitsvalgt til stede.

Datainnsamling og rapportskrivning har foregått i perioden juni – november 2020.

Vi har hatt møte internrevisor 12.8.2020, for gjennomgang av utkast til spørreundersøkelse til ansatte.

Vi har hatt intervju med internrevisor og kommunalsjef Administrasjon 3.9.2020. Møtet omhandlet i hovedsak kommunens avvikssystem – KF Avvik. I tillegg fikk vi informasjon om hvordan det jobbes fra overordnet nivå for å sikre god meldekultur, tilstrekkelig opplæring i å melde avvik og at avvikshåndtering skal bidra til læring og kvalitetsforbedring i kommunen. Referat fra intervjuet er bekreftet av kilden.

Vi har hatt oppsummeringsmøte med assisterende kommunedirektør/ kommunalsjef administrasjon og internrevisor den 10.11.2020. I møtet fikk kommunen anledning til å komme med innspill til faktafeil i rapporten. Kommunen hadde noen få kommentarer som ble oversendt til revisjonen i etterkant av møtet. Vi har korrigert rapporten med innspillene fra kommunen.

Innsamling av data

For å undersøke kommunens overordnede internkontrollsystem har vi innhentet og gjennomgått sektorovergrepene reglement og rutiner, samt kommunens styrende dokument for ROS-vurderinger og dokumentasjon som viser kommunens overordnede risikovurdering. Kommunen har gitt oss tilgang til Rutineportalen, hvor kommunes rutiner og reglement skal ligge.

For å undersøke kommunens avvikssystem, har vi innhentet og gjennomgått prosedyre for avviksbehandling i KF Avvik. Kommunen har gitt oss tilgang i avvikssystemet KF Avvik, slik at vi har hatt mulighet til å se på meldte avvik og håndtering av disse, samt avviksstatistikk.

Videre har vi innhentet informasjon via e-post.

Særskilt undersøkelse utvalgte enheter

Vi har gjennomført en særskilt undersøkelse av noen utvalgte enheter. Vi har foretatt en stikkprøveundersøkelse av inntil 10⁸ meldte avvik i KF Avvik og behandlingen av disse, for noen utvalgte enheter i kommunen i perioden august-september 2020. Revisjonen valgte ut avvikene

⁸ Noen enheter hadde færre enn 10 meldte avvik i kontrollert periode.

som ble undersøkt. Videre har vi sendt spørsmål til enhetsledere om hvordan de jobber med avvik, og vi etterspurte også gjennomførte ROS-analyser i 2020.

Undersøkelsen omfattet følgende ni enheter:

Helse og Velferd

- 5241 Indre Havn – avd. 1 (inkl natt)
- 5262 Braarudåsen – avd. Korttid/lindrende

Oppvekst

- 3280 Barnehabilitering – Tua Toppen
- 3282 Barnehabilitering - Freia Fart og Fritid
- 4070 Åsgården skole
- 4200 Borre ungdomsskole

Kultur og samfunnsutvikling

- 4665 Cafè Gul

NAV

- 5512 NAV Oppfølging Voksen

Teknisk

- 8200 Eiendom

Spørreundersøkelse til alle ansatte

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse til alle ansatte i kommunen. Kommunen fikk anledning til å komme med innspill til utforming av spørreundersøkelsen. Til utsendelse av spørreundersøkelsen fikk vi 2.856 e-postadresser fra kommunen, som skulle være alle fast ansatt. I etterkant viste det seg at ca. kun 2.100 skulle fått undersøkelsen, da øvrige ca. 750 ikke er fast ansatte i kommunen – men jobber på timer for kommunen (støttekontakter mm). Vi fikk 1070 svar – en svarprosent på 37,5%. Dersom undersøkelsen kun hadde blitt sendt til fast ansatte, vurderer vi at svarprosenten kunne vært høyere. Vi vurderer at det er positivt at vi har fått over tusen svar og at hele kommunen har fått mulighet til å svare på spørreundersøkelsen. Av de 1070, som har svart, har nærmere 90% av disse jobbet mer enn 2 år i kommunen, 4% mindre enn 6 måneder og 8% i 6 måneder – 2 år. Videre har 83%, av de som har svart, mer enn 70% stilling i kommunen, mens 12% har mellom 31 og 70% og 5%, av de som har svart, har under 30% stilling.

Tabellen nedenfor viser svarfordeling mellom kommunalområdene.

	Total	Admini- strasjon	Helse og Velferd	Horten havnevesen	Kultur og Samfunns- utvikling	NAV	Oppvekst	Teknisk
N	1070	66	396	4	46	30	427	101

Tabell 15 – svarfordeling – spørreundersøkelse til ansatte

Svarene fra Havnevesenet er utelatt fra tabeller i rapporten, pga få svar fra dette kommunalområdet.

Relevans og pålitelighet

Forvaltningsrevisjoner skal gjennomføres på en måte som sikrer at informasjonen i rapporten er pålitelig og relevant.

Relevans (gyldighet) handler om at en undersøker de forholdene som problemstillingene handler om. Pålitelighet (reliabilitet) handler om at innsamling av data skal skje så nøyaktig som mulig – at innholdet er til å stole på. Både relevans og pålitelighet vurderes i forbindelse med kvalitetssikringen av forvaltningsrevisjonen.

Undersøkelsen bygger på data innhentet ved hjelp av flere metoder og fra ulike datakilder, jf. beskrivelsene ovenfor.

Vi har tatt hensyn til de muligheter og begrensninger som ligger i datagrunnlaget. Vi mener derfor at de innsamlede dataene er tilstrekkelig relevante og pålitelige som grunnlag for våre vurderinger og konklusjoner.

Personopplysninger

I forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen har vi behandlet personopplysninger som navn og epostadresse til ansatte i kommunen.

Vårt rettslige grunnlag for å behandle personopplysninger er kommuneloven § 24-2 fjerde ledd.

Vi behandler personopplysninger slik det er beskrevet i vår personvernerklæring.

Personvernerklæringen er tilgjengelig på vår nettside vtrevisjon.no.

God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomføres, dokumenteres og rapporteres i samsvar med lov og forskrift, og god kommunal revisjonsskikk, jf. kommuneloven §24-2. Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført i samsvar med kommuneloven, forskrift om kontrollutvalg og revisjon og RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon⁹.

RSK 001 krever at forvaltningsrevisjon skal kvalitetssikres. Kvalitetssikring skal sikre at undersøkelsen og rapporten har nødvendig faglig og metodisk kvalitet. Videre skal det sikres at det er konsistens mellom bestilling, problemstillinger, revisjonskriterier, data, vurderinger og konklusjoner.

⁹ Gjeldende RSK 001 er fastsatt av Norges Kommunerevisorforbunds styre med virkning fra 1 februar 2011, og er gjeldende som god kommunal revisjonsskikk. Standarden bygger på norsk regelverk og internasjonale prinsipper og standarder, fastsett av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og Institute of Internal Auditors (IIA).

Vestfold og Telemark revisjon IKS har et system for kvalitetskontroll som er i samsvar med den internasjonale standarden for kvalitetskontroll – *ISQC 1 Kvalitetskontroll for revisjonsfirmaer som utfører revisjon og begrenset revisjon av regnskaper samt andre attestasjonsoppdrag og beslektede tjenester*. Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikret i samsvar med vårt kvalitetskontrollsystem og i samsvar med kravene i RSK 001.



På vakt for felleskapets verdier

Rapporten er utarbeidet av
Vestfold og Telemark revisjon IKS

Har du spørsmål til rapporten?

Ta kontakt med oss:

Telefon: 35 91 70 30 / 33 07 13 00

E-post: post@vtrevisjon.no

www.vtrevisjon.no