



Vestfold
og Telemark
revisjon

Internkontroll

Forvaltningsrevisjon | Seljord kommune

Innhold

Samandrag	3
1. Innleiing.....	4
1.1. Kontrollutvalet si bestilling	4
1.2. Problemstilling og revisjonskriterier.....	4
1.3. Avgrensing.....	4
1.4. Metode og kvalitetssikring	4
1.5. Rådmannen si fråsegn	5
2. Internkontroll.....	6
2.1. Beskriving av oppgåvene, målet og organiseringa for verksemda	6
2.2. Tiltak for å sikre at det blir gjort systematiske risikovurderingar	8
2.3. Tiltak for å sikre kunnskap om rutinar, prosedyrar, roller og ansvar	9
3. Avvikssystemet.....	10
3.1. System og rutinar for å registrere og følgje opp avvik	10
3.2. Avvikssystemet og rutinane – kunnskap og oppfølging	15
4. Rapportering til kommunestyret	26
4.1. Fakta om rapportering om arbeidet med internkontroll	26
4.2. Revisors vurdering av rapporteringa om internkontroll	26
5. Konklusjonar og tilrådingar	27
5.1. Konklusjonar.....	27
5.2. Tilrådingar	28
Litteratur og kjeldereferansar	29
Vedlegg.....	30
Vedlegg 1: Rådmannen si fråsegn.....	30
Vedlegg 2: Revisjonskriterium.....	31
Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring	37

Samandrag

I denne forvaltningsrevisjonen har vi sett på kommunen sitt arbeid når det gjeld internkontroll, med vekt på risikovurderingar, avvikssystem og rapportering.

1) Har Seljord overordna, systematisk og dokumentert internkontroll?

Seljord kommune har berre delvis ein overordna, systematisk og dokumentert internkontroll. Vi vil peike på følgjande:

- Kommunen beskriv oppgåvene, målet og organiseringa for verksemda, men nokre av dei sentrale dokumenta er utdaterte og lite brukbare.
- Kommunen har nokre tiltak for å sikre at det blir gjort systematiske risikovurderingar, men desse blir berre delvis nytta, og det blir ikkje gjort risikovurderingar på sentrale tenestoområde, som t.d. skule.
- Rutinar, roller og ansvar er ikkje godt nok grad avklart, skriftleggjorde og kommuniserte i organisasjonen.

2) Har Seljord kommune tilstrekkelege system for å fange opp og følgje opp avvik?

Seljord kommune har eit system for å fange opp og følgje opp avvik. Systemet er implementert, og det er brukt ressursar på opplæring og informasjon.

Vi ser likevel at kommunen så langt ikkje har lukkast med å sikre at avvikssystemet og rutinane knytt til det er kjent og tatt godt i bruk i heile organisasjonen. Kultur og rutinar for rapportering, oppfølging og læring etter avvik ser ut til å variere mykje på tvers av ulike sektorar i kommunen.

3) Rapporterer administrasjonen til kommunestyret om arbeidet med internkontroll?

Det blir rapportert om internkontroll og statlege tilsyn frå administrasjonen til kommunestyret i kommunen si årsmelding. Men rapporteringa gir ikkje informasjon om innhaldet i internkontrollarbeidet, eller om kontrollar som er gjennomførte. Det er heller ikkje rapportert om resultatet av statlege tilsyn. Det er såleis ikkje rapportert i samsvar med krava i kommunelova.

Tilrådingar

Vi rår kommunen til å

- gjennomføre risikovurderingar og å oppdatere styrande dokument, slik at dei blir risikobaserte, funksjonelle og i tråd med gjeldande krav.
- treffe tiltak for å betre internkontrollkulturen og sikre at dei tilsette får tilstrekkeleg og relevant opplæring om rutinar og avvikssystem.
- rapportere til kommunestyret om arbeidet med internkontroll og resultat frå eventuelle statlege tilsyn i samsvar med gjeldande krav.

Skien, 15.02.2024.

1. Innleiing

1.1. Kontrollutvalet si bestilling

Forvaltningsrevisjonen er bestilt av kontrollutvalet i Seljord kommune i sak 10/23. Bakgrunnen for bestillinga er prosjektplan levert etter sak 1/23.

Reglane om forvaltningsrevisjon står i kommunelova § 23-2, første ledd bokstav c, jf. § 23-3 og § 24-2 og i forskrift om kontrollutval og revisjon.

1.2. Problemstilling og revisjonskriterier

Rapporten handlar om følgjande problemstillingar:

- 1) Har Seljord overordna, systematisk og dokumentert internkontroll?
- 2) Har Seljord kommune tilstrekkelege system for å fange opp og følgje opp avvik?
- 3) Rapporterer administrasjonen til kommunestyret om arbeidet med internkontroll?

Revisjonskriteria står under kvar problemstilling og er nærare utgreidde i vedlegg 2.

1.3. Avgrensing

Vi har kartlagt kommunen sine rutinar knytt til risikovurdering og avvikshandtering. Vi har ikkje kartlagt dokumentasjon og kjennskap til kommunen sine rutinar på tenesteområda.

1.4. Metode og kvalitetssikring

Denne forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Lars Pedersen, med Kirsti Torbjørnson som oppdragsansvarleg.

Vi har gått gjennom sentrale dokument som vi har fått tilsendt frå kommunen, dokument på intranettet til kommunen og i dokumentbiblioteket i Compilo og dessutan det vi har funne av offentleg tilgjengelege dokument. Vi har intervjuar leiarar og tilsette i kommunen. Tema for intervjuar var i hovudsak roller og ansvar, internkontroll, økonomiregelverk, delegasjon og mynde/fullmakter, avvikssystemet og tilhøyrande rutinar og kultur, og dessutan opplæring og kompetanse. Vi har også gjennomført ei spørjeundersøking blant alle dei tilsette i kommunen.

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

1.5. Rådmannen si fråsegn¹

Rapporten er send til rådmannen for uttale 01.02.24, jf. forskrift om kontrollutval og revisjon § 14. Rådmannen si fråsegn ligg i vedlegg 1.

¹ Kommuneleova nyttar tittelen «kommunedirektør» om øvste administrative leiar i kommunen. Seljord nyttar tittelen «rådmann».

2. Internkontroll

Problemstilling 1: Har Seljord kommune overordna, systematisk og dokumentert internkontroll?

Til denne problemstillinga har vi utleidd følgjande revisjonskriterium:

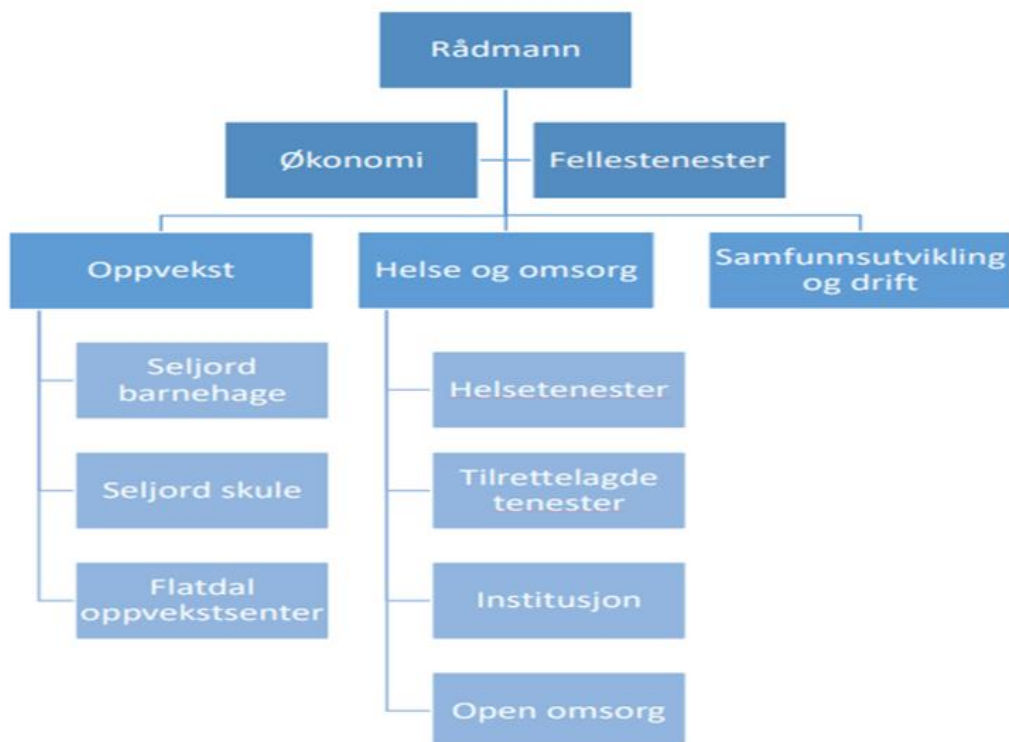
- Kommunen skal ha ei beskriving av oppgåvene, målet og organiseringa for verksemda.
- Kommunen skal ha tiltak for å sikre at det blir gjort systematiske risikovurderingar
- Kommunen skal ha tiltak som kan sikre at rutinar, prosedyrar, roller og ansvar er godt kjende blant dei det gjeld.

2.1. Beskriving av oppgåvene, målet og organiseringa for verksemda

Kommunen skal ha ei beskriving av oppgåvene, målet og organiseringa for verksemda.

2.1.1. Fakta om beskriving av oppgåver, mål og organisering

Organisasjonskart for Seljord kommune



Organisasjonskartet er oppdatert per februar 2022. Oppvekst, Helse og omsorg og Samfunnsutvikling og drift ligg som tre område under rådmannen, i tillegg til Økonomi og Fellestenester.

Kommuneplanen – samfunnsdel er vedtatt i 2017, planperioden er 2017-27. Dette er kommunen sitt overordna styringsdokument, og her er det gjort greie for visjon og overordna mål på kommunen sine tenesteområde. I kommunen sin planstrategi 2020-23 står det kva for planar kommunen har, og kva planarbeid som skulle prioriterast i planperioden. På kommunen sine nettsider er det oversikt over overordna planar og temaplanar, med mål for ulike område i kommunen. Det er nærare prioriteringar knytt til desse måla i økonomiplan og budsjett 2023-26.

Kommunen sitt økonomireglement vart vedteke av kommunestyret i juni 2019. Økonomireglementet inneheld sentrale punkt på området, som reglar for økonomiplan og årsbudsjett, investeringar, innkjøp, mm. Økonomireglementet viser til kommunelova 1992, som er oppheva frå 2020.

I intervju med sentrale leiarar i kommunen kom det fram at økonomireglementet ikkje blir brukt aktivt i særleg grad. Dette kjem mellom anna av at dokumentet er utdatert. Kommunen har ikkje rutinar for å gi nye leiarar opplæring i eller introduksjon til økonomireglementet. Fleire av leiarane uttrykte manglande kjennskap til og aktiv bruk av reglementet.

Delegasjonsreglementet eit sentralt styringsdokument når det gjeld roller og ansvar. Delegasjonsreglement er frå 2016, sist vedteke vidareført av kommunestyret i 2020. Det står at formålet med delegasjonsreglementet er at det skal vere «eit verktøy for å kunne realisere målsetjinga om ansvars- og rollefordeling mellom det politiske og administrative nivået, og gjere sakshandsamingstida kortast mogleg». Sjølv om delegasjonsreglementet vart vedteke (på ny) i 2020, er det basert på gammalt lovverk. Leiinga i kommunen opplever på ulike nivå at reglementet ikkje er operasjonelt og brukbart.

Årsmeldinga beskriv oppgåvene i kommunen innanfor ulike område/sectorar, i form av omtale av gjennomførte aktivitetar, utfordringar og tenestetilbod.

Kommunen nyttar eit internkontrollsystem, Compilo. I Compilo har kommunen eit dokumentbibliotek. Ein del retningslinjer, rutinar og andre styrande dokument ligg på kommunen sitt intranett. I tillegg får vi opplyst at det i noko grad også er slik at ulike delar av kommunen har sine egne system for dokumentasjon av rutinar og retningslinjer.

2.1.2. Revisors vurdering av beskrivinga av oppgåver, mål og organisering

Samla sett har kommunen dokumentert beskriving av oppgåver, mål og organiseringa av verksemda.

Internkontrolldokumenta er ikkje samla i kommunen sitt internkontrollsystem, og det kan såleis vere varierende tilgjenge, systematikk og samordning av dokumenta.

Nokre av dei styrande dokumenta, som økonomireglement og delegasjonsreglement, er utdaterte og lite brukbare. For eksempel er både økonomireglementet og delegasjonsreglementet basert på oppheva lov. Dette er ei utfordring for både leiing og dagleg drift, men kan likevel ikkje seiast å innebere at kommunen ikkje har beskrive organiseringa si, mål og oppgåver, då dette kjem fram på eit overordna nivå i andre dokument.

2.2. Tiltak for å sikre at det blir gjort systematiske risikovurderingar

Kommunen skal ha tiltak for å sikre at det blir gjort systematiske risikovurderingar

2.2.1. Fakta om tiltak for å sikre systematiske risikovurderingar

Kommunen har ein plan frå 2013 for gjennomføring av risikovurderingar. Planen handlar om risikovurderingar innanfor HMS, og tek utgangspunkt i arbeidsmiljølova og internkontrollforskrifta². Utover denne planen kan vi ikkje sjå at kommunen har planar eller rutinar for å sikre at det blir gjort risikovurderingar.

Det finst ein mal i Compilo for gjennomføring av ROS-analysar. Malen blir i følgje fleire vi intervjuar i kommunen, brukt i varierende grad på dei ulike områda i kommunen.

Innanfor Helse og omsorg opplever kommuneleiinga at kompetansen blant leiarane er noko mangelfull når det gjeld å utarbeide risikovurderingar. Kommunalsjefen for helse opplever at malen i Compilo fungerer godt. Helse gjennomfører ein del risikovurderingar, men kommunalsjefen opplyser samtidig at det kunne vore gjort meir av dette.

Innanfor oppvekst er det ikkje etablert eit system/rutinar for gjennomføring av risikovurderingar. Kommunalsjefen for oppvekst opplyser at det ikkje eksisterer planar for gjennomføring av risikovurderingar på dette området, og at det sannsynlegvis ikkje er gjennomført eller oppdatert risikovurderingar det siste året. Det er eit ønske om meir opplæring og kompetanse om dette.

Statsforvalteren hadde i 2022 tilsyn med kommunen sin internkontroll i skulen, med fokus på plikta til å varsle og undersøke ved mistanke om at ein elev ikkje har eit trygt skulemiljø. Tilsynet viste at kommunen i praksis følger lova, men at det manglar skriftlege rutinar, bruk av avvikssystem, og risikovurderingar.

Samfunnsutvikling og drift har eigne dokument og malar for analysane sine og brukar dermed i mindre grad malen til kommunen/system i Compilo. Drift gjer nokre risikovurderingar i Compilo, og tilpassar då malen til eigne behov, men har også eit eige internt system for risikovurderingar,

² Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften).

årshjul, mm. Avdelinga har skriftlege rutinar for korleis dette skal følgjast opp og for kor ofte dei ulike risikovurderingane skal oppdaterast i form av årshjul og vedlikehaldsplanar.

Det er ingen rutine for at risikovurderingar blir tekne opp i leiargruppa på ein systematisk eller planmessig måte. Kommunen har heller ikkje felles rutinar for kor ofte risikovurderingar skal gjennomførast eller oppdaterast. Rådmannen går ut frå at kjennskapen til malen er «varierende» blant leiarane i kommunen.

2.2.2. Revisors vurdering av tiltak for å sikre systematiske risikovurderingar

Kommunen har nokre overordna tiltak for å sikre systematiske risikovurderingar, men det er i liten etablert systematisk praksis for dette. Praksis varierer mellom sektorar og fagområde. Etter revisors vurdering er dette kriteriet ikkje oppfylt.

2.3. Tiltak for å sikre kunnskap om rutinar, prosedyrar, roller og ansvar

Kommunen skal ha tiltak som kan sikre at rutinar, prosedyrar, roller og ansvar er godt kjende blant dei det gjeld.

2.3.1. Fakta om kunnskap om rutinar, roller og ansvar

Kommunen har gjennomført ei medarbeidarundersøking. Svare her indikerer ein del uvisse i organisasjonen når det gjeld roller og ansvar. Vidare kjem det fram i intervjuet våre at det generelt finst mykje uvisse og uklårleik i organisasjonen når det gjeld roller, ansvar og mynde. Fleire av dei vi har snakka med kjenner ikkje til delegasjonsreglementet, eller har ikkje lest det. Dei som kjenner til det, opplever det som utdatert, både juridisk og med tanke på den praktiske organiseringa i kommunen. Rådmannen opplyser at det var starta eit arbeid for å lage eit nytt delegasjonsreglement, men at dette arbeidet har stoppa opp.

Vi får opplyst at det er eit generelt problem i ulike delar av kommuneadministrasjonen at leiarar og tilsette ikkje er sikre på korleis roller og ansvar er fordelt. Konkret blir einingsleiarnivået trekt fram som ei utfordring, der det kan herske tvil om kva som eigentleg er lagt og delegert av ansvar og mynde. Tillitsvalde kan fortelje at det for dei tilsette ofte er uklart kven som har ansvar for kva. Her blir det trekt fram nokre konkrete døme, til dømes at stillinga «fagleiar» blir brukt utan at det er tilstrekkeleg avklart kva ansvar som ligg til den rolla. Eit anna døme er at «tenesteveg» ikkje alltid er eit like enkelt omgrep å rette seg etter, då det for nokre tilsette ikkje er heilt klart kven som faktisk er næraste leiar og kven som har personalansvaret. Det blir rapportert om ein generell mangel på stillingsbeskrivingar.

Både tillitsvalde og leiarar gir uttrykk for at kommunen har ei generell utfordring med at rutinar i for liten grad er dokumentert, samt at dei skriftlege rutinane og styringsdokumenta som finnes i for

liten grad er brukbare og i liten grad er godt kjent. Eit eksempel på dette er økonomireglementet, som fleire uttrykte lite kjennskap til, men gjerne skulle ønske dei fekk meir opplæring i. Særleg opplæring i økonomireglementet for nye/nytilsette leiarar vart nemnt.

Kommunen har et dokumentbibliotek i Compilo. Dette er i noen grad i bruk, men både ved egen gjennomgang og via informasjon fra intervjuer kommer det frem at bruken av dette området ikke er fullt implementert i organisasjonen. En del retningslinjer, rutiner og andre styrende dokumenter finnes på kommunens intranett. I tillegg får vi opplyst via intervjuer at det i noen grad også er slik at ulike deler av kommunen har sine egne interne systemer for dokumenter.

2.3.2. Revisors vurdering av rutinar, roller og ansvar

Det er revisors vurdering at kommunen ikkje har gode nok tiltak for å sikre at rutinar, prosedyrar, roller og ansvar er godt kjende blant dei det gjeld. Mange tilsette meiner at rutinar, roller og ansvar heller ikkje er godt nok avklart, skriftleggjorde og kommuniserte. Dette fører til at tilsette opplever at det er uklare linjer og ansvarsforhold.

3. Avvikssystemet

Problemstilling 2:

Har Seljord kommune tilstrekkelege system for å fange opp og følgje opp avvik?

Til denne problemstillinga har vi følgjande revisjonskriterium:

- Kommunen skal ha system og rutinar for å registrere og følgje opp avvik.
- Kommunen skal sørge for at avvikssystemet og rutineane knytt til det er kjent i organisasjonen.
- Kommunen skal sikre at avvik blir følgde opp på ein måte som bidreg til læring i organisasjonen.

3.1. System og rutinar for å registrere og følgje opp avvik

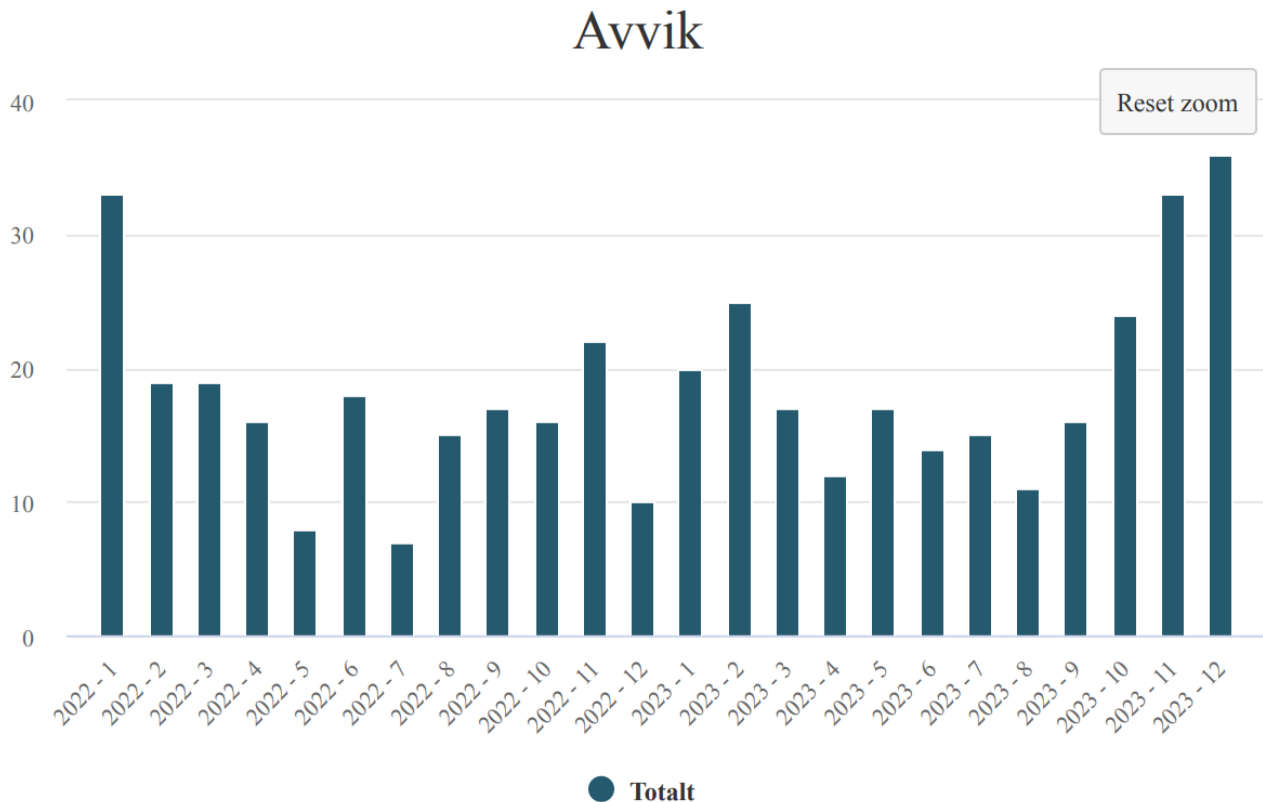
Kommunen skal ha system og rutinar for å registrere og følgje opp avvik.

3.1.1. Fakta om system og rutinar for å registrere og følgje opp avvik

Kommunen bruker Compilo som avvikssystem. I kapittel 3 går vi nærare inn på kjennskapen til og bruken av avvikssystemet. Der er resultatene frå spørjeundersøkinga sentrale.

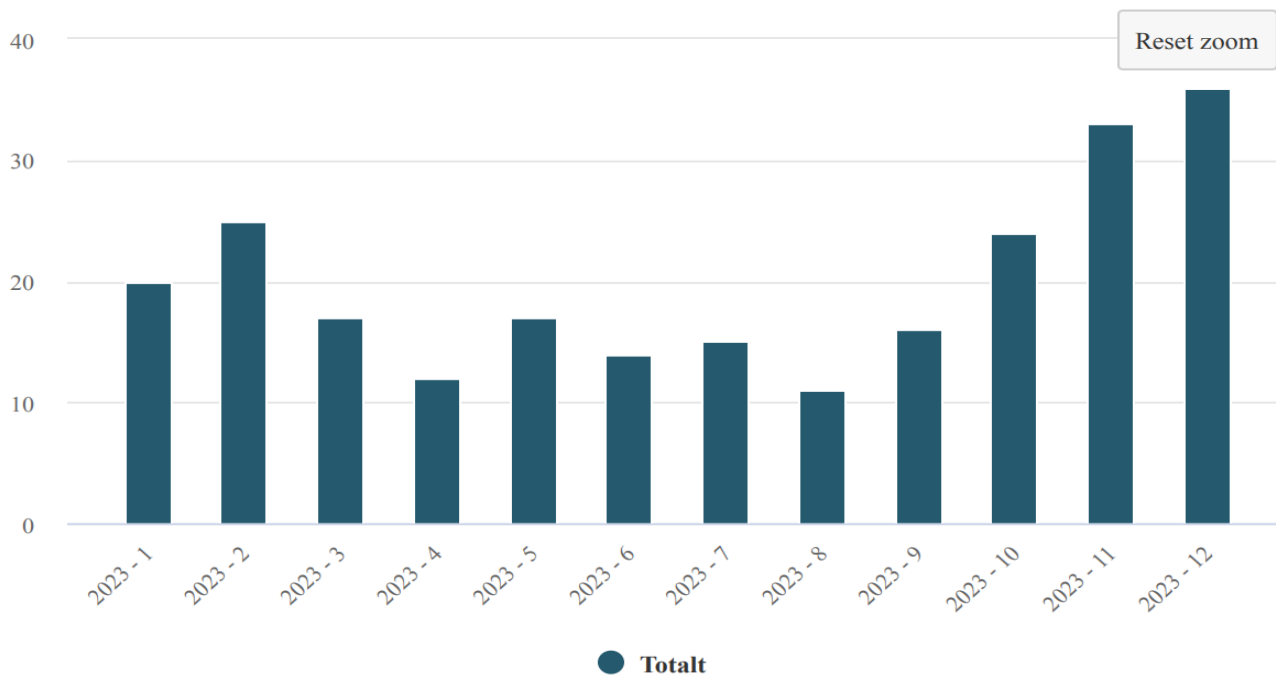
Kommunen har ei skriftleg rutine for å melde avvik. I rutinen blir det forklart kva som er eit avvik, korleis ein kan vurdere og gradere eit avvik, korleis avvik blir følgde opp, og dessutan korleis ein går fram for å melde eit avvik i Compilo. Her står at det er ønskeleg at tilsette melder avvik.

I Compilo er det mogleg å få oversikt over rapporterte avvik og dessutan statistikk over avvika til kommunen. I figuren under har vi henta ut det samla talet på avvik for 2022 og 2023. Kvar søyle representerer ein måned.



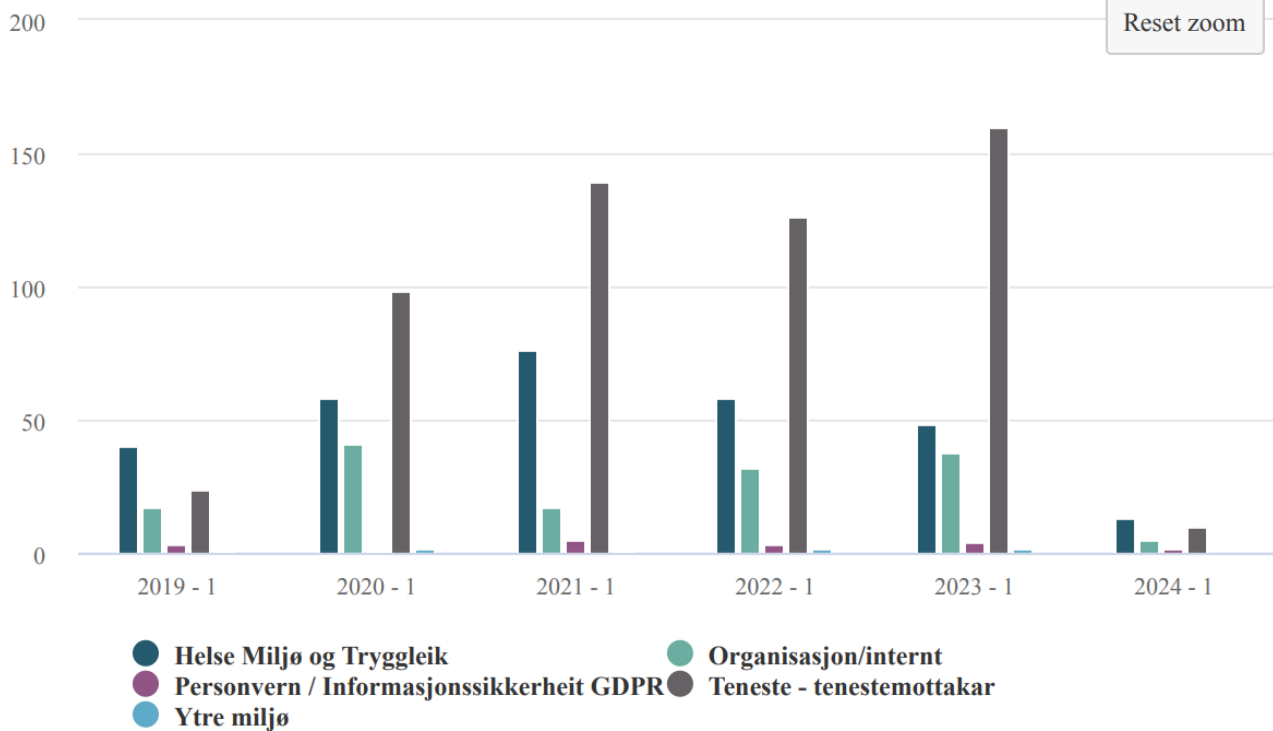
Det er ein liten tendens til at det blir meldt flest avvik tidleg og seint på året. Det ser vi også i statistikken for tidlegare år (ikkje vist her). I neste figur blir berre tal vist for 2023, slik at figuren blir litt lettare å lese.

Avvik



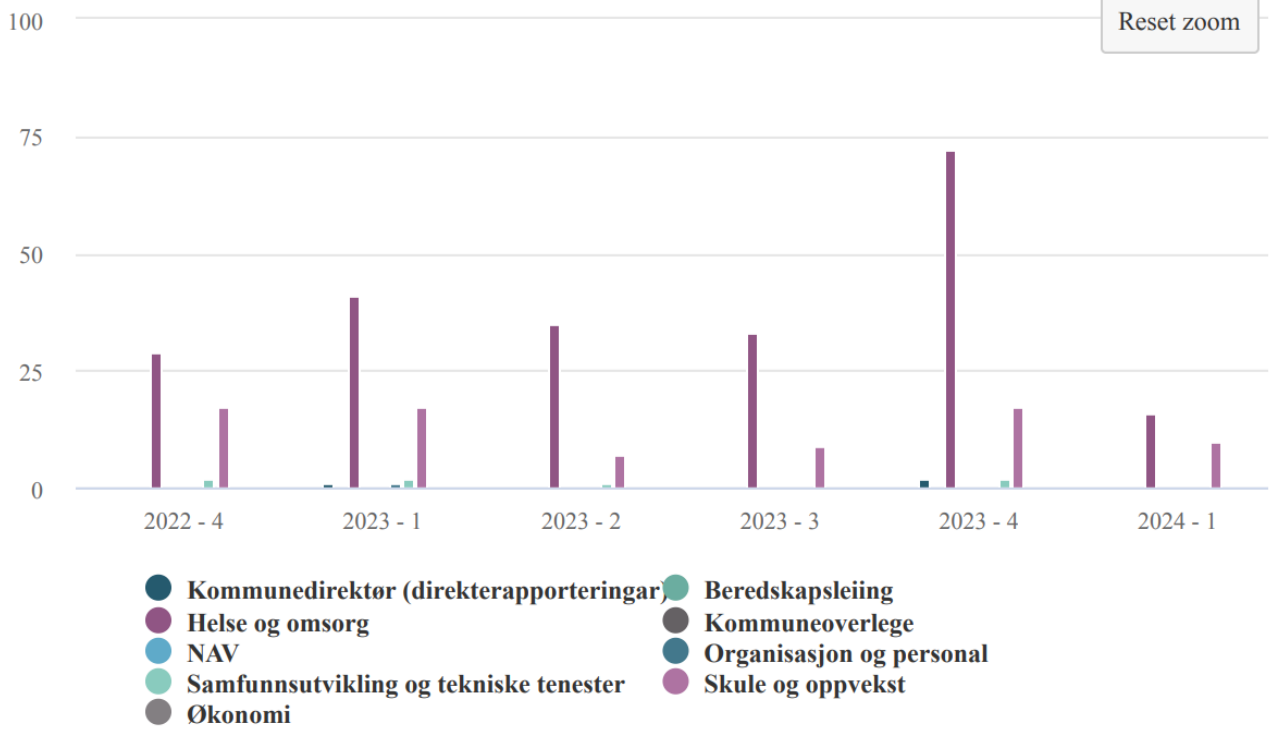
Figuren under viser tall for avvik per år for perioden 2019-2023 (og dessutan hittil midtvegs i januar 2024, dette kan sjåast bort frå). Her kjem det fram at tenesteavvik er den klart mest brukte kategorien den seinare tida.

Avvik



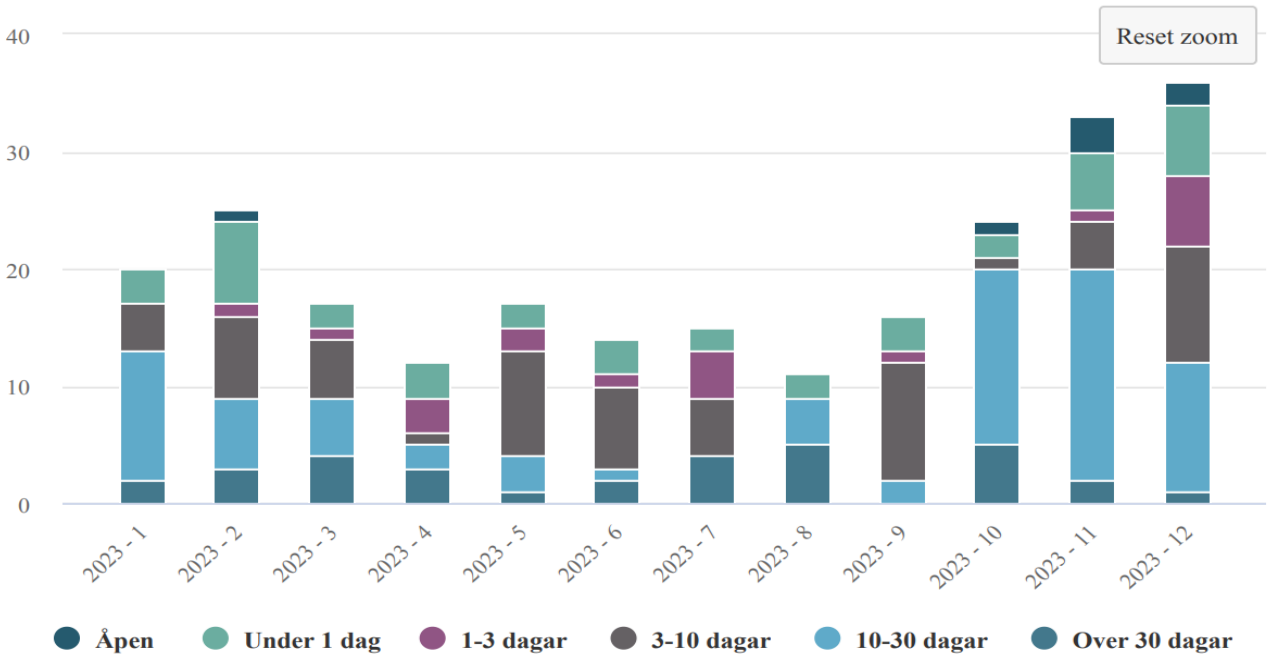
Vi har sett på kva einingar/område i organisasjonen i kommunen som dei rapporterte avvika stammar frå. Dette er vist i figuren under, der vi ser på tal per kvartal for 2023. Denne statistikken samsvarer med informasjonen i leiarintervjua, nemleg at det i hovudsak er Helse og omsorg og Oppvekst som har ein aktiv bruk av avvikssystemet i Compilo, og at Helse har ein meir utstrekkt og aktiv bruk av systemet enn Oppvekst. Figuren viser at Samfunnsutvikling og drift har frå 1 til 2 melde avvik per kvartal.

Avvik



Til slutt har vi sett på kor lang tid det tar før melde avvik blir lukka. Denne statistikken blir vist som talet på dagar før eit avvik blir lukka. Figuren under viser resultat per måned i 2023.

Avvik



Som figuren viser er det gjennom året 2023 ganske vanleg at det tar både under 1 dag, 1-3 dagar, 3-10 dagar og 10-30 dagar før eit avvik blir lukka. Gjennom dei tre første kvartala i 2023 er det uvanleg med meir enn 30 dagar. Dette finn vi berre døme på i februar. I siste kvartal, altså i oktober, november og desember ser vi at kategoriane «under 1 dag» og «1-3 dagar» nærast forsvinn, medan fleire saker hamnar i kategorien «10-30 dagar», og dessutan at kategorien «over 30 dagar» er til stades i alle desse tre månadene.

3.1.2. Revisors vurdering av system og rutinar for å registrere og følgje opp avvik

Det er revisors vurdering at kommunen har etablert eit system for å registrere og følgje opp avvik, og at kommunen har rutinar for å følgje opp avvika.

Vi ser at rutiane for å følgje opp avvika berre blir følgde i varierende grad. I seinare tid er det indikasjonar på at oppfølginga sviktar i nokre tilfelle, då ein aukande andel avvik står opne i lengre tid.

3.2. Avvikssystemet og rutiane – kunnskap og oppfølging

Kommunen skal sørge for at avvikssystemet og rutiane knytt til det er kjent i organisasjonen.

Kommunen skal sikre at avvik blir følgde opp på ein måte som bidreg til læring i organisasjonen.

3.2.1. Fakta om kunnskap og oppfølging

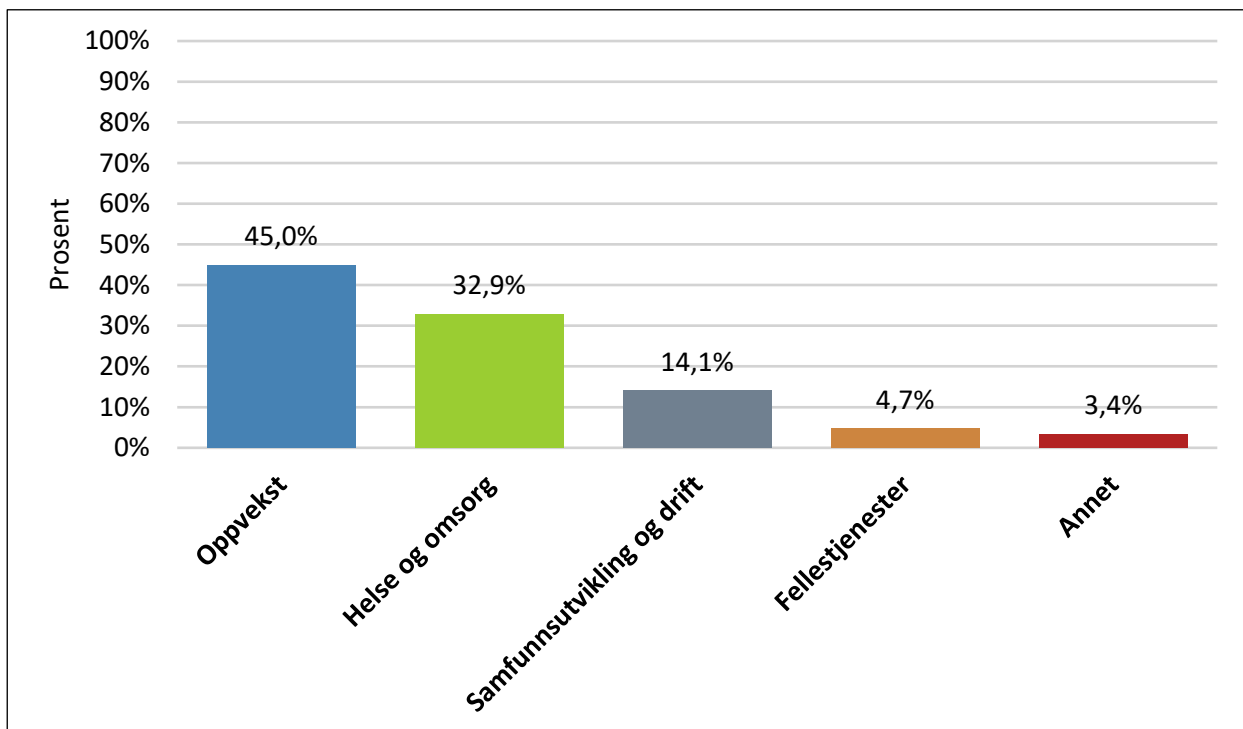
Innan Helse og omsorg kjem det fram at avvikssystemet er godt implementert. Her blir det jamleg skrive avvik og det er system og rutinar på plass for å følgje opp avvika i etterkant. Eit viktig tiltak her er kvalitetsutvalet i Helse og omsorg, som følgjer opp rapporterte avvik. Samtidig blir det peika på eit ønske om og behov for meir systematisk og jamleg opplæring i bruken av avvikssystemet. Det blir peika på at det nok finst tilsette som ikkje rapporterer avvik, fordi ein ikkje er trygge nok på korleis ein bruker avvikssystemet.

Innanfor Oppvekst får vi høyre at både bruken og opplevinga av avvikssystemet er noko varierende. Systemet er implementert og i bruk, men det er eit heilt klart inntrykk blant dei tilsette i oppvekst at systemet ikkje er godt nok tilpassa sektoren. Til dømes blir det meldt nesten berre HMS-avvik, og ikkje tenesteavvik. Det blir også meldt langt færre avvik generelt sett enn det ein burde forvente. Det blir peika på at manglande tilpassing til sektoren handlar om at systemet, i form av kategoriar, menyar og val, er forvirrande og dårleg tilpassa skule og opplæring, og at det er behov for å endre og tilpasse avviksdelen i Compilo slik at kartet stemmer betre med terrenget for tilsette og leiarar innan oppvekst.

Innanfor samfunnsutvikling og drift kjem det fram i intervju at det er ei stor underrapportering av avvik i Compilo. Dette skuldast ikkje nødvendigvis manglande kompetanse, då det er gitt opplæring i systemet, men heller normer, kultur og tid. Det blir peika på at mange tilsette kanskje ikkje ser nytta av eller tek seg tid til å bruke Compilo i ein elles hektisk kvardag. Det blir også peika på at terskelen for å rekne noko som eit avvik nok er ganske høg, særleg gjeld dette HMS-avvik. Det er generelt ei oppleving av at det «er noko å gå på» når det gjeld kultur for å melde avvik. For dei avvika som blir melde, meiner dei vi har snakka med at systemet fungerer godt og at rutinar for å følgje avvika opp fungerer godt.

Vi har gjennomført ei spørjeundersøkinga om avvikssystemet. Spørjeundersøkinga vart sendt ut til alle tilsette i kommunen.

Innleiingsvis presenterer vi noko bakgrunnsinformasjon om dei som svarte på undersøkinga, som kvar i kommunen dei jobbar, om dei er fast tilsette eller ikkje, kor lenge dei har jobba i kommunen, mm. Av dei 149 tilsette som svarte på undersøkinga³ ser vi at 45 prosent jobbar i oppvekst, 33 prosent jobbar i helse og omsorg, 14 prosent i samfunnsutvikling og drift, medan 4,7 prosent jobbar i fellestjenester. Det var 3,4 prosent som svarte «anna» på dette spørsmålet.

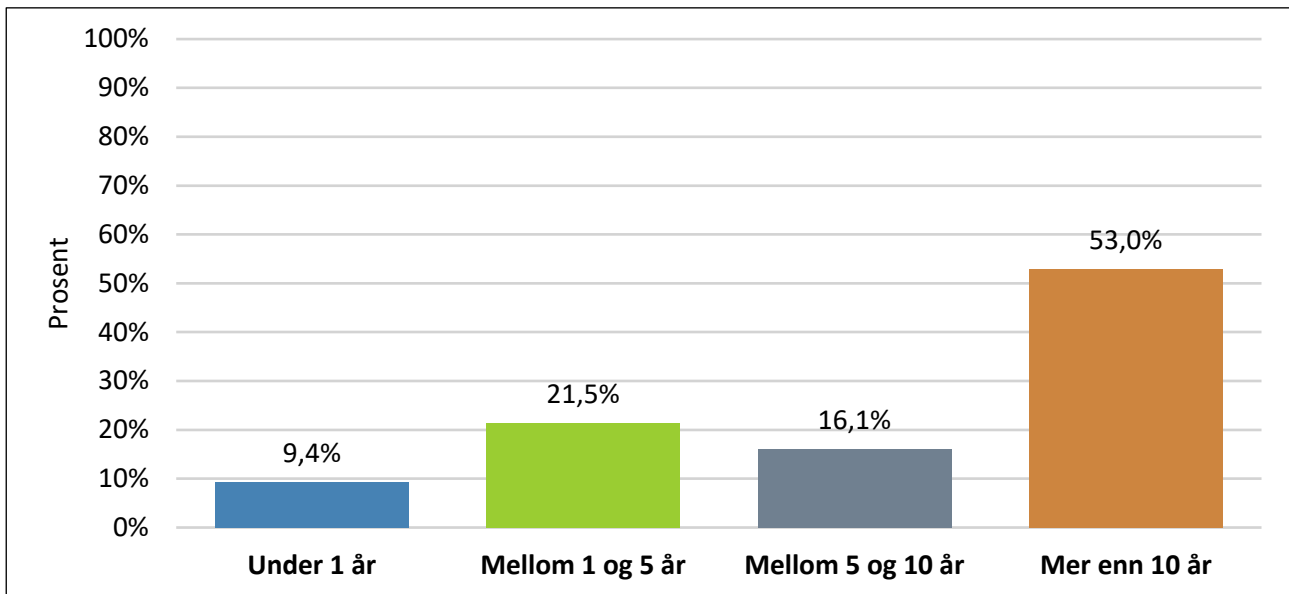


Det var 93 prosent som svarte at dei er fast tilsette, og av alle som svarte jobba 76 prosent i full stilling. 19 prosent jobbar deltid over 50 prosent, medan 5 prosent jobbar deltid under 50 prosent.

³ For meir informasjon om antall svar og gjennomføring av undersøkinga, sjå vedlegg 3, metode.

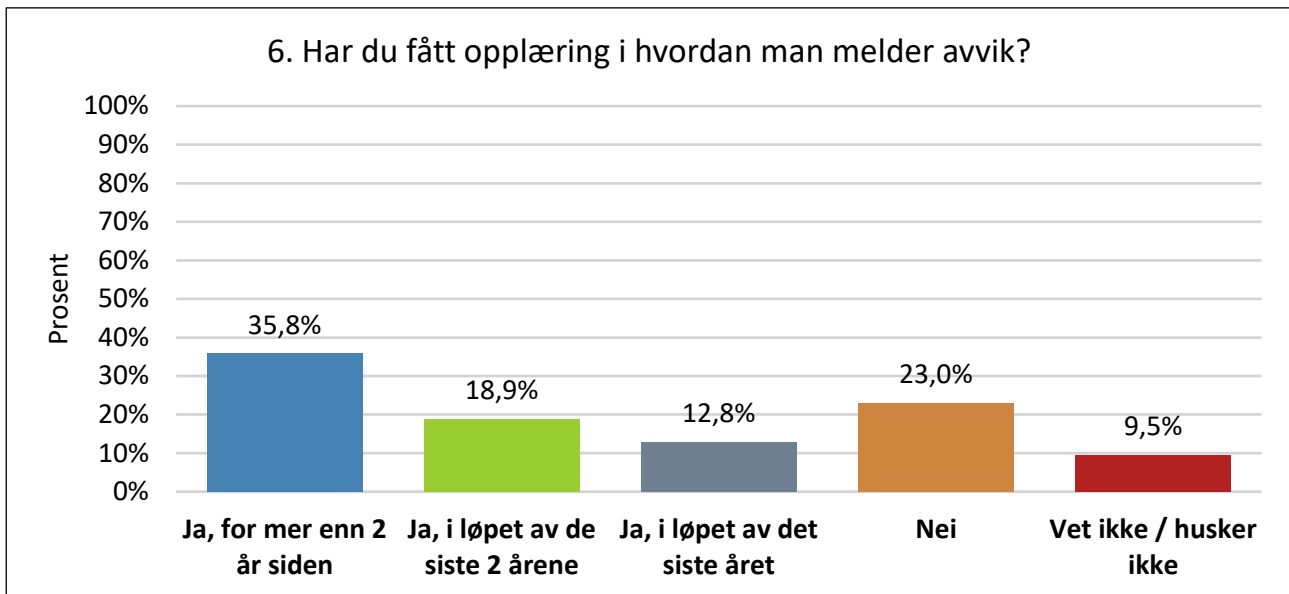
Med andre ord er dei fleste som svarte på undersøkinga fast tilsette i heiltidsstillingar eller deltidstillingar med ein ganske høg stillingsprosent. 31 personar, altså 21 prosent, svarte at dei er leiarar med personalansvar. Det er eit forholdsvis høgt tal, noko som nok indikerer at leiarane hadde ein tendens til å svare på undersøkinga i større grad enn vanlege tilsette.

I figuren under viser vi resultatata for spørsmålet om kor lenge dei har vore tilsette i kommunen.

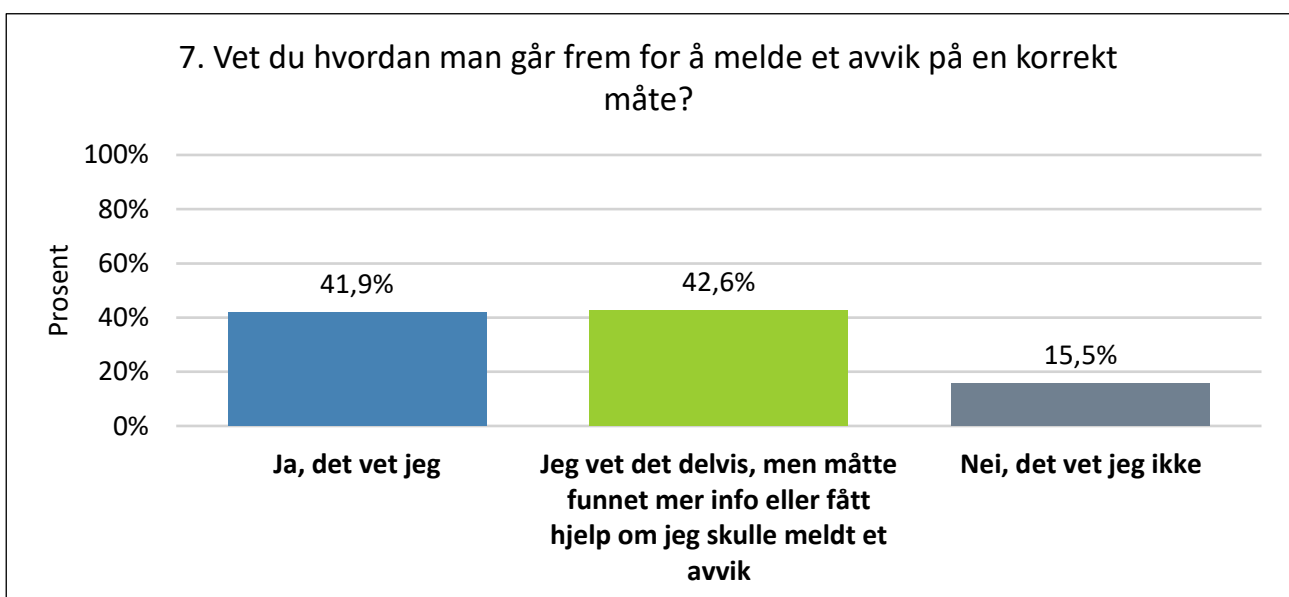


Som tala viser har eit stort fleirtal har vore tilsett i 5 år eller meir, og litt over halvparten har vore tilsett i meir enn 10 år. Om lag 9 prosent har vore tilsette under eitt år.

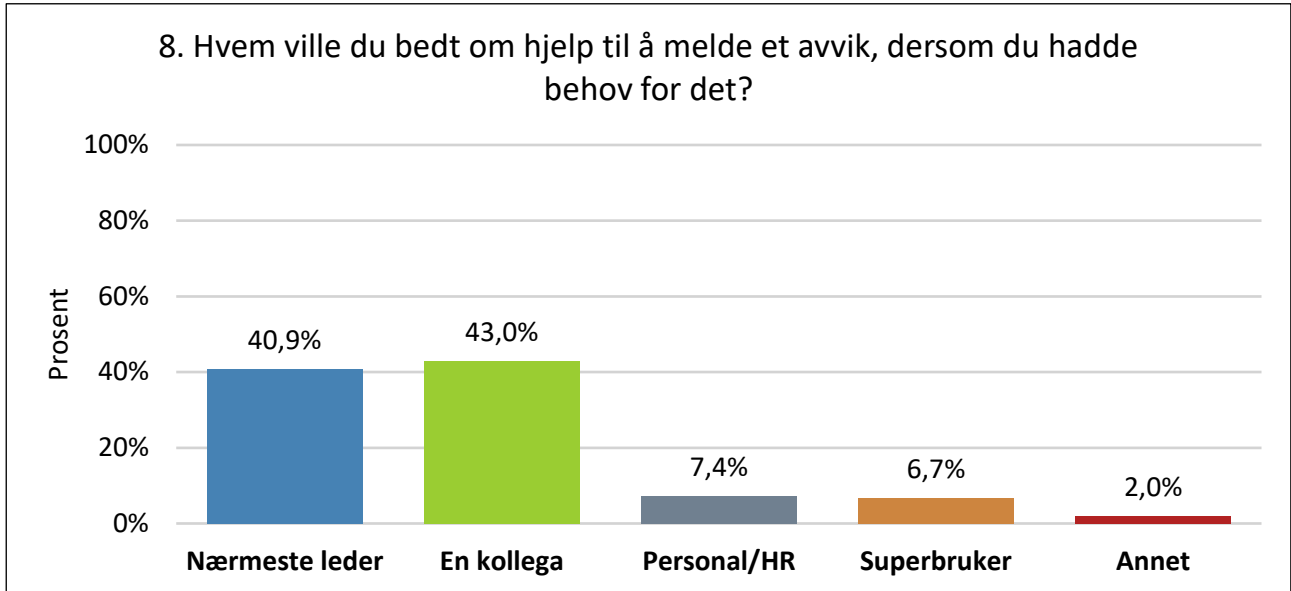
I neste figur ser vi kor mange som oppgir å ha fått opplæring i avvikssystemet og når dei fekk denne opplæringa. Om lag 33 prosent oppgir at dei anten ikkje hugsar, eller svarer «nei» på dette spørsmålet. Ein kan då gå ut frå at nesten ein tredel av dei tilsette som svarte på undersøkinga ikkje har fått tilstrekkeleg opplæring i avvikssystemet. Resten fordeler seg på dei andre tre kategoriane, med eit fleirtal som oppgir at dei fekk opplæring for meir enn 2 år sidan. Dette må sjåast i samanheng med at vi har fått opplyst frå kommunen at det vart organisert fleire opplæringsaktivitetar i samband med innføringa av systemet i 2019, men at det i liten grad er system og rutinar for regelmessig opplæring og oppfrisking av kompetanse for eksisterande tilsette no som systemet er implementert.



Vi har sjekka korleis svaret på spørsmålet om opplæring i å melde avvik blir påverka av kor lenge ein har jobba i kommunen. Blant dei som har jobba i kommunen i under eitt år, svarer 50 prosent «nei» på spørsmål om dei har fått opplæring. Andelen som svarer «nei» er vesentleg lågare blant dei som har jobba lenge i kommunen, og tilsvarande oppgir dei fleste med lang fartstid i kommunen at dei har fått opplæring. Dei fleste av desse svarar rett nok at opplæringa skjedde for meir enn 2 år sidan. Sjølv om dei med lang fartstid i større grad oppgir å ha fått opplæring, er det også fleire av dei som ikkje har fått det, eller ikkje hugsar. Blant dei som har jobba 10 år eller meir i kommunen svarar 18 prosent at dei ikkje har fått opplæring og 12 prosent at dei ikkje veit eller ikkje hugsar.

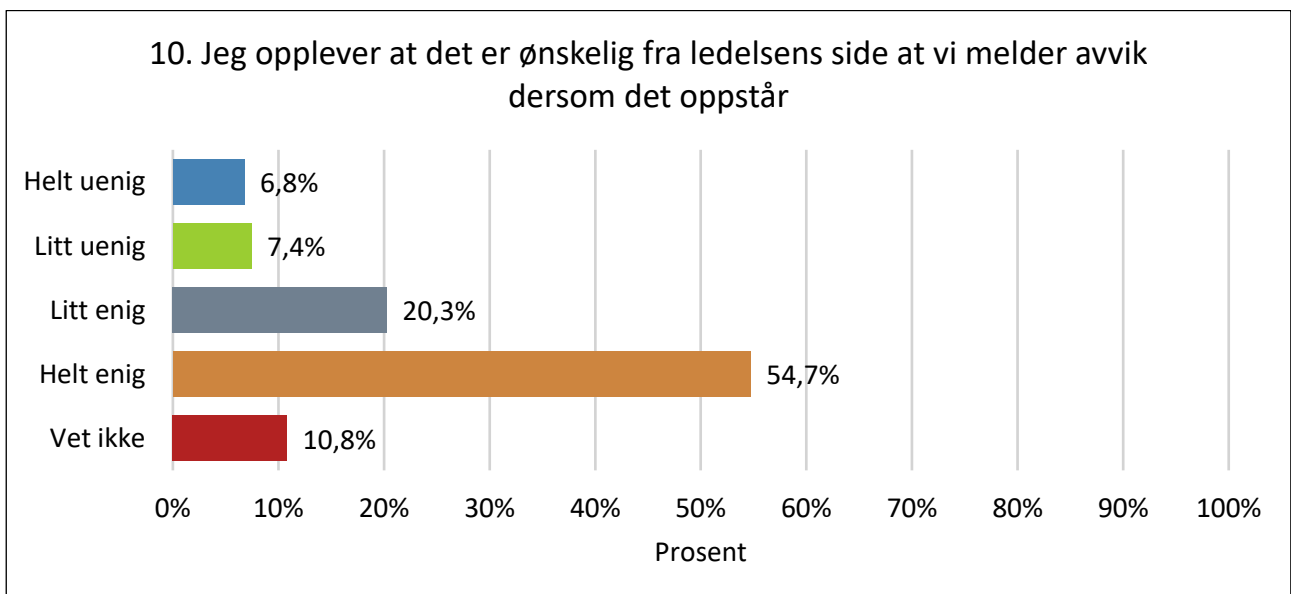


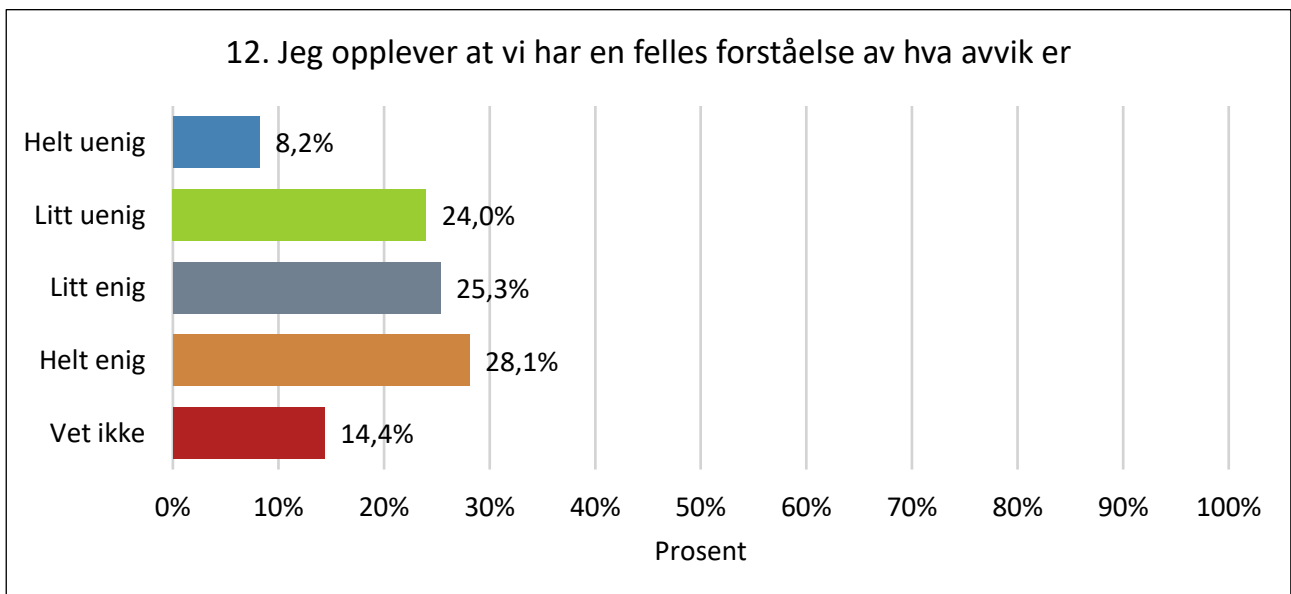
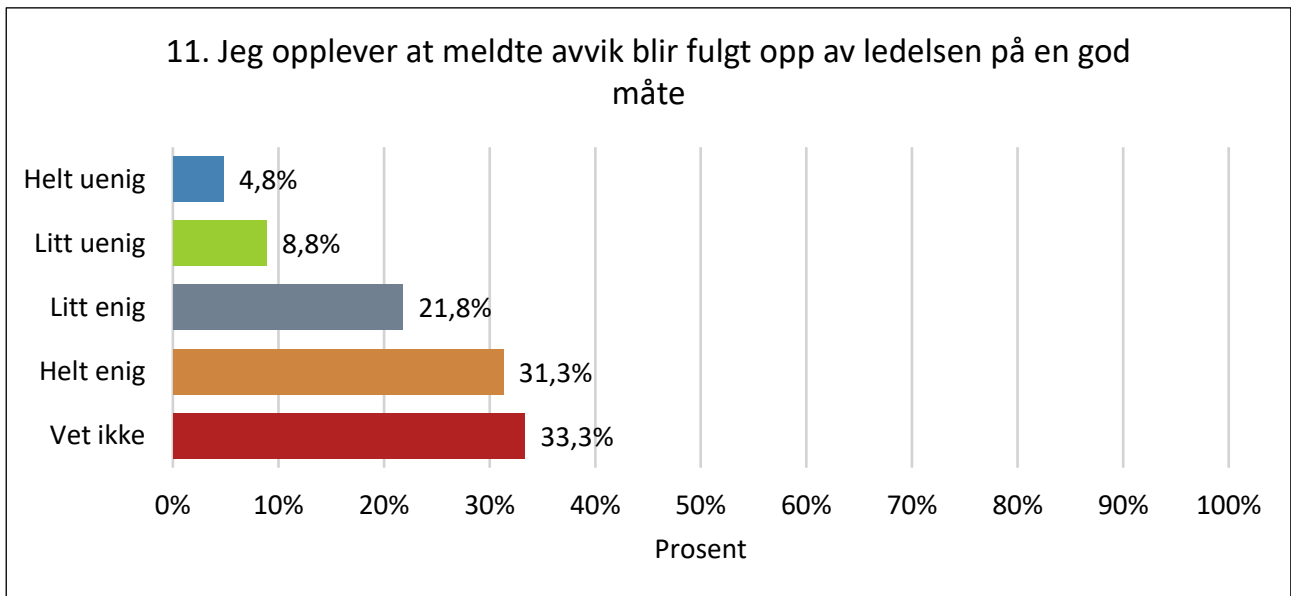
Om lag 42 prosent svarar at dei anten veit korleis ein melder avvik på ein korrekt måte, eller at dei veit det delvis, men hadde hatt behov for meir informasjon eller hjelp. Om lag 16 prosent svarar «nei, det veit eg ikkje» på spørsmålet om dei veit korleis ein går fram for å melde avvik.



Dei fleste ville tatt kontakt med næraste leiar eller ein kollega dersom dei trengde hjelp til å melde eit avvik. Kommunen har to tilsette som er tildelte rolle som superbrukar. Berre 6,7 prosent svarar at dei ville kontakte «superbrukar» for hjelp.

Vi har stilt fleire spørsmål om avvikskultur og oppfølging av avvik:

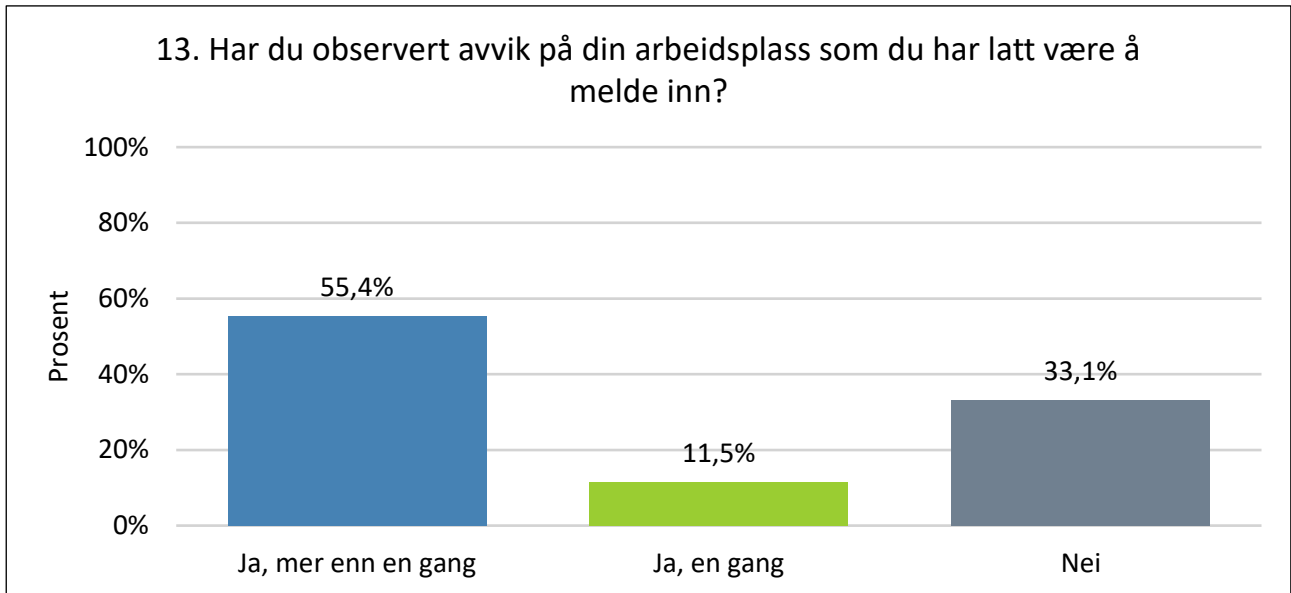




Som vi ser opplever dei aller fleste, om lag 75 prosent, at det er ønskeleg at ein melder avvik. Samtidig er om lag 14 prosent litt eller heilt usamde i den påstanden. Med andre ord er det om lag 14 prosent som ikkje opplever at det er ønskeleg at avvik blir melde inn.

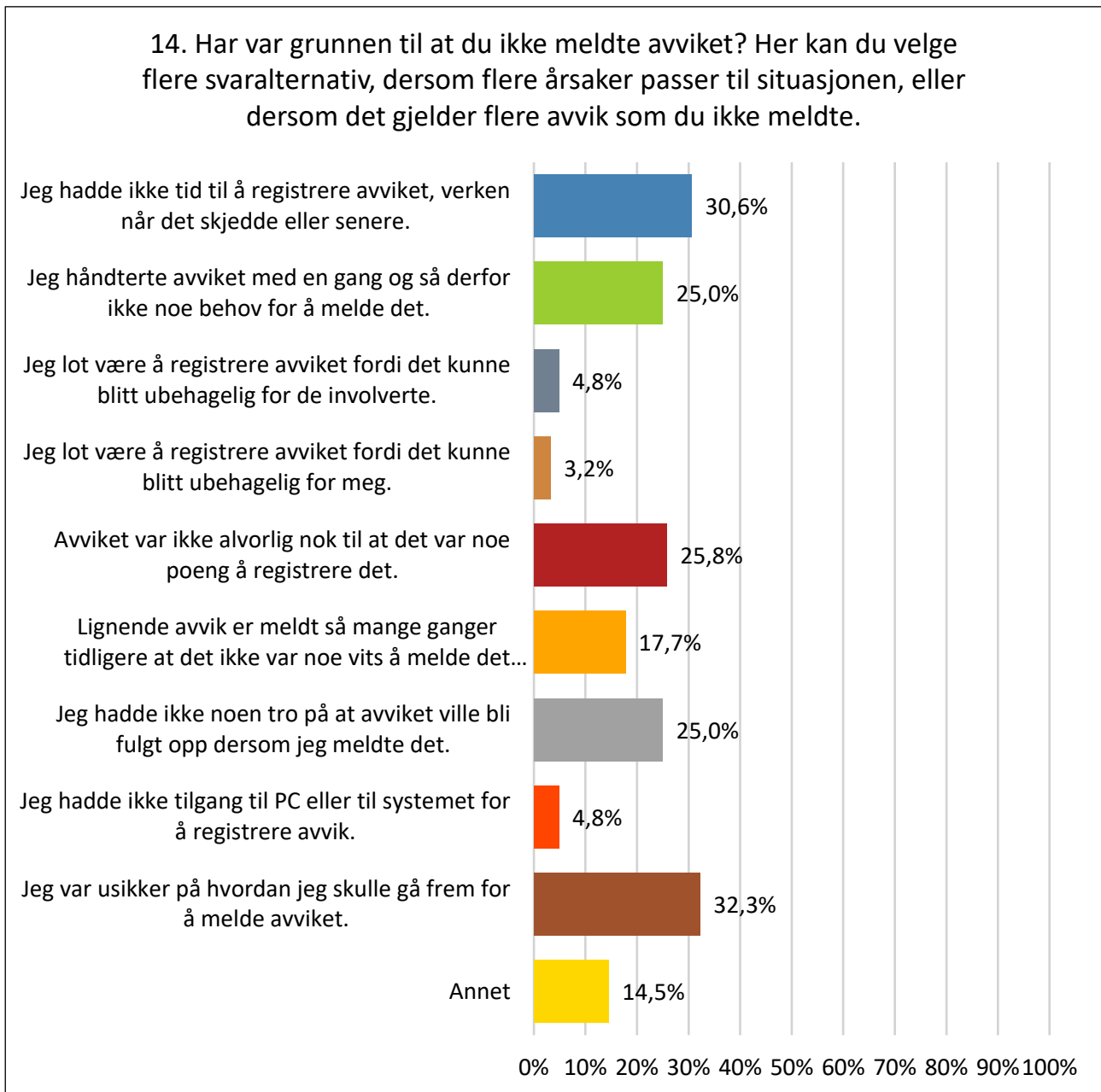
På spørsmålet om oppfølging av avvik frå leiinga, er det mange som svarar at avvik blir følgde opp på ein god måte. Her er det likevel 33 prosent svarar «veit ikkje». Det er med andre ord ein tredjedel av dei tilsette som ikkje opplever å få tilstrekkeleg informasjon om kva som skjer når eit avvik er meldt og korleis avvika blir følgde opp.

Litt over halvparten er litt eller heilt samde i påstanden «vi har ei felles forståing av kva eit avvik er», medan eit stort mindretal er usamde i denne påstanden.



Godt over halvparten oppgir at dei har latt vere å rapportere eit avvik, og 55 prosent svarar at dette har hendt meir enn ein gong.

Spørjeundersøkinga inneheldt fleire spørsmål om årsaker til at ein ikkje melde avvik. Desse spørsmåla fekk berre dei som svarte «ja, ein gong» eller «ja, meir enn ein gong» på førre spørsmål. Merk at prosentane i figuren under ikkje summerer til 100, då respondentane kunne krysse av på fleire alternativ.

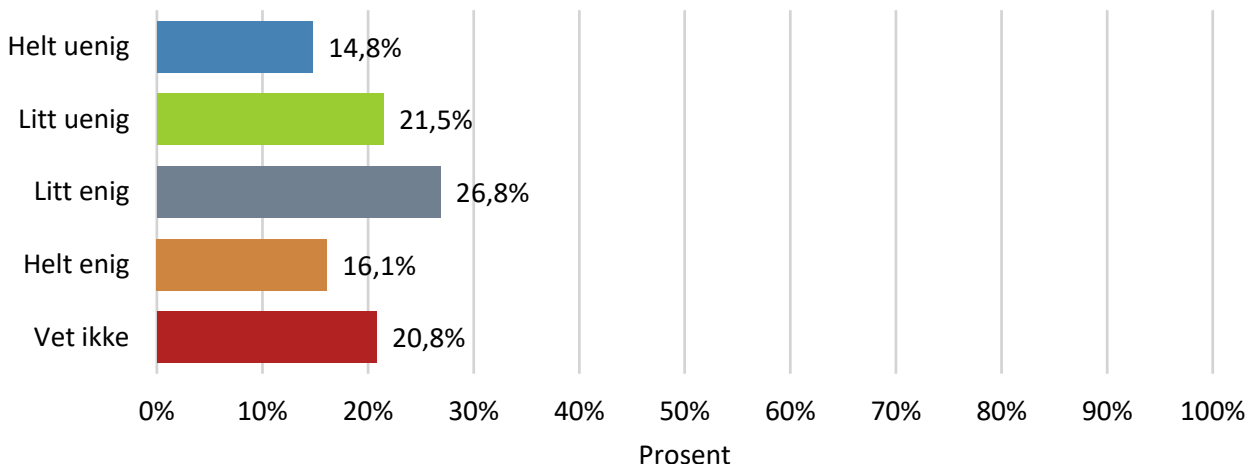


Som figuren viser, er det ei forholdsvis jamn fordeling mellom ulike årsaker til å ikkje melde avvik. Den mest valde årsaka handlar om kompetanse i avvikssystemet, då 32 prosent oppgir uvisse rundt framgangsmåte som ei årsak. Deretter er det 31 prosent som oppgir manglande tid som årsak.

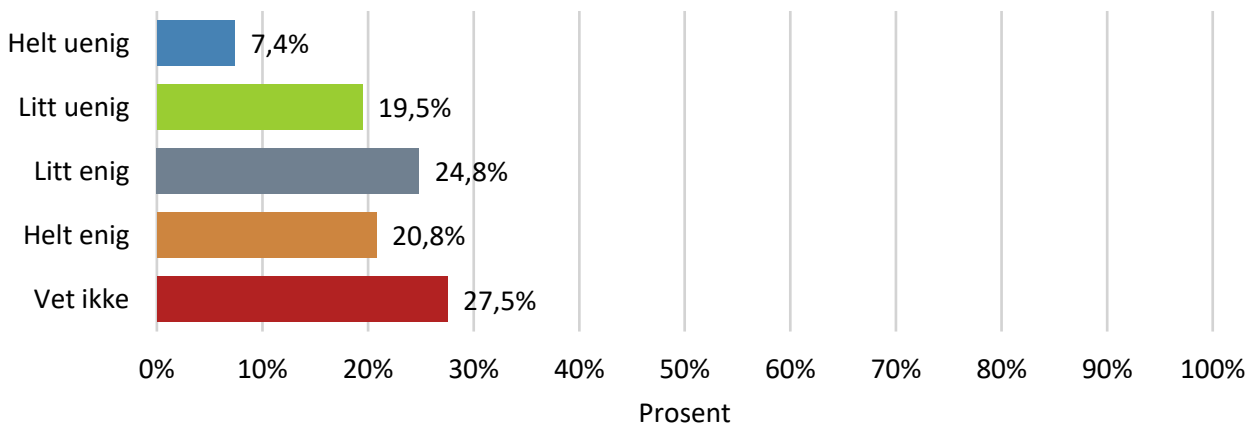
Det er relativt få som oppgir at dei ikkje melde eit avvik fordi det kunne vorte ubehageleg for kollegaer eller dei sjølve, men vi ser likevel at 4,8 prosent og 3,2 prosent har valt desse alternativa.

Til slutt fekk respondentane to spørsmål om kulturen på arbeidsplassen både når det gjeld å melde avvik og følgje opp avvik.

16. På min arbeidsplass er det en god kultur for å melde avvik.



17. På min arbeidsplass er det en god kultur for å følge opp avvik slik at det bidrar til læring.



Som tala viser er det ein forholdsvis høg andel som svarer at dei er litt eller heilt usamd i begge påstandane. Med andre ord er det ein stor del av dei tilsette som ikkje opplever ein god kultur rundt det å melde avvik, eller rundt det å følgje dei opp på ein slik måte at det bidreg til læring. Det er også ein forholdsvis høg del som svarer «veit ikkje» på desse spørsmåla. Det kan vere ein indikasjon på at mange tilsette ikkje er kjende med, eller har nokon erfaring med, avvik og avvikssystemet.

Til slutt i spørjeundersøkinga fekk respondentane høve til å skrive ein kommentar i fritekst. Dei vart oppmoda til å skrive om erfaringane sine med rutinar, kultur, opplæring og kompetanse når det gjeld avvikssystemet, registrering og oppfølging av avvik, mm. Under har vi referert nokre av

kommentarane. Utvalet er gjort både for å representere dei kommentarane som kom inn, og for å få fram interessante og relevante innspel frå dei tilsette i kommunen.

«Dårleg rigga for oppvekst. For dårleg opplæring. Vanskeleg å vite kva ein skal melde. Omgrepa som er nytta nedover i "skjema" er andre enn det vi har behov for.»

«Systemet opplevst som dårleg rigga for oppvekst. Vanskeleg å finne ut kor dei ulike avvika skal meldast (kategori). Burde vore vore ein rettleiar lett tilgjengeleg.»

*«Inga tilbakemelding etter sende avvik. Kven har ansvar for å melde tilbake til avdelinga?»
«Eg opplever at det fort blir gløymt å registrere avvik i ein hektisk jobbvardag.»*

«Det hadde vore bra om det hadde vore informasjonsmøte ang avikssystemet til nye og gamle tilsette.»

«Det har ikkje vore snakk om tydinga av eller behovet for avviksmelding dei siste to åra.»

«Generelt dårleg opplæring i bruk av avvikshandtering og korleis ein bruker verktøyet. Blir teke litt som sjølv sagt at "alle" kan bruke systemet godt.»

«Er altfor travelt "heile tida" så det blir ikkje prioritert tid til å skrive avvik viss det ikkje har vore ei prekær hending. Pasientar og eiga helse blir først prioritert.»

«Det er lite prat om avvik. Det kan hende at eg fekk opplæring ein gong i starten, rett etter tilsetjinga, men det har eg gløymt no.»

«Det er vanskeleg å melde avvik på problem som går over tid.»

Det var fleire andre kommentarar òg, og dei fleste handlar i varierende grad om same tema som døma over – tid, ressursar, opplæring, kultur, tilbakemelding/oppfølging. Det var også nokre tilbakemeldingar om avvikssystemet og rutinar for både melding og oppfølging fungerer bra innanfor helse og omsorg.

3.2.2. Revisors vurdering av kunnskap og oppfølging

Det er mykje som tyder på at avvikssystemet, med modulen i Compilo og tilhøyrande rutinar, vart implementert på ein god måte, og at det vart brukt ressursar på opplæring og informasjon. Samtidig er det tydelege indikasjonar på at kommunen som organisasjon har eit behov for ein meir kontinuerleg og planmessig merksemd på avvikssystemet og opplæring, både for eksisterande og nye tilsette.

Ein god del av dei tilsette opplever ikkje at det er god kultur rundt melding og oppfølging av avvik, og det er også mange tilsette som har for lite kjennskap til og kompetanse om avvikssystemet. Det kjem også klart fram at ein del tilsette opplever oppfølginga av avvik som mangelfull.

Samtidig er ser vi at det i delar av organisasjonen er betre kjennskap til avvikssystemet, og meir etablerte rutinar for oppfølging av avvik. Frå intervjuja kjem det tydeleg fram at Helse og omsorg har ein meir etablert praksis og eit meir aktivt forhold til dette.

Basert på dette meiner vi at kommunen ikkje har sørge godt nok for at avvikssystemet og rutinane knytt til det er kjent i organisasjonen.

Kommunen har heller ikkje sikra godt nok at avvik blir følgde opp på ein måte som bidreg til læring i organisasjonen.

4. Rapportering til kommunestyret

Problemstilling 3:

Rapporterer administrasjonen til kommunestyret om arbeidet med internkontroll?

Til denne problemstillinga har vi følgjande revisjonskriterium:

- Kommunen skal rapportere til kommunestyret om arbeidet med internkontroll og resultat frå eventuelle statlege tilsyn.

4.1. Fakta om rapportering om arbeidet med internkontroll

Rådmannen har opplyst at det ikkje er rutine eller etablert praksis for at administrasjonen rapporterer om arbeidet med internkontroll til kommunestyret. Det blir ikkje lagt fram eigne saker om dette til kommunestyret, men internkontroll er omtalt som eit punkt i årsmeldinga. Det same gjeld statlege tilsyn.

Vi har sjekka årsmeldinga for 2022. Her er det eit eige punkt under overskrifta «kontroll og tilsyn – internkontroll», som omtalar både internkontroll og statlege tilsyn. Internkontroll-kapittelet er på om lag ei halv side. Punktet gir ei generell beskriving av funksjonen til kontrollutvalet og dessutan kva internkontroll går ut på. Utover dette står det at Compilo vart valt som avvikssystem for eit par år sidan og at arbeidet med implementering og tilpassing framleis pågår. Det står også tittel/tema for tre ulike statlege tilsyn som har vore i løpet av året. Ordet internkontroll er ikkje nemnd andre stader i årsmeldinga.

4.2. Revisors vurdering av rapporteringa om internkontroll

Det blir rapportert om internkontroll og statlege tilsyn minst ein gong i året – via årsmeldinga – men rapporteringa har ikkje informasjon om rutinar og løpande internkontrollarbeid, eller om kontrollar som er gjennomførte. Det er ikkje rapportering om arbeidet med avvik og oppfølging av alvorlege avviksmeldingar.

Statlege tilsyn er nemnde, men det er ikkje rapportert om resultatet av dei statlege tilsyna.

I følgje lovforarbeida skal det rapporterast både om system, rutinar og løpande internkontrollarbeid, og det skal rapporterast om konkrete kontrollar som er gjennomførte. Kravet om rapportering til kommunestyret er såleis berre delvis er oppfylt.

5. Konklusjonar og tilrådingar

5.1. Konklusjonar

1) Har Seljord overordna, systematisk og dokumentert internkontroll?

Seljord kommune har berre delvis ein overordna, systematisk og dokumentert internkontroll. Vi vil peike på følgjande:

- Kommunen beskriv oppgåvene, målet og organiseringa for verksemda, men nokre av dei sentrale dokumenta er utdaterte og lite brukbare.
- Kommunen har nokre tiltak for å sikre at det blir gjortsystematiske risikovurderingar, men desse blir berre delvis nytta, og det blir ikkje gjort risikovurderingar på sentrale tenestoområde, som t.d. skule.
- Rutinar, roller og ansvar er ikkje godt nok grad avklart, skriftleggjorde og kommuniserte i organisasjonen.

2) Har Seljord kommune tilstrekkelege system for å fange opp og følgje opp avvik?

Seljord kommune har eit system for å fange opp og følgje opp avvik. Systemet er implementert, og det er brukt ressursar på opplæring og informasjon.

Vi ser likevel at kommunen så langt ikkje har lukkast med å sikre at avvikssystemet og rutinane knytt til det er kjent og tatt godt i bruk i heile organisasjonen. Kultur og rutinar for rapportering, oppfølging og læring etter avvik ser ut til å variere mykje på tvers av ulike sektorar i kommunen.

3) Rapporterer administrasjonen til kommunestyret om arbeidet med internkontroll?

Det blir rapportert om internkontroll og statlege tilsyn frå administrasjonen til kommunestyret i kommunen si årsmelding. Men rapporteringa gir ikkje informasjon om innhaldet i internkontrollarbeidet, eller om kontrollar som er gjennomførte. Det er heller ikkje rapportert om resultatet av statlege tilsyn. Det er såleis ikkje rapportert i samsvar med krava i kommunelova.

5.2. Tilrådingar

Vi rår kommunen til å

- gjennomføre risikovurderingar og å oppdatere styrande dokument, slik at dei blir risikobaserte, funksjonelle og i tråd med gjeldande krav.
- treffe tiltak for å betre internkontrollkulturen og sikre at dei tilsette får tilstrekkeleg og relevant opplæring om rutinar og avvikssystem.
- rapportere til kommunestyret om arbeidet med internkontroll og resultat frå eventuelle statlege tilsyn i samsvar med gjeldande krav.

Litteratur og kjeldereferansar

Lover og forskrifter

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

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

Offentlege dokument

Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

NOU 2016:4 – Ny kommunelov

KS (2020) Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll.

KMD (2021) Veileder om kommunelovens internkontrollbestemmelser.

Dokumenta til kommunen

Rutine for melding av avvik i Compilo

Økonomireglement

Delegasjonsreglement

Etiske retningslinjer for tilsette og folkevalde

Ansvar som ligg til einingsleiar og ansvar som ligg til kommunalsjef

Plan for gjennomføring av risikovurdering i Seljord kommune

Kvalitetssikring i pleie- og omsorgssektoren (kvalitetsutval)

Vedlegg

Vedlegg 1: Rådmannen si fråsegn



Seljord kommune

Offl. § 5 2. ledd

Kirsti Torbjørnson

Dykkar ref:

Vår ref
2023/1149-3

Saksbehandlar:
Beate Våge Lia, tlf. 35065106

Arkivkode:
216

Dato:
10.02.2024

Høyringsuttale frå kommunedirektør-forvaltningsrevisjon av internkontroll i Seljord kommune

Kommunedirektør kjenner at innhaldet og vurderer forvaltningsrapporten som grundig. Den visar ein oversiktleg og systematisk gjennomgang av fleire områder. Det ligg føre tydelege vurderingar og tilrådingar knytt til kommunens internkontroll, avvikssystem og rapportering til kommunestyret.

Jf. kommunelova §25-1 er kommunedirektør ansvarleg for at internkontrollen skal vere systematisk og tilpassast verksemdas storleik, eigenart, aktivitetar og risikoforhold. Forsvarleg internkontroll vil vere høgt eit prioritert innsatsområde i tida framover.

For Seljord kommune

Beate Våge Lia
Kommunedirektør

Dokumentet er sendt elektronisk og har derfor ikkje underskrift.

Vedlegg 2: Revisjonskriterium

Problemstillingar

- 1) Har Seljord kommune overordna, systematisk og dokumentert internkontroll?
- 2) Har Seljord kommune tilstrekkelege system for å fange opp og følgje opp avvik?
- 3) Rapporterer rådmannen til kommunestyret om arbeidet med internkontroll?

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å undersøkje om kommunen sitt overordna internkontrollsystem er i tråd med gjeldande krav.

Reglane om internkontroll er i hovudsak regulert i kommunelova kapittel 25. Kommunelova § 25-2 krev rapportering til kommunestyret om internkontrollarbeidet, medan kommunelova § 25-1 gir reglar om innhaldet i, og ansvaret for, internkontrollen.

Samanlikna med tidlegare kommunelov er internkontrollkravet i ny kommunelov meir utfyllande når det gjelde formålet, innhald og omfang, men kravet er likevel forholdsvis overordna.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2021) har utarbeidd ein rettleiar om internkontrollreglane i kommunelova. Rettleiaren går gjennom og greier ut om reglane, både med utgangspunkt i lovteksten og lovforarbeida.

KS sin rettleiar *Orden i eige hus – internkontrollen til kommunedirektøren (2020)* gir ei god innføring til internkontrollarbeidet i ein kommune. I denne rettleiaren skriv KS at rolla til kommunedirektøren som pådrivar er avgjerande, men ikkje tilstrekkeleg for å lykkast med forbetningsarbeidet. Nokre generelle råd er at kommunen bør vere tydeleg på roller, ansvar og forventningar, at arbeidet må vere godt forankra i leiinga, at hensikta må vere godt kommunisert, og at arbeidet blir evaluert.

Om forskjellen på internkontroll og annan verksemdsstyring skriv KS følgjande:

God internkontroll handlar i stor grad om systematisk arbeid, god organisering og dokumentasjon, arbeidsmetodar og samhandling som kan førebyggje lovbrøt og uønskte hendingar. Internkontroll kan overlappa med verksemdsstyring, men er i større grad risikobasert enn det mål- og resultatstyringa er, som har merksemda på å realisere mål.

Det er altså eit vesentleg poeng at arbeidet er risikobasert, i motsetning til ei meir generell målbasert styring. Sjølv om innhaldet i internkontrollarbeidet skil seg ut på denne måten, er KS sin rettleiar tydeleg på at arbeidet med internkontroll ikkje skil seg frå anna leiing generelt sett:

Arbeid med internkontroll skiller seg ikke fra annen ledelse. Dette innebærer at ansvarsdeling for internkontroll bør følge kommunens oppbygging og tilpasses den helhetlige virksomhetsstyringen. Tilsvarende bør ansvar for internkontroll kobles sammen med andre lederoppgaver, som økonomi, ansvar for kvalitet og fag, og for personalforvaltningen.

Kommunelova § 25-1 første ledd

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.

Sentrale forarbeid:

Prop. 46 L (2017–2018) s. 269 punkt 23.4.1.3 og merknader til føresegna side 411.

NOU 2016:4 side 305 punkt. 24.5.2.2 og merknader til føresegna side 437.

Alle kommunar skal ha internkontroll, og skal som eit minimum oppfylle krava i internkontrollregelen i kommunelova § 25-1. Det er kommunedirektøren som har ansvaret for internkontrollen i kommunen.

Forankringa av internkontrollansvaret i toppleiinga legg til rette for at kommunen kan ta eit meir heilskapleg grep om internkontrollen, for å få ein målretta og effektiv internkontroll. At ordlyden i føresegna seier at kommunedirektøren er "ansvarleg for internkontrollen", viser også at kommunedirektøren har ansvaret for ein heilskapleg internkontroll som både skal førebyggje at avvik oppstår og som skal sikre at eventuelle avvik blir oppdaga og korrigert.

Internkontrollen skal omfatte all verksemd som er innanfor ansvarsområdet til kommunedirektøren. Både den sentrale administrasjonen og ulike sektorar i kommunen som opplæring, barnevern og så vidare, er omfatta.

Sjølv om kommunelova legg ansvaret for internkontrollen til kommunedirektøren, er det ikkje meininga at kommunedirektøren skal utføre det konkrete internkontrollarbeidet heilt sjølv. Dei ulike tenesteområda i kommunen må involverast i internkontrollarbeidet, som til dømes ved utarbeiding av risikovurderingar, tilpassingar og innretning på internkontrollen innanfor ulike tenesteområde og formalisering av rutinar.

Kommunedirektøren både kan og vil normalt delegere ansvaret for utføringa av det konkrete internkontrollarbeidet nedover i administrasjonen. Leiarar av ulike tenesteområde kan få dette ansvaret på sine område og delegere vidare på ein formålstenleg måte. Samspelet mellom kommunedirektøren, den sentrale administrasjonen og dei ulike tenesteområda er dermed viktig for ein heilskapleg, risikobasert, konkret tilpassa og systematisk internkontroll i samsvar med krava.

Kommunelova § 25-1 andre ledd

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

Sentrale forarbeid:

Prop. 46 L (2017–2018) punkt 23.4.1.3 og merknader til føresegna side 412.
NOU 2016: 4 punkt 24.5.2.5 og merknader til føresegna side 437.

Internkontrollen skal vere systematisk og tilpassa storleiken på verksemda, kommunen si eigenart, aktivitetar og risikoforhold. Regelen stiller krav til kva omfang internkontrollen skal ha og korleis internkontrollen i kommunen skal innrettast. Innretning og omfang på internkontrollen må vere eigna til å sikre etterleving av lover og forskrifter i kommunen. Det skal gjerast konkrete vurderingar både samla sett for heile kommunen og i den aktuelle verksemda eller aktiviteten internt i kommunen, for å vurdere kor omfattande og kva slags internkontroll det er behov for

Kommunen må dermed gjere vurderingar av kor omfattande internkontrollen skal vere og korleis denne skal innrettast, både samla sett for heile kommunen og innan ulike område i kommunen. Ein internkontroll som er systematisk og basert på risikovurderingar og lokale tilpassingar vil gi ein betre, meir effektiv og målretta internkontroll.

Kommunen/administrasjonen skal jobbe systematisk med internkontrollen. Målet med det systematiske internkontrollarbeidet er at brot på lover og forskrifter blir førebygd, blir avdekt og blir følgt opp.

Risikovurderingar er eit sentralt krav. Kommunen må gjere konkrete analysar og vurderingar av risikoen for at lovar og forskrifter ikkje blir følgt, og kva konsekvensar dette i så fall kan få. Vurderingane må gjerast både samla for kommunen og innanfor kvar enkelt del av kommuneverksemda. Kommunen må vurdere kor vesentlege dei aktuelle risikofaktorane er.

Kommunelova § 25-1 tredje ledd:

Ved internkontroll etter denne paragrafen skal kommunedirektøren

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

Sentrale forarbeid:

Prop. 46 L (2017–2018) punkt 23.4.1 side 268-275 og merknader til føresegna side 412-413.
NOU 2016:4 punkt 24.5.2 side 304-309 og merknader til føresegna side 437-438.

Det tredje leddet til internkontrollregelen listar opp konkrete krav til internkontrollarbeidet. Alle tiltak som blir sette i verk etter tredje ledd, må tilpassast storleiken på verksemda, eigenart, aktivitetar og risikoforhold, jf. andre ledd, og dei må vere eigna til å nå formålet om internkontrollen, jf. første ledd.

Beskrive hovudoppgåvene, målet og organiseringa for verksemda

Hovudoppgåvene, målet og organiseringa av verksemda skal beskrivast, og det skal vere overordna informasjon om den kommunale verksemda som ligg innanfor ansvaret til kommunedirektøren.

Dette vil bidra til å klargjere ansvars- og rapporteringslinjer i kommunen. Beskrivinga må dekke hovudoppgåver, mål og organisering. Ifølgje forarbeida skal det også beskrivast korleis ansvar, oppgåver og mynde er fordelt internt i kommunen, både sentralt og innanfor dei ulike tenestoområda og verksemdene.

Ha nødvendige rutinar og prosedyrar

Rutinar og prosedyrar er viktig for å sikre regeletterleving i kommunen. Kva som trengst for dei ulike områda må vurderast konkret ut frå risikovurderinga. Lova seier at ein skal ha det som er "nødvendig". I forarbeida blir det sagt at kva som er nødvendig må sjåast i samanheng med dei andre krava i føresegna, og må henge saman med ei konkret vurdering.

I forarbeida står det at av eit krav om å ha rutinar, følgjer det indirekte at desse både må gjelde for verksemda, blir gjort kjent og vere tilgjengelege. Det held altså ikkje å berre lage eit sett med rutinar som deretter blir gløymde. Rutinane skal gjelde for verksemda i praksis. Dei må også gjerast kjent for dei som treng å vite om dei.

Avdekkje og følgje opp avvik og risiko for avvik

Internkontrollen skal både avdekkje og følgje opp konkrete avvik som allereie har skjedd. Å få avdekt konkrete avvik eller feil er heilt sentralt for å kunne gjere korrigeringar eller forbetringar både i den konkrete situasjonen og for framtida. Det følgjer av lovkravet at konkrete avvik som er avdekte skal følgjast opp eller korrigerast på eigna måte.

Internkontrollen skal vidare både avdekkje og følgje opp risiko for at avvik skal skje. Det inneber mellom anna at kommunedirektøren må skaffe oversikt over (saks)område i kommunen der det er fare for manglande etterleving av lover og forskrifter, og setje inn relevante førebyggjande og risikoreduserande tiltak for å hindre og førebyggje brot på lover og forskrifter.

Dokumentere internkontrollen i den forma og det omfanget som er nødvendig

Å dokumentere internkontrollen er eit viktig verkemiddel for at internkontrollen skal fungere som føreset. Samtidig er det ikkje noko mål med mykje dokumentasjon som ikkje har nokon funksjon eller som skaper unødvendig arbeid, utan at det har ein ønskt effekt.

Lovens krav er derfor å dokumentere internkontrollen i den forma og det omfanget som er nødvendig. Dette dokumentasjonskravet gjeld for dei ulike delane av internkontrollen som system, rutinar, instruksar og liknande, og for gjennomføring av konkrete kontrollar og aktivitetar. Det går fram av forarbeida at dei viktigaste delane av internkontrollen må dokumenterast. Samtidig blir det sagt at det ikkje er nødvendig at kvar minste del av internkontrollen blir dokumentert, og at for omfattande dokumentasjonskrav kan føre til at for mykje ressursar blir brukte på dokumentering slik at dette går utover tenesteytinga.

Evaluere og ved behov forbetre skriftlege prosedyrar og andre tiltak for internkontroll.

Dette kravet er knytt til sjølve internkontrollarbeidet. Skriftlege prosedyrar og andre tiltak for internkontroll skal evaluerast. Dersom det er behov for det, så skal skriftlege prosedyrar og andre tiltak for internkontroll blir forbetra.

For å kunne gjere forbetringar når det er behov, må det naturleg nok gjerast ei evaluering av behovet med jamne mellomrom. Kommunane vil her ha eit handlingsrom. Av forarbeida følgjer det at nødvendige forbetringar skal gjerast innanfor tidsrammer, kostnadsrammer og prioriteringar i kommunen ellers.

Kommunelova § 25-2 om rapportering til kommunestyret

Kommunedirektøren skal rapportere til kommunestyret og fylkestinget om internkontroll og om resultater fra statlig tilsyn minst én gang i året.

Sentrale forarbeid:

Prop. 46 L (2017–2018) punkt 23.4.5 og merknader til føresegna side 412.

Formålet med rapporteringskravet er at kommunestyret skal få viktig informasjon om arbeidet til administrasjonen og kommuneverksemda samla sett, slik at dei lettare kan følgje opp sitt overordna ansvar for kommuneverksemda. Kommunestyret kan bestemme på kva måte og kor omfattande slik rapportering skal vere. Minstekravet er rapportering ein gong i året, men kommunestyret kan bestemme at det skal rapporterast oftare og/eller til andre politiske organ i tillegg til kommunestyret.

I følgje lovforarbeida skal det rapporterast både om system, rutinar og løpande internkontrollarbeid, og det skal rapporterast om konkrete kontrollar som er gjennomførte.

Kravet om å rapportere om *resultata frå statleg tilsyn* gjeld for alt statleg tilsyn. Med *resultat* frå statleg tilsyn meiner ein konklusjonane, særleg om det er konstaterte avvik/lovbrot, og korleis kommunen arbeider med å følgje opp eventuelle avvik/lovbrot. Innanfor desse rapporteringskrava er det opp til kommunestyret, eventuelt kommunedirektøren, å bestemme omfanget av rapporteringa.

Med dette som utgangspunkt har vi utleidd følgjande revisjonskriterium:

Til problemstilling 1:

- Kommunen skal ha ei beskriving av oppgåvene, målet og organiseringa for verksemda.
- Kommunen skal ha tiltak for å sikre at det blir gjort systematiske risikovurderingar
- Kommunen skal ha tiltak som kan sikre at rutinar, prosedyrar, roller og ansvar er godt kjende blant dei det gjeld.

Til problemstilling 2:

- Kommunen skal ha system og rutinar for å registrere og følgje opp avvik.
- Kommunen skal sørge for at avikssystemet og rutinane knytt til det er kjent i organisasjonen
- Kommunen skal sikre at avvik blir følgde opp på ein måte som bidreg til læring i organisasjonen.

Til problemstilling 3:

- Kommunen skal rapporterer til kommunestyret om arbeidet med internkontroll og resultat frå eventuelle statlege tilsyn.

Vedlegg 3: Metode og kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjonen starta med oppstartsbrev 07.06.2023. Vi hadde oppstartsmøte 08.08.2023 med kommunalsjefar og andre tilsette i administrasjonen. I møtet presenterte vi prosjektplanen med problemstillingar, kjelder for revisjonskriterium og plan for gjennomføringa.

Forvaltningsrevisjonar skal gjennomførast på ein måte som sikrar at informasjonen i rapporten er relevant og påliteleg. Data er relevante (gyldige/valide) dersom dei skildrar dei forholda som problemstillingane handlar om. Om data er pålitelege (reliabilitet) handlar om at innsamling av data skal skje så nøyaktig som mogleg og at det ikkje har skjedd systematiske feil undervegs.

Nedanfor gjer vi greie for datagrunnlaget vårt og kva metodar vi har brukt for å svare på problemstillingane. Vi vil også beskrive kva tiltak som er brukte for å sikre at vi har relevante og pålitelege data.

Vi har samla inn data i perioden mellom oppstartsmøtet i august 2023 og januar 2024. Innsamla dokumentasjon er i hovudsak ulike former for styrande dokument i kommunen, som, økonomireglement, delegasjonsreglement, rutinebeskrivelsar mm.

Vi har intervjuet rådmann og kommunalsjefane i kommunen, samt hovduttillitsvalde og systemansvarlege for avvikssystemet Compilo. Intervjua har handla om roller og ansvar, dokument og rutinar, opplæring, samt avvikssystemet/Compilo, både implementeringa og bruken av dette. Referat frå intervjua er godkjent av dei som er intervjuet.

Vi har også sett på bruken av Compilo ved å undersøke statistikk direkte i løysinga, og henta ut tall til bruk i denne rapporten. Vi fekk tilgang til Compilo på rådmann-nivå for å kunne gjennomføre dette.

Vi har også gjennomført ei spørjeundersøking blant alle tilsette i kommunen. Undersøkinga vart sendt ut den 11.12.2023 til 594 e-postadresser. Undersøkinga var eigentleg planlagt avslutta før jul, men på grunn av tekniske utfordringar ved utsending og lenke til spørjeskjemaet, forlenga vi svarperioden til 8. januar 2024.

Av dei 594 e-postadressene veit vi at ein viss andel tilhøyrer personar som ikkje er tilsette i kommunen. Dette kan til dømes vere personar som er tilsette i ulike interkommunale samarbeidsordningar, og eksterne personar som av naudsynthe grunnar har e-postadresse i kommunens system. For eksempel gjeld dette revisor og samhandlingskoordinator i Helsefelleskapet i Telemark. I tillegg vil det som regel vere nokre tilsette som har slutta i slike lister. Det har ikkje vore teknisk/praktisk mogleg å korrigerer e-postlistene fullt ut.

Vi fekk 149 svar på undersøkinga, dvs. 25 prosent. Det er rimeleg å tru at den «reelle svarprosenten» er noko høgre, jf. avnittet over. Uansett meiner vi at 25 prosent svar, 149 personar, er nok til å danne et godt og representativt bilde av situasjonen.

God kommunal revisjonsskikk - kvalitetssikring

Forvaltningsrevisjon skal gjennomførast, dokumenterast, kvalitetssikrast og rapporterast i samsvar med kommunelova og god kommunal revisjonsskikk.⁴

Kvalitetssikringa skal sikre at undersøkinga og rapporten har nødvendig fagleg og metodisk kvalitet. Vidare skal det sikrast at det er konsistens mellom bestilling, problemstillingar, revisjonskriterium, data, vurderingar og konklusjonar.

Vestfold og Telemark revisjon IKS har eit system for kvalitetskontroll som er i samsvar med internasjonale standardar for kvalitetsstyring og -kontroll.⁵ Denne forvaltningsrevisjonen er kvalitetssikra i samsvar med kvalitetskontrollsystemet vårt og i samsvar med krava i RSK 001.

⁴ God kommunal revisjonsskikk i forvaltningsrevisjon og eigarskapskontroll kjem til uttrykk først og fremst i RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon og RSK 002 Standard for eigarskapskontroll. Gjeldande standardar er fastsett av Norges Kommunerevisorforbund sitt styre hausten 2020. Standarden bygger på norsk regelverk og internasjonale prinsipp og standardar, fastsett av International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) og Institute of Internal Auditors (IIA).

⁵ ISQM 1 og 2 er internasjonale standardar for kvalitetsstyring og oppdragskontroll for revisjonsforetak som utfører revisjon eller forenkla revisorkontroll av rekneskap, eller andre attestasjonsoppdrag eller beslektede tenester (Gjeld frå 15. desember 2022.)



Vestfold
og Telemark
revisjon

På vakt for felleskapens verdier

Rapporten er laga av
Vestfold og Telemark revisjon IKS

Har du spørsmål til rapporten?

Ta kontakt med oss:

Telefon: 33 07 13 00

E-post: post@vtrevisjon.no

www.vtrevisjon.no

23: 3820 406