



Forvaltningsrevisjon | Nesna kommune
Internkontroll

Juni 2018

«Forvaltningsrevisjon av
internkontroll»

Juni 2018

Rapporten er utarbeidet for Nesna
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen,
5892 Bergen
tlf: 51 21 81 00
www.deloitte.no
forvaltningsrevisjon@deloitte.no

Sammendrag

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av internkontroll i Nesna kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Nesna kommune i sak 30/17 21.9.2017.

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å vurdere det pågående arbeidet i kommunen med å etablere internkontroll for å gjøre en vurdering av om arbeidet i tilstrekkelig grad sikrer at kommunen etablerer et system som er i henhold til regelverk og beste praksis på området. I oppdraget har vi benyttet dokumentanalyse og intervju som metoder for å innhente informasjon til rapportens datagrunnlag. Deloitte har intervjuet fem utvalgte personer fra kommunen som er involvert i arbeidet med internkontroll.

Revisjonen mener det er positivt at øverste administrative ledelse det siste året har arbeidet med å få på plass et elektronisk internkontrollsystem. Revisjonens inntrykk er imidlertid at arbeidet med internkontroll i kommunen for det meste har omhandlet teknisk innføringen av kvalitetssystemet Compilo, men at systemet i begrenset grad er tatt i bruk i praksis.

Internkontroll er mye mer enn etablering av et kvalitetssystem. Kommunen har per i dag ikke utarbeidet en tydelig målstruktur, ikke tatt i bruk lederavtaler, ikke tilstrekkelig oversikt over kompetanse- og opplæringsbehov og ikke implementert administrativt delegeringsreglement. Revisjonen mener dette innebærer at Nesna kommune per i dag ikke har etablert et tilfredsstillende kontrollmiljø. Revisjonen vil imidlertid fremheve at det er positivt at konstituert rådmann har satt i gang et arbeid med organisasjonsutvikling som skal sørge for at kommunen får rettet opp mangler knyttet til roller og ansvar.

Når det gjelder kartlegging og vurdering av risiko viser undersøkelsen at kommunen ikke jobber systematisk med å avdekke risikoer som ikke er knyttet til beredskaps- eller HMS-arbeidet. I det videre arbeidet må kommunen legge til grunn en forståelse av risiko som går utover beredskap og HMS. Det er videre viktig å etablere rutiner som omhandler risikokartlegging og -vurdering for å kartlegge fare for svikt og mangler både på aggregert nivå og på operasjonelt nivå i kommunen.

Revisjonen registrerer at den vedtatte lederavtalen konkretiserer hvordan kommunikasjonen mellom ledere og rådmann skal foregå, men per i dag er denne ikke tatt i bruk, og kommunikasjonen mellom rådmann og avdelingsledere har i perioder ikke vært tilstrekkelig strukturert. Det er positivt at kommunens øverste administrative ledelse har etablert en møttestruktur som legger opp til deling av erfaring mellom avdelingslederne og bedre samhandling mellom disse, men det kan med fordel etableres faste punkt på agendaen som sikrer at status i enhetene blir gjennomgått og eventuelle risikoområder blir rapportert. Undersøkelsen viser også at kommunen ikke har etablert tilstrekkelige arenaer for samhandling mellom ulike enheter i kommunen, og kommunen bør derfor ha en gjennomgang av hvordan dette kan sikres og iverksette nødvendige tiltak.

Revisjonen merker seg at kommunen har etablert systemer for å sikre at ansatte mottar nødvendig informasjon gjennom leselister i Compilo, men vil samtidig understreke at denne informasjonen må følges tilstrekkelig opp gjennom informasjon i personalmøter og gjennom opplæring. Det er videre positivt at kommunen har lagt til rette for at ledelsen kan sende ut nødvendig informasjon til alle ansatte via e-post. Kommunen bør samtidig sikre at personalmøter blir gjennomført jevnlig, at de har en struktur som sikrer at vesentlig informasjon blir gjennomgått og at ansatte blir involvert.

Det er revisjonens vurdering at Nesna kommune ikke har etablert tilstrekkelige rutiner for oppfølging av om internkontrollen fungerer som forutsatt. Ledelsens gjennomgang har vært avgrenset til å omhandle personvern og informasjonssikkerhet og kommunen har derfor ikke et system som gir et tilstrekkelig og overordnet bilde av status med hensyn til hvordan internkontrollen fungerer og hvilke behov det eventuelt er for justering av internkontrollen.

Når det gjelder avvik er det positivt at er det fra kommunens ledelse blir arbeidet for å rette oppmerksomhet mot det å melde avvik i organisasjonen. Det er viktig at dette blir gjort med jevne mellomrom for å sikre at avvik blir meldt. Videre er det viktig at kommunens ledelse følger opp at kommunens avviksrutiner blir fulgt i organisasjonen.

Samlet sett er det vår vurdering at internkontrollen i Nesna kommune per i dag fremstår som dels umoden og dels utstrukturert, men vi registrerer at det er iverksatt prosesser som kan bidra til økt modenhet i internkontrollen. Nærmere beskrivelser av vurderingen av modenhet i forhold til internkontroll, og våre forslag til tiltak, går frem av kapittel 8 i rapporten.

Innhold

| | |
|---|----|
| Sammendrag | 3 |
| 1. Innledning | 7 |
| 2. Organisering | 9 |
| 3. Kontrollmiljøet | 10 |
| 4. Risikokartlegginger og -vurderinger for å kartlegge fare for svikt, feil eller mangler | 17 |
| 5. Kontrollaktiviteter: Rutiner, kontroll og rapportering som del av internkontrollen | 21 |
| 6. Systemer for å sikre god informasjon og kommunikasjon | 25 |
| 7. Ledelsens oppfølging av internkontrollen | 28 |
| 8. Konklusjon og anbefalinger | 30 |
| Vedlegg 1 : Rådmannens høringsuttalelse | 33 |
| Vedlegg 2 Revisjonskriterier | 34 |
| Vedlegg 3 : Sentrale dokumenter og litteratur | 39 |

Detaljert innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| Sammendrag | 3 |
| 1. Innledning | 7 |
| 1.1 Bakgrunn | 7 |
| 1.2 Formål og problemstillinger | 7 |
| 1.3 Avgrensning | 7 |
| 1.4 Metode | 7 |
| 1.5 Revisjonskriterier | 8 |
| 2. Organisering | 9 |
| 3. Kontrollmiljøet | 10 |
| 3.1 Problemstilling | 10 |
| 3.2 Revisjonskriterier | 10 |
| 3.3 Datagrunnlag | 11 |
| 3.4 Vurdering | 16 |
| 4. Risikokartlegginger og -vurderinger for å kartlegge fare for svikt, feil eller mangler | 17 |
| 4.1 Problemstilling | 17 |
| 4.2 Revisjonskriterier | 17 |
| 4.3 Datagrunnlag | 18 |
| 4.4 Vurdering | 20 |
| 5. Kontrollaktiviteter: Rutiner, kontroll og rapportering som del av internkontrollen | 21 |
| 5.1 Problemstilling | 21 |
| 5.2 Revisjonskriterier | 21 |
| 5.3 Datagrunnlag | 21 |
| 5.4 Vurdering | 24 |
| 6. Systemer for å sikre god informasjon og kommunikasjon | 25 |
| 6.1 Problemstilling | 25 |
| 6.2 Revisjonskriterier | 25 |
| 6.3 Datagrunnlag | 25 |
| 6.4 Vurdering | 26 |
| 7. Ledelsens oppfølging av internkontrollen | 28 |
| 7.1 Problemstilling | 28 |
| 7.2 Revisjonskriterier | 28 |
| 7.3 Datagrunnlag | 28 |
| 7.4 Vurdering | 29 |
| 8. Konklusjon og anbefalinger | 30 |
| Vedlegg 1 : Rådmannens høringsuttalelse | 33 |
| Vedlegg 2 Revisjonskriterier | 34 |
| Vedlegg 3 : Sentrale dokumenter og litteratur | 39 |

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av internkontroll i Nesna kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Nesna kommune i sak 30/17 21.9.2017.

Det pågår for tiden et arbeid med å etablere system for internkontroll i Nesna kommune. Denne forvaltningsrevisjonen har vurdert om det pågående arbeidet i tilstrekkelig grad hensyntar sentrale anbefalinger knyttet til god internkontroll, og eventuelt om det er områder som kommunen bør legge mer vekt på for å etablere internkontroll i henhold til regelverket og beste praksis. Bakgrunnen for prosjektet har vært at det kan bidra med innspill til det pågående arbeidet, i forkant av at arbeidet er ferdigstilt.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med denne forvaltningsrevisjonen har vært å vurdere det pågående arbeidet i kommunen med å etablere internkontroll for å gjøre en vurdering av om arbeidet i tilstrekkelig grad sikrer at kommunen etablerer et system som er i henhold til regelverk og beste praksis på området. Med bakgrunn i formålet, ble det utarbeidet følgende hovedproblemstillinger:

1. I hvilken grad er det etablert eller satt i verk tiltak for å etablere tilfredsstillende kontrollmiljø?
2. I hvilken grad er det etablert eller satt i verk tiltak for å etablere system for gjennomføring av risikokartlegginger og –vurderinger for å kartlegge fare for svikt, feil eller mangler på alle nivå i kommunen?
3. I hvilken grad er det etablert eller satt i verk tiltak for å etablere rutiner, system for kontroll og rapportering som del av internkontrollen?
4. I hvilken grad er det etablert eller satt i verk tiltak for å etablere systemer for å sikre god informasjon og kommunikasjon i internkontrollarbeidet i kommunen?
5. I hvilken grad er det etablert eller satt i verk tiltak for å etablere rutiner for oppfølging av om internkontrollen fungerer som forutsatt?

1.3 Avgrensning

Prosjektet har hatt fokus på den overordnede internkontrollen i kommunen, og etterlevelse av sektorspesifikke krav til internkontroll er derfor ikke systematisk undersøkt.

1.4 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldende standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001).

1.4.1 Dokumentanalyse

Revisjonen har fått oversendt dokumentasjon på hvordan arbeidet med internkontroll er planlagt og hva som er implementert av system og rutiner. Innsamlet dokumentasjon har blitt vurdert i forhold til revisjonskriteriene.

1.4.2 Intervju

For å få supplerende informasjon til skriftlige kilder har Deloitte intervjuet utvalgte personer fra kommunen som er involvert i arbeidet med internkontroll. Vi har intervjuet konstituert rådmann, personalsjef og tre rådgivere i kommunen, totalt fem intervju.

1.4.3 Verifiseringsprosesser

Oppsummering av intervju er sendt til de som er intervjuet for verifisering og det er informasjon fra de verifiserte intervjuferatene som er benyttet i rapporten.

Datadelen av rapporten er sendt til rådmannen for verifisering. Det ble gjennomført verifiseringsmøte per telefon, og faktafeil ble rettet opp på bakgrunn av rådmannens tilbakemelding. Høringsutkast av rapporten er sendt til rådmannen for uttalelse og rådmannens høringsuttalelse er lagt ved rapporten (vedlegg 1).

1.5 Revisjonskriterier

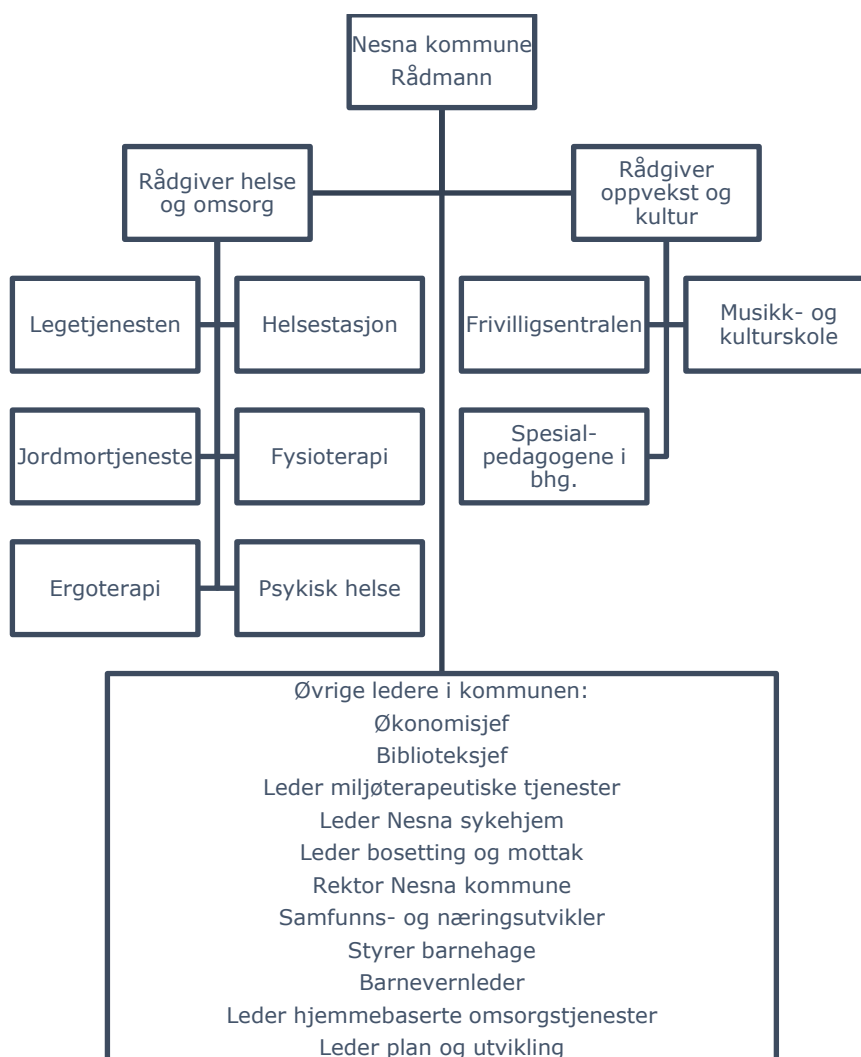
Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteriene er utledet fra autoritative kilder i samsvar med kravene i gjeldende standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteriene i hovedsak hentet fra kommuneloven og fra organisasjonen Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (heretter COSO) sitt rammeverk for internkontroll. Kriteriene er nærmere presentert innledningsvis under hvert tema, og i vedlegg 2 til rapporten.

2. Organisering

Nesna kommune var tidligere organisert etter en trenivåmodell med sektorledere på nivå to og virksomhetsledere på nivå tre. Kommunen er nå formelt sett organisert etter en tonivåmodell med rådmann som øverste leder på nivå 1 og fire sektorer under rådmann på nivå 2 i organisasjonsmodellen. Det går ikke frem av organisasjonskartet om de fire sektorene har egne ledere. Videre er det to rådgivere for henholdsvis helse og omsorg og oppvekst og kultur, samt fellesfunksjoner som arkiv/servicetorg, personal, økonomi og politisk sekretær i rådmannens stab.

I praksis er imidlertid ikke organiseringen i samsvar med den formelle organisasjonsstrukturen. En del av tjenesteområdene er i praksis samlet under to rådgivere som leder de aktuelle tjenesteområdene. Øvrige tjenesteenheter har en egen leder i direkte linje under rådmannen. For tjenesteenhetene som er direkte underlagt rådmann har de to rådgiverne en rådgivende rolle. Rådgiver helse og omsorg er leder for seks enheter i tillegg til å være rådgiver for hjemmebaserte omsorgstjenester, sykehjemmet og miljøterapeutiske tjenester. Rådgiver oppvekst og kultur er leder for tre enheter og rådgiver for skolen, de tre barnehagene, og kulturområdet. Figur 1 under viser hvordan lederansvaret for tjenesteområdene i kommunen fordeler seg i praksis.

Figur 1 Organisasjonskart Nesna kommune som viser praksis per mai 2018.



3. Kontrollmiljøet

3.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende problemstilling:

I hvilken grad er det etablert eller satt i verk tiltak for å etablere tilfredsstillende kontrollmiljø?

3.2 Revisjonskriterier

I kommuneloven § 23 går det fram følgende krav til administrasjonssjefen:

(...)

2. Administrasjonssjefen skal påse at de saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt. Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.

3. Administrasjonssjefen har møte- og talerett, personlig eller ved en av sine underordnede, i alle kommunale eller fylkeskommunale folkevalgte organer med unntak av kontrollutvalget. (...)

I Ot.prp. nr. 70 (2002-2003)¹ står følgende kommentar til kravet om betryggende kontroll i kommuneloven § 23:

«Selv om administrasjonssjefen etter kommuneloven i dag ikke eksplisitt er pålagt å etablere internkontroll, må ansvaret for slik kontroll regnes som en nødvendig del av administrasjonssjefens ledelsesansvar. Det er i tråd med allment aksepterte ledelsesprinsipper at en leder av en virksomhet etablerer rutiner og systemer som blant annet skal bidra til å sikre at organisasjonen når de mål som er satt, og at formuesforvaltningen er ordnet på forsvarlig måte.»

I Ot.prp. nr. 70 (2002-2003) viser videre til at internkontroll særlig er et verktøy for ledelsen, og

(...) er en integrert del av ledelsens styring av organisasjonen. Internkontroll defineres i videste forstand som en prosess, iverksatt og gjennomført av virksomhetens ledere og ansatte, med formål å sikre måloppnåelse på følgende områder:

- Målrettet og effektiv drift
- Pålitelig ekstern rapportering
- Overholdelse av gjeldende lover og regelverk.

I COSO sitt rammeverk² går det frem at mål på sektorovergripende nivå er en forutsetning for internkontroll. Ledere og ansatte i organisasjonen må ha en forståelse for de overordnede strategiene og målene i organisasjonen, og en del av internkontrollarbeidet er å spesifisere målbare, oppnåelige, relevante og tidfestede mål som organisasjonen skal jobbe etter. Disse overordnede målene skal operasjonaliseres til de underliggende enhetene i organisasjonen.

For å sikre en god internkontroll er det, ifølge COSO-modellen, viktig å utvikle et godt kontrollmiljø. Kontrollmiljøet er de standardene, prosessene og strukturene som danner basis for organisasjonens internkontrollarbeid. Det er flere viktige prinsipper for et godt kontrollmiljø, bl.a.

- at organisasjonen utviser en forpliktelse overfor integritet og etiske verdier
- at ledelsen, med utgangspunkt i organisasjonens mål, etablerer strukturer, rapporteringsveier og egnede fullmakts- og ansvarsforhold.

¹ Ot.prp. nr. 70 (2002-2003). *Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon).*

² Norges Interne Revisorers Forening (NIRF), 1996. *Internkontroll – Et integrert rammeverk*

- at organisasjonen forplikter seg til å tiltrekke seg, utvikle og beholde kompetanse som samsvarer med organisasjonens mål

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

3.3 Datagrunnlag

3.3.1 System for internkontrollarbeid

Nesna kommune tok i bruk kvalitetssystemet Compilo³ for om lag ett år siden. Innføringen av kvalitetssystemet og arbeidet med internkontrollen har vært en av personalsjefens hovedoppgaver. Det blir opplyst at kommunen har tatt i bruk flere av modulene som programvaren tilbyr, men at ikke alt er på plass ennå. Kommunen har blant annet tatt i bruk funksjoner for varsling og avvik. Årshjulsverktøyet som ligger i Compilo er en funksjon flere avdelinger ønsker å få tatt i bruk, og kommunen har i mai 2018 gjennomført workshop med opplæring i denne funksjonen.

Revisjonen får opplyst at kommunen ikke har utarbeidet noen definisjon i overordnet forstand av hva internkontroll skal være. På ledermøte har det vært diskutert hva som er målet med internkontrollarbeidet, men oppmerksomheten har i all hovedsak vært på Compilo og hvilke muligheter programvaren gir. Konstituert rådmann mener at kommunen hadde hatt bruk for å danne et dypere kunnskapsgrunnlag om hva internkontroll innebærer og hva lovverket på området sier. Hun opplever at kommunen frem til nå i all hovedsak har jobbet med teknisk innføring i kvalitetssystemet Compilo.

Konstituert rådmann er usikker på i hvilken grad de ansatte tar i bruk systemene som kommunen har etablert. Hun opplever at ansatte har veldig ulik oppfatning av hva internkontroll er. Det blir opplyst at noen avdelinger ikke er like motivert som andre i arbeidet med å ta i bruk de nye systemene. Kommunen planlegger å sikre at alle avdelinger tar i bruk Compilo ved å årlig revidering av rutiner og prosedyrer skal inn i årshjulet. I tillegg har konstituert rådmann initiert et arbeid på organisasjonsutvikling som skal sørge for at kommunen får rettet opp mangler knyttet til roller og ansvar. Dette arbeidet er igangsatt per mai 2018.

3.3.2 Organisering, plan og mål for virksomheten

Kommunens overordnede organisering er beskrevet i kapittel 2 om organisering. Kommunen har utviklet en mal for lederavtaler, men malen er ikke tatt i bruk. Revisjonen får opplyst at lederavtalene er tenkt å være et redskap til å planlegge og rapportere på mål. Lederavtalene er også tenkt å fungere som stillingsbeskrivelser for lederne, noe kommunen per dags dato ikke har. Lederavtalen og stillingsbeskrivelser er nærmere omtalt i kap. 3.3.4 *Fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet*.

Konst. rådmann har signalisert til ledergruppen at hun ønsker å utvikle organisasjonen blant annet fordi hun oppfatter at tonivåmodellen slik den er i dag ikke er helt tydelig. Hun har bedt personalsjef, de to rådgiverne og leder for bosetting om å være med å drive organisasjonsutviklingen. Særlig ønsker hun å få på plass stillingsbeskrivelser og tydeligere lederavtaler, noe tillitsvalgte er blitt informert om. Arbeidsmiljøutvalget har vært positive til initiativet. I tillegg skal organisasjonsutviklingsarbeidet omhandle alle avdelinger i kommunen, og rette oppmerksomheten mot brukerperspektivet.

Nesna kommune har per dags dato ikke en målstruktur. Det blir opplyst at det finnes noen målsettinger gjennom planverk og politiske vedtak, men at de ikke er samlet og synliggjort slik at tjenestene styrer/organiserer seg bevisst etter disse. Blant annet informerer rådgiver innen helse og omsorg om at denne avdelingen har mål knyttet til helserelaterte variabler, som antall vaksinasjoner. Disse blir rapportert på til Statistisk Sentralbyrå (SSB).

I kommunens økonomiplan for 2016-2019 (side 3) går det fram at det er etablert overordnede mål i kommunen selv om det ikke er bygget opp en målstruktur omkring dem. Det overordnede målet for Nesna

³ Kvalitetssystemet inneholder blant annet moduler for dokumenthåndtering, avvikshåndtering, risikoanalyse og årshjul. Link: <http://compilo.no/programvare/>

kommune er å levere tjenester tilpasset innbyggernes og kommunens behov. Videre er målsettingene for kommunen:⁴

- En god kommune å bo i
- Økt bosetting i Nesna kommune
- Full barnehagedekning
- Skole med høy kvalitet
- Næringsutvikling

Fra budsjett 2018 går det frem at et resultatmål for 2018 er å *Utvikle og ta i bruk resultatmål med indikatorer og rapportering i alle enheter.*

I budsjettet går det også fram hva som er status og hvilke utfordringer hver avdeling står overfor, i tillegg til hvilke prioriteringer hver avdeling vil gjøre det neste året. Orienteringen om status relaterer seg ikke til etablerte mål.

3.3.3 Utøvelse av lederskap – tonen på toppen

Revisjonen får opplyst at det politiske nivået har vært positive til internkontrollarbeidet, og flere påpeker at rådmannen og den administrative ledelsen har gitt tydelig uttrykk for viktigheten av at kommunen har et internkontrollsystem.

Konstituert rådmann mener at det er tydelig signalisert til ledere og ansatte at internkontroll er viktig for kommunen, men hun ser samtidig at det har blitt jobbet med i ulik grad ved de ulike avdelingene. Hun har erfart at de ulike avdelingene har delte meninger om hvorvidt internkontroll er viktig, men påpeker at dette kan skyldes stort arbeidspress og lite tid til arbeidet.

En av de intervjuede mener at internkontroll har blitt satt på dagsorden i kommunen med jevne mellomrom, men at den hyppige utskiftningen av rådmenn de siste 12 årene har vært en utfordring for det overordnede arbeidet med internkontroll. Nåværende rådmann har vært i stillingen de siste fire årene. Kommunen har hatt konstituert rådmann siden 15.januar 2018.

3.3.4 Fordeling av ansvar, oppgaver, myndighet

Nesna kommune har et politisk delegeringsreglement vedtatt i kommunestyret i april 2017 (sak 16/17). Revisjonen får opplyst at kommunen har utviklet et administrativt delegeringsreglementet, det vil si en beskrivelse av delegering fra rådmann til avdelingslederne der funksjoner og referanser til relevant lovverk er beskrevet. Arbeidet med delegeringsreglementet er imidlertid ikke helt ferdigstilt fordi ansvaret for funksjonene ikke har blitt definert enda. Årsaken til dette blir opplyst å være at ansvaret til de ulike lederne i kommunen ikke har vært tydelig definert verken gjennom stillingsbeskrivelser eller på andre måter.

Det blir opplyst at lederavtalene har blitt jobbet med over lengre tid og at disse vil fungere utfyllende til delegasjonsreglementet. Det har blant annet blitt gjennomført ledersamlinger der alle har kommet med innspill til lederavtalene. Avtalene har nå en basisform, og malen for lederavtale er vedtatt. Revisjonen har fått tilsendt malen for arbeids- og lederavtale.⁵ I denne går det blant annet fram hvilke krav og forventninger Nesna kommune har til lederen, hvilke forpliktelser arbeidsgiver og rådmannen har, samt årlige resultat- og utviklingsplaner.

Kommunen har ikke tatt malen i bruk på grunn av sykdom i kommunens øverste administrative ledelse; rådmann har ikke hatt møte med hver enkelt av de 12 lederne og fylt ut lederavtalene. Konstituert rådmann mener at kommunen i forkant av utfylling av lederavtalene må kartlegge ledernes ansvar og oppgaver.

Per i dag har ikke kommunen stillingsbeskrivelser og flere gir uttrykk for at dette er en utfordring. Det blir vist til at dette kan føre til ansvarsfraskrivelser, at det blir utydelig hvem som skal gjøre hvilke arbeidsoppgaver og at ansvar blir utydelig. Flere opplever at mandatet til de to rådgiverne og personalsjef

⁴ Nesna kommune. *Økonomiplan 2016-2019*. Formannskapetets forslag til økonomiplan 2016-2019, 02.12.2015.

⁵ Nesna kommune. *Arbeids- og lederavtale*. Vedtatt 15.11.2017

i kommuneledelsen er uklart, noe som blir pekt på som en konsekvens av mangelen på stillingsbeskrivelser. For eksempel er det uklar rollefordeling mellom personalsjef og andre ledere i organisasjonen.

Det blir opplyst at oppgaven med å utvikle stillingsbeskrivelser er satt på dagsorden, og at beskrivelsene i legetjenesten og ved helsestasjonen blant annet er ferdige. En av de intervjuede opplyser å bruke stillingsannonsen som førende for hvilke arbeidsoppgaver vedkommende har. Den intervjuede synes ikke det er tydelig hvilke oppgaver stillingen innebærer. På grunn av dette har vedkommende selv gjort avtale med andre i kommunen om hvordan de fordeler arbeidsoppgaver mellom seg.

3.3.5 Oversikt over kompetanse og behov for opplæring av ledere og ansatte

Flere peker på at avdelingslederne må stole på seg selv ettersom det i liten grad har vært kontinuitet i overordnede prosesser i kommunen. Flere peker på at kommunen de siste 12 årene har hatt over 10 rådmenn. Nåværende rådmann har imidlertid hatt stillingen fire år.

I den vedtatte malen for lederavtale går det fram at rådmannen skal sørge for systematisk leder- og ledelsesutvikling. Det blir opplyst at kommunen ikke har planlagt særskilt lederopplæring ennå. Kommunen har videre bestilt et kurs som tar for seg juridisk kompetanse innen forvaltningslovverk for alle lederne og saksbehandlerne i kommunen (høsten 2018).

I intervju blir det pekt på at det varierer i hvilken grad den enkelte virksomhet i kommunen har oversikt over fremtidig kompetansebehov og har etablert opplæringsplaner. Innen oppvekst og kultur er oppfatningen at kommunen ikke har god nok oversikt over fremtidig kompetansebehov og at de vurderingene som er gjort av kompetansebehovet er utdaterte, særlig relatert til nye kompetansekrav i skolen som trer i kraft i 2025.

3.3.6 Etisk refleksjon

Nesna kommune har etiske retningslinjer som gjelder for arbeidstakere og for politisk tillitsvalgte under utøvelse av ombud/verv.⁶ Det går fram av dokumentet at målet med de etiske retningslinjene er at «personer i kommunens tjeneste skal være seg bevisst kravene til uklanderlige holdninger og handlinger». Videre går det fram at virksomhetene må videreutvikle og styrke den enkeltes etiske bevissthet.

Det blir opplyst at kommunens øverste administrative ledelse ved jevne mellomrom har informert om kommunens etiske retningslinjer/etisk standard. Kommunen har ikke en rutine for hvor ofte og ved hvilke anledninger de kommunalt ansatte skal informeres om innholdet i de etiske retningslinjene. Det er ikke etablert praksis for å gjennomføre etiske refleksjoner i kommunen.

3.3.7 Ressurser til internkontrollarbeidet

I intervju blir det fremhevet som positivt at kommunen har prioritert å sette av ressurser til å kjøpe inn det elektroniske kvalitetssystemet Compilo. Videre er opplevelsen at det er stor bevissthet blant de ansatte om viktigheten av et slikt system. Samtidig blir det pekt på at en hovedårsak til at ikke alle rutiner ligger i Compilo ennå, handler om stort arbeidspress på avdelingene og at det mangler ressurser til å gjøre jobben.

En av de intervjuede opplever at den største hindringen for at kommunen skal få gjennomført relevante endringer i egenkontrollarbeidet, er at dette er en stor oppgave som få personer jobber med. Vedkommende mener at ansvar for dette arbeidet enten må delegeres slik at flere jobber med det, eller en må sikre at de som jobber med det får mer tid til å fokusere på egenkontrollarbeidet.

Det blir videre opplyst at det har vært en del lederopplæring knyttet til Compilo. En av de intervjuede savner imidlertid tid til å sette seg mer inn i systemet og gjøre tiltak for at systemet skal bli mer anvendelig innenfor eget område.

3.3.8 Varslingsrutiner

Nesna kommune har en varslingsplakat med overskriftene *Hva er varsling?*, *Varsling er positivt*, *Oppfølging av varsling*, *Den som varsler skal ikke straffes*, *Hvem varsler du til?*, og *Anonymitet og fortrolighet*.⁷ Det

⁶ Nesna kommune. *Etiske retningslinjer i Nesna kommune*. Sist oppdatert: 05.07.2011

⁷ Nesna kommune. *Varslingsplakaten*. Vedtatt 15.11.2017

går fram av varslingsplakaten at den ble vedtatt av kommunestyret i november 2017 etter en prosess som involverte tillitsvalgte, arbeidsmiljøutvalg og ledere i Nesna kommune.

Kommunen har også varslingsrutiner.⁸ Disse beskriver formålet med og omfanget av rutineene og slår fast at rådmannen har ansvaret for gjennomføring av prosedyren. Det går videre fram at alle ansatte skal informeres om rutineene for varsling, og at rutinen skal være tilgjengelig i kommunens kvalitetssystem, Compilo der alle ansatte har tilgang. Varslingsplakat og -rutineene ligger ikke åpent tilgjengelig på hjemmesiden til kommunen.

Revisjonen får opplyst at ledere har blitt oppmuntret til å legge varslingsplakat og varslingsrutiner inn i leselisten⁹ til de ansatte i Compilo, men det er ikke kjent om dette har blitt gjort.

I intervju blir det ellers opplyst at kommunen har rettet oppmerksomheten mot varsling, og at både avvik og varsling har blitt diskutert i møte med tillitsvalgte og i AMU.

Det blir av flere oppfattet å være kultur og klima for å varsle om forhold som innebærer risiko eller andre kritikkverdige forhold i kommunen. Samtidig blir det poengtert at det er en liten kommune og at det trolig vil variere mellom avdelingen hvor trygge de ansatte føler seg når det gjelder å varsle. Det blir også pekt på at varslene blir håndtert ulikt fra avdeling til avdeling, og ikke på en systematisk måte. Konst. rådmann opplyser at kommunen ikke har hatt opplæring av ansatte i hvordan de skal være trygge i varslingssaker. Hun tror heller ikke det er en entydig håndtering av varslingssaker blant lederne.

3.3.9 Involvering av de ansatte

Kommunen har ikke overordnede rutiner for gjennomføring av medarbeidersamtaler. Avdelingene har ulik praksis for gjennomføring av slike samtaler. Personalsjefen mener at mange avdelinger er flinke til å gjennomføre medarbeidersamtaler, men ikke alle.

I den vedtatte malen for lederavtale går det fram at «medarbeidersamtaler/-undersøkelser» er en lederoppgave. Denne oppgaven inngår i en tabell hvor leder skal krysse av for utført eller ikke utført. Under overskriften *Evaluering av resultatoppnåelse* går det videre fram at rådmannen minst to ganger per år skal gjennomføre en samtale med vekt på evaluering av resultater og andre forhold i lederens avdeling med utgangspunkt i den årlige resultat- og utviklingsplanen (mer om hva som inngår i denne planen er beskrevet i kap. 6.3.1 *Informasjon og kommunikasjon*).

Kommunen har ikke overordnede rutiner for gjennomføring av personalmøter. Avdelingene har ulik praksis for gjennomføring av slike møter. Revisjonen får opplyst at ikke alle avdelinger gjennomfører personalmøter. For de avdelingene som gjennomfører personalmøte varierer det hvor ofte de blir gjennomført og hva de blir brukt til.

Revisjonen får videre opplyst at det på overordnet nivå i kommunen blir gjennomført faste møter med tillitsvalgte og verneombud, samt AMU møter. Det blir samtidig pekt på at det er usikkert i hvilken grad tillitsvalgte og verneombud blir involverte på fast basis ute i kommunens avdelinger.

3.3.10 Oppsummering av status knyttet til kontrollmiljø

Tabell 1 Oppsummering av status knyttet til kontrollmiljø.

| Kriterier | Oppsummering av status |
|--|---|
| System for internkontrollarbeid - det er tydelig hvordan ansvaret er plassert for internkontrollarbeidet og hva som forventes av arbeidet (styringssystem) | Arbeidet med system for internkontroll er tydelig plassert i kommunens øverste ledelse. Det er ikke definert hvilke elementer som inngår i kommunens internkontroll på overordnet nivå. Kommunen har fått på plass elektronisk kvalitetssystem, men dette er ikke fullt ut |

⁸ Nesna kommune. *Varslingsrutiner for Nesna kommune*. Vedtatt 15.11.2017

⁹ Leseliste innebærer en liste med dokumenter som det blir tydeliggjort i Compilo at den enkelte ansatte gjør seg kjent med å lese igjennom og der det etter dokumentet er lest kvitteres ut for dette.

| | |
|---|---|
| | <p>implementert. Det blir oppgitt at det er stor forskjell mellom avdelingene i hvor aktivt det elektroniske kvalitetssystemet er tatt i bruk. Kommunen ser ikke ut til å ha en plan for å sikre at alle avdelingene skal benytte det elektroniske kvalitetssystemet.</p> |
| Organisering, plan og mål for virksomheten | <p>Det er ikke etablert en tydelig målstruktur for kommunen som helhet og for underliggende avdelinger. Det er etablert overordnede mål i kommunen men ikke etablert systematisk rapportering på måloppnåelsen innen de ulike sektorene</p> |
| Utøvelse av lederskap – tonen på toppen | <p>Øverste ledelse i kommunen anerkjenner at internkontroll er viktig og har signalisert dette tydelig.</p> <p>Den øverste administrative ledelsen har det siste året arbeidet med å få på plass et elektronisk kvalitetssystem. Det gjenstår likevel en del arbeid for å få systemet fullt ut implementert i hele organisasjonen. Det er i hovedsak denne delen av internkontrollarbeidet som har hatt oppmerksomhet det siste året.</p> <p>Viktigheten av internkontroll er også synliggjort gjennom utarbeiding av forslag til lederavtaler som tydeliggjør leders ansvar. Avtalene skal relatere seg til ledernes måloppnåelse. Avtalene er imidlertid ikke tatt i bruk og tydelige mål og målstruktur, samt tydelige beskrivelser av ansvar og myndighet, er så langt ikke etablert.</p> |
| Fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet | <p>Kommunen har satt i gang viktige prosesser med utvikling av et eget administrativt delegeringsreglement og etablering av lederavtaler, men disse prosessene er ikke fullførte. Kommunen har per i dag ikke utviklet stillingsbeskrivelser, ikke tatt i bruk mal for lederavtale og ikke har plassert ansvar i kommunens administrative delegeringsreglement.</p> |
| Oversikt over kompetanse og behov for opplæring av ledere og ansatte | <p>Det varierer i hvilken grad de ulike avdelingene i kommunen har oversikt over eget kompetansebehov. Kommunen har ikke overordnet oversikt over hvilke avdelinger som har størst behov for å øke kompetansen.</p> |
| Det gjennomføres etisk refleksjon hvor vesentlige tema blir diskutert | <p>Kommunen har etiske retningslinjer, men det framgår ikke hvordan disse skal gjennomgås. Det er ikke etablert praksis for å gjennomføre etiske refleksjoner i kommunen.</p> |
| Varslingsrutiner | <p>Kommunen har etablert varslingsrutiner, men det er usikkert om disse er gjort tilstrekkelig kjent i hele organisasjonen.</p> |
| Involvering av de ansatte (personalmøter og medarbeidersamtaler) | <p>Kommunen har ikke rutiner som sikrer gjennomføring av medarbeidersamtaler og personalmøter i alle avdelinger, og undersøkelsen viser at praksis for å gjennomføre slike møter varierer.</p> |

3.4 Vurdering

Revisjonen mener det er positivt at øverste administrative ledelse det siste året har arbeidet med å få på plass et elektronisk internkontrollsystem. Det er videre positivt at kommunen har etablert varslingsplakat og rutiner for varsling, men revisjonen vil samtidig understreke at det er viktig å sikre trygghet omkring varsling av kritikkverdige forhold og sikre lik praksis i kommunens ulike enheter med hensyn til oppfølging av denne type saker. Revisjonens inntrykk er at arbeidet med internkontroll i kommunen for det meste har omhandlet teknisk innføringen av kvalitetssystemet Compilo, samtidig som systemet fremdeles i begrenset grad er tatt i bruk.

Internkontroll er imidlertid mye mer enn teknisk etablering av et kvalitetssystem. Kommunen har per i dag ikke utarbeidet en tydelig målstruktur, ikke tatt i bruk lederavtaler, ikke tilstrekkelig oversikt over kompetanse og opplæringsbehov, ikke sikret at ansatte har fått opplæring i rutinene i Compilo og ikke plassert ansvar i kommunens administrative delegeringsreglement. Revisjonen mener dette innebærer at Nesna kommune per i dag ikke har etablert et tilfredsstillende kontrollmiljø.

Revisjonen vil imidlertid fremheve at det er positivt at konstituert rådmann har satt i gang et arbeid med organisasjonsutvikling som skal sørge for at kommunen får rettet opp mangler knyttet til roller og ansvar.

4. Risikokartlegginger og -vurderinger for å kartlegge fare for svikt, feil eller mangler

4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende problemstilling:

I hvilken grad er det etablert eller satt i verk tiltak for å etablere system for gjennomføring av risikokartlegginger og -vurderinger for å kartlegge fare for svikt, feil eller mangler på alle nivå i kommunen?

4.2 Revisjonskriterier

Risikovurderinger er et sentralt element både i COSOs rammeverk for internkontroll, og i ulike sektorspesifikke og tjenestespesifikke krav til internkontroll.

Gjennom risikovurderinger gjør man en systematisk gjennomgang av tjenester for å finne frem til aktiviteter eller prosesser hvor det er fare for eksempel for manglende måloppnåelse, manglende etterlevelse av regelverk/rutiner, mangelfull rapportering eller utilfredsstillende kvalitet i tjenestene.

COSO definerer risiko som sannsynligheten for at en hendelse inntreffer og påvirker måloppnåelse i negativ retning. En annen måte å definere begrepet er som «produktet av sannsynlighet og konsekvens for en hendelse». I sin veileder for internkontroll benytter KS denne siste definisjonen, og legger til at det er naturlig å bruke risikovurderinger for å unngå uønskede hendelser, og for å kartlegge risiko som kan medføre at kommunens mål ikke nås. Deloitte vil i denne rapporten ta som utgangspunkt at risiko for manglende måloppnåelse bør inngå som en naturlig del av risikovurderingene i kommunen.

I følge KS er risikovurderinger grunnlag for innretning av internkontrollen, og både det operative og strategiske nivået i kommunen bør være involvert i risikovurderingene. Dette er også i samsvar med anbefalinger fra COSO. Risikovurderinger skal skje på både detaljert plan og på overordnet plan. KS påpeker at et ansvar på rådmannsnivået er å «aggregere risiko», det vil si å ha et system for å se resultatene fra enkeltvise risikoanalyser i sammenheng. KS fremhever at:

Relevant informasjon skal aggregeres og rapporteres videre til andre ledernivåer. Dette vil sikre oppmerksomhet om det som er viktigst, samtidig som vesentlige forhold fanges opp, vurderes og dokumenteres. (s. 23)

Systematisk avviksrapportering er en måte å sikre at organisasjonen oppdager brudd på rutiner og svakheter i rutiner. Det kan legges til rette for avviksrapportering elektronisk eller manuelt. Det mest sentrale poenget er at rutinene for avviksrapportering er enkelt tilgjengelig, kjent for de ansatte (eller andre som skal melde avvik), at det er en god kultur (kontrollmiljø) for å melde avvik, og at det er gode rutiner for oppfølging av meldte avvik. Resultatet fra ferdigbehandlede avvik kan gjerne være at organisasjonen gjør en grundigere risikovurdering for å analysere årsaker til avvik, og hvilke tiltak som kan tenkes å forebygge fremtidige avvik.

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

4.3 Datagrunnlag

4.3.1 Skriftlige rutiner som beskriver gjennomføring og oppfølging av risikovurderinger inkludert identifisering av risiko og tiltak

Revisjonen får opplyst at kommunen ikke har en veileder for hvordan de ulike avdelingene skal kartlegge og vurdere risiko, samt identifisere og følge opp tiltak.

Det blir opplyst at det ligger opplegg for ROS-analyser i Compilo, og at dette er noe superbrukergruppen skal se nærmere på. Personalsjef mener at kommunen gjennom Compilo har et godt verktøy for å gjøre risikovurderinger. Revisjonen har fått tilsendt skjermbilde fra ROS-modulen i Compilo, som viser en påbegynt testanalyse i Servicetorget hvor det er mulig å legge inn tiltak basert på ulike risikoscenarier (se vedlegg 3).

Revisjonen får opplyst at Servicetorget har utviklet sjekklister knyttet til mange rutiner, uten at det er definert og dokumentert som risikoanalyser.

Revisjonen blir opplyst om at identifiserte risikoer følges opp med iverksettelse av risikoreduserende tiltak. Konstituert rådmann synes ikke det er vanskelig å identifisere risiko. Hun synes hovedutfordringen er å finne treffsikre tiltak som reduserer risiko, særlig når det gjelder risikoer innenfor psykososialt miljø.

4.3.2 Jevnlig gjennomførte risikoanalyser

Nesna kommune har ikke gjennomført risikoanalyser som omfatter alle vesentlige deler av kommunen. Når det er gjort risikoanalyser, har kommunen enten hatt et fokus på beredskap eller på helse, miljø og sikkerhet.

For to år siden ble det gjennomført en overordnet ROS-analyse knyttet til beredskap og kriseledelse. Denne ble behandlet i kommunestyret. Det blir også opplyst at kommunen har en beredskapsplan som blir revidert hvert år. Det finnes også en egen kriseplan for helse- og omsorgssektoren, og for smittevern. Leder for plan- og utvikling opplyser at avdelingen gjennomfører isolerte ROS-analyser på vann, avløp, og brann.

Utover dette og ROS-analyser på isolerte arbeidsprosesser innad i avdelingene, har ikke kommunen gjennomført helhetlige risikoanalyser. Personalsjef mener kommunen i praksis har gjennomført risikoanalyser for mange arbeidsprosesser, men at dette kanskje ikke er dokumentert.

Det blir opplyst at kommunen har en årlig gjennomgang av hva de skal jobbe med i løpet av året innen HMS. Konstituert rådmann har, som tidligere leder for barnevernstjenesten, erfart at eget initiativ, gjerne i samarbeid med bedriftshelsetjenesten, er en avgjørende faktor i arbeidet med å gjennomføre risikovurderinger. Hun ser stor forskjell mellom avdelingene når det gjelder i hvilken grad risikovurderinger knyttet til HMS blir gjennomført.

4.3.3 Rapportering av vesentlige risikoer til overordnet nivå

Kommunen har ikke utviklet rutiner knyttet til rapportering av vesentlige risikoer til overordnet nivå.

Revisjonen får opplyst fra flere at øverste administrative ledelse får informasjon om vesentlige risikoer i kommunen dersom spesielle ting skjer som kan utvikle seg til utfordringer, ettersom det er små forhold i kommunen og at dette skjer selv om kommunen ikke har etablert rutiner for hva som skal rapporteres. Det blir opplyst at problemer blir tatt opp løpende, og at for eksempel legetjenesten har en rekke prosedyrer knyttet til hva som skal gjøres dersom et uhell skjer.

Rådgiver for oppvekst og kultur var tidligere rektor i kommunen og var med å gjennomføre en rekke risikoanalyser på skolen. Disse ble ikke rapportert videre til øverste administrative nivå i kommunen. På bakgrunn av risikovurderingene laget de tiltak lokalt på skolen i samarbeid med verneombud. Som nevnt over er risikoanalysene som er gjennomført knyttet til helse, miljø og sikkerhet eller beredskap. Det er ikke gjennomført risikoanalyser for å kartlegge risiko knyttet til manglende måloppnåelse eller regeletterlevelse. Det er heller ikke gjennomført risikoanalyse av faren for korrupsjon og misligheter

4.3.4 Risikovurderinger blir lagt til grunn for planlegging av virksomheten

Som nevnt ovenfor gjennomfører ikke kommunen en helhetlig risikoanalyse og systematiske risikoanalyser utover slike knyttet til beredskap eller helse, miljø og sikkerhet. Kommunen har heller ikke system for å sammenstille isolerte risikoanalyser fra de ulike avdelingene for å vurdere hvor det er foreligger størst risiko.

En leder peker på at det bør synliggjøres bedre hvilke risikoer det innebærer å skjære ned på ressurser. Vedkommende viser til at avdelingen vedkommende leder arbeider kontinuerlig for å minimere kriser ved at de ansatte i sitt daglige arbeid må gjøre prioriteringer mellom alle oppgaver.

Konstituert rådmann har inntrykk av at risikoanalysene til kommunen er hendelsesbaserte; man ser på hva som gikk galt og hvordan ting kunne vært gjort annerledes dersom noe uheldig har skjedd, men er sjelden i forkant. Erfaringsmessig har avdelingene tatt tak i risiko dersom de har hatt en sak der ansattes helse har blitt rammet.

Kommunen har ikke etablert rutiner eller praksis for å gjennomføre hendelsesanalyser ved alvorlige hendelser. Konstituert rådmann synes at avdelingene burde benytte seg mer av ROT-analyser som tar for seg hvorfor et avvik har oppstått. Hun tror at man må til roten av problemet for å avverge nye avvik.

4.3.5 Oppsummering av status knyttet til risikokartlegginger og – vurderinger av fare for svikt, feil eller mangler

Tabell 2 Oppsummering av status knyttet til risikokartlegginger og – vurderinger av fare for svikt, feil eller mangler

| Kriterier | Oppsummering av status |
|---|--|
| Skriftlige rutiner som beskriver hvordan risikovurderinger skal gjennomføres og følges opp på ulike nivå | Slike rutiner er ikke etablert i Nesna kommune. Compilo har en ROS-modul, som kommunen har planer om å ta i bruk. Det er ikke etablert en forståelse av risiko som går utover beredskap og helse, miljø og sikkerhet, og foreligger ikke system og rutiner som sikrer at det blir gjennomført risikoanalyser knyttet til regeletterlevelse, måloppnåelse og vesentlige arbeidsprosesser. Det er ikke etablert rutiner som sikrer at risiko på operasjonelt nivå blir rapportert til ledelsen i kommunen. |
| Jevnlig gjennomførte risikovurderinger som omfatter alle vesentlige deler av virksomheten | Kommunen har ikke gjennomført dokumenterte risikovurderinger som omfatter alle vesentlige deler av kommunen. |
| Identifisering av tiltak, frister, og ansvarlig for oppfølging | Kommunen har ikke gjennomført dokumenterte risikovurderinger og har derfor heller ikke oversikt over risikoområder med tilhørende tiltak, frister og ansvarlige for oppfølging. |
| Rapportering av vesentlige risikoer til overordnet nivå | Kommunen har ikke utviklet rutiner for hvordan det skal rapporteres om vesentlige risikoer, og heller ikke hvilke risikoer som er alvorlige nok til at de skal rapporteres videre på. |
| Risikovurderinger blir lagt til grunn for planlegging av virksomheten (for eksempel fordeling av ressurser, utarbeidelse av rutiner og krav til rapportering) | Ettersom system for gjennomføring av risikoanalyser på ulike nivå i kommunen ikke er etablert, er heller ikke risikovurderinger systematisk lagt til grunn for planlegging av virksomheten. |

Gjennomføre hendelsesanalyser ved alvorlige hendelser Kommunene har ikke etablert rutiner eller fast praksis for å gjennomføre systematiske hendelsesanalyser ved alvorlige hendelser.

4.4 Vurdering

Det er revisjonens vurdering at Nesna kommune ikke har etablert et tilstrekkelig system for å gjennomføre risikovurderinger verken på overordnet aggregert nivå eller på operativt nivå i kommunen. Kommunen jobber ikke systematisk med å avdekke risikoer som ikke er knyttet til beredskaps- eller HMS-arbeidet. For eksempel har ikke kommunen gjennomført risikoanalyse knyttet opp mot måloppnåelse, regeletterlevelse og faren for korrupsjon og misligheter. I det videre arbeidet må kommunen legge til grunn en forståelse av risiko som går utover beredskap og HMS. Det er videre viktig å ha rutiner som omhandler risikokartlegging og -vurdering både på aggregert nivå og på operasjonelt nivå i kommunen, slik at man sikrer at uønskede risikoer blir identifisert og systematisk fulgt opp gjennom risikoreducerende tiltak.

5. Kontrollaktiviteter: Rutiner, kontroll og rapportering som del av internkontrollen

5.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende problemstilling:

I hvilken grad er det etablert eller satt i verk tiltak for å etablere rutiner, kontroll og rapportering som del av internkontrollen?

5.2 Revisjonskriterier

Ledelsen har et særlig ansvar for å innføre overordnede ledelseskontroller, som for eksempel et fungerende fullmaktsystem, etisk regelverk og styringsprinsipper for kommunen. På et mer detaljert nivå må organisasjonen etablere det som i COSO kalles «kontrollaktiviteter».

Kontrollaktiviteter er de retningslinjer, aktiviteter og rutiner som settes i verk i den daglige driften for å sikre at organisasjonen oppnår sine mål. Et prinsipp som legges til grunn er at ledelsen skal etablere rutiner og retningslinjer som inngår som en del av den daglige driften i organisasjonen. Slike rutiner skal gjøre det klart hva som er forventet av enheten, og skal gjøre det tydelig hvem som har ansvar for å gjennomføre rutinen. COSO advarer mot uskrevne rutiner som kan være lette å omgå, og som kan være kostnadskrevende for organisasjonen å vedlikeholde dersom det er utskifting av personell. Videre anbefaler COSO at ledelsen ved jevne mellomrom gjennomgår og oppdaterer prosedyrer og kontrollaktiviteter.

I sin veiledning til rådmennene om internkontroll anbefaler KS at internkontrollen inngår som en integrert del av ledelse og styring i kommunen. Dette innebærer at rådmannen og rådmannens ledergruppe skal involveres i internkontrollen, og da i særlig grad den sektorovergripende internkontrollen. KS anbefaler at rådmannsnivået innhenter rapportering og følger opp bl.a. virksomhetens arbeid med risikokartlegging og -vurdering og følger opp gjennomførte kontroller og evalueringer.

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

5.3 Datagrunnlag

5.3.1 Rutiner for vesentlige arbeidsprosesser

Revisjonen får opplyst at det er stor forskjell mellom avdelingene når det gjelder forståelse for internkontroll og bruken av Compilo. Noen har jobbet jevnt og trutt med internkontroll og rutineutvikling over mange år, som for eksempel barnehagene, noe som gjør at det har vært enkelt å legge rutinene deres inn i teknologiske løsninger. Andre avdelinger har ikke jobbet jevnlig med internkontroll i form av rutineutvikling. Konstituert rådmann tror at en av hovedårsakene til at ikke alle prosedyrer ligger inne i Compilo ennå, handler om manglende forståelse og kunnskap om hva internkontroll er og hva som skal inn i kvalitetssystemet. Ifølge personalsjef er det vanskelig å si om alle avdelingene bruker Compilo aktivt.

Personalsjef opplever at det mangler prosedyre- og rutinebeskrivelser på flere områder i kommunen. Ved noen av tjenestene er alle rutiner beskrevet på papir, men alle er i gang med å digitalisere og legge inn i Compilo. Det er avdelingslederne som legger rutiner inn i Compilo. Avdelingslederne er opplært til dette, og har ansvar for opplæring av sine ansatte.

Personalsjef mener at kommunen har en del rutiner som burde revideres eller utvikles på nytt. Det blir opplyst at neste trinn i innføringen av internkontrollsystem vil være å videreutvikle systemet de har tatt i bruk, og forankre det mer. Personalsjef mener at ansatte må bli flinkere til å dokumentere prosedyrer, rutinebeskrivelser for sentrale prosesser i tjenesteproduksjonen, stillingsbeskrivelser og årshjul i Compilo.

I intervju blir det pekt på et skille mellom internkontroll innen forvaltningen på overordnet nivå som dreier seg om tjenesteområdene oppfyller myndighetenes mål, og internkontroll på de ulike fagområdene som blir styrt av ulike lover og forskrifter. Det blir opplyst at mange av fagsystemene som blir brukt innenfor helse- og omsorgstjenesten har inkorporerte systemer for internkontroll, det vil si at systemene sikrer en bestemt praksis. Innenfor helse- og omsorgstjenesten blir det vist til at det er en umulig oppgave å ha rutiner på alle operasjoner, mens det innenfor plan og utvikling blir vist til at avdelingen har rutiner knyttet til viktige arbeidsprosesser. I denne sammenhengen blir det lagt vekt på at arbeidet er styrt av frister og at avdelingen har systemer for å holde oversikt over disse.

Revisjonen får videre opplyst at kommunen har tatt i bruk leselister i Compilo. Dette fungerer slik at informasjon som lederne ønsker at ansatte skal lese blir lagt i en leseliste i Compilo. Lederne kan også ta i bruk en funksjon i Compilo som gjør det mulig å få en bekreftelse fra mottakerne på at informasjon er lest. Personalsjef ser bruken av leselister i Compilo som et verktøy som forbedrer intern kommunikasjon. Erfaringen så langt er at folk kvitterer på at de har lest den dokumentasjonen de har blitt bedt om, men personalsjef peker på at man ikke kan vite om opplysningene er forstått. De avdelingene som hadde flest rutiner før kommunen begynte å ta i bruk kvalitetssystemet Compilo, har kommet lengst i bruken av leselister. Personalsjef opplyser at neste steg er å lage standardpakker for hva som skal leses i ulike prosesser, som ved nyansettelse.

5.3.2 Opplæring i rutiner og prosedyrer og melding av avvik

Kommunen har ikke etablert opplæringsforløp for nyansatte som sikrer for eksempel gjennomgang av etisk reglement og relevant informasjon i Compilo. Personalsjef opplyser imidlertid at neste steg er å lage standardpakker for hva som skal leses i ulike prosesser i Compilo, for eksempel for nyansatte.

Når det gjelder opplæring i Compilo blir det opplyst at personalsjef har organisert en rekke kurs/workshops innen Compilo. Kommunen har en superbrukergruppe som har laget en plan for opplæring i Compilo, slik at de kan ta i bruk flere funksjoner i systemet og flere får opplæring. Superbrukergruppen består av fire superbrukere; avdelingslederne for mottak/bosetting, barnehage, helse, i tillegg til personalsjef.

Konstituert rådmann opplyser at det ikke har vært noe felles opplæring i internkontroll for alle avdelingene i kommunen, men opplyser at de i barnevernet har fått en god del opplæring i internkontrollarbeid. Gjennom praksisorientert kursing i Compilo tror hun likevel at ansatte ved alle avdelinger har fått en viss opplæring i hva internkontroll innebærer, selv om lederne har vært mer involvert i opplæringen i Compilo enn de øvrige ansatte. Hun tenker at det hadde vært mulig med mer felles opplæring og erfaringsdeling mellom avdelingene, selv om kravene til internkontroll vil variere etter hvilke lover og forskrifter de ulike avdelingene retter seg etter. Som nevnt over har avdelingslederne blitt opplært i å legge inn rutiner i Compilo og å lære opp ansatte i avdelingene de har ansvar for. Alle avdelingen har imidlertid ikke fått opplæring i innholdet i kvalitetssystemet.

En av de intervjuede mener at kommunen har hatt mye opplæring i Compilo, men at systemet er stort og omfattende og tar tid å lære. Vedkommende tror det er lett for at Compilo ikke blir brukt, fordi det er litt komplisert.

Kommunen har etablert skriftlige rutiner for å melde om avvik. Rådgiver for helse og omsorg opplever at de ansatte melder mange avvik i etterkant av opplæring, men at praksisen ikke vedvarer. I intervju blir det pekt på at det er utfordrende å definere hva som utgjør et avvik, særlig med tanke på hvor ofte og hvor alvorlig en hendelse skal være for å meldes som et avvik som skal løses med tiltak. Rådgiver for oppvekst og kultur mener at de ansatte melder fra om avvik når disse inntreffer. Når en ansatt melder avvik blir det sendt melding til hovedverneombud og til nærmeste leder.

En av de intervjuede påpeker at en utfordring når det gjelder avviksrapportering er at mange opplever at det er en kort vei fra de sier ifra om noe til det blir ordnet, og at de derfor ikke ser poenget med å bruke tid på å melde avviket via Compilo. En annen opplever utfordringer knyttet til at brukerne skal melde avvik på et system som de ikke er nok kjent med/som er lite brukt. Personalsjef ser at det gjenstår litt for å at de ansatte skal ha tilstrekkelig forståelse for hvilke avvik som skal meldes i Compilo og at de gjennomfører dette i praksis.

5.3.3 Løpende egenkontroll

Av intervju går det frem at selv om alle vedtak skal godkjennes formelt i saksbehandlingssystem, blir ikke alle vedtak og saksutredninger kvalitetssikret. Revisjonen får opplyst at det kan være uklart hvem som skal fatte vedtak når og at det forekommer at vedtak blir fattet uten kvalitetssikring og med kun en signatur. Ved plan- og utviklingsavdelingen opplever de at det nye saksbehandlingssystemet ESA legger bedre til rette for dialog internt i kommunen. I dette systemet må leder for plan og utvikling godkjenne vedtak før det blir sendt ut. Når avdelingsleder skal sende en sak til kommunestyret, må det godkjennes i ESA av rådmannen.

I intervju blir det opplyst at det er store forskjeller mellom avdelingene i bruken av ulike kontrollaktiviteter. Noen avdelinger har beskrevet kontrollaktiviteter i årshjul. Gjennomgående er det slik at mange av kontrollaktivitetene i hovedsak tar for seg de fysiske forholdene ved arbeidsplassene, for eksempel i barnehager og skoler.

Det blir pekt på at det er uklart hvem som har ansvar for å jobbe med kontrollaktiviteter som for eksempel å kontrollere innkjøp i Agresso, men at kommunen nå har utført en analyse av alle innkjøp. Arbeidet er gjort fordi kommunen skal inn i et samarbeid om innkjøp.

Revisjonen har fått opplyst at lederne skal ta en sjekk i saksbehandlerprogrammet ACOS og melde avvik dersom en saksbehandler har vært inne i en saksmappe som tilhører en annen saksbehandler, men det er ikke etablert en rutine for dette som beskriver hvor ofte dette skal gjennomføres. I slike tilfeller opplever konstituert rådmann det som viktig at leder benytter skjønn for å vurdere hva som er et avvik. Konstituert rådmann synes at det viktigste er at det blir gjort en vurdering og at man har et bevisst forhold til det.


Kommunen har et eksternt personvernombud. I tillegg har kommunen en personverngruppe/sikkerhetsgruppe som skal ha minst fire møter i året. Gruppen har utarbeidet en handlingsplan for personvern. Medlemmene i personverngruppen skal ut i hverandres avdelinger og se på hvordan de jobber med personvern. Disse besøkene skal gjøres innen mai hvert år.

Innen oppvekstområdet har rådgiver avtalt med styrerne at han skal gjennomføre årlige tilsyn på skolen og i barnehagene.

5.3.4 Oppsummering av status knyttet til kontrollaktiviteter og vurdering av disse

Tabell 3 Oppsummering av status knyttet til kontrollaktiviteter og vurdering av disse

| Kriterier | Oppsummering av status |
|---|--|
| Det er etablert rutiner for vesentlige arbeidsprosesser | Undersøkelsen viser at det i varierende grad er etablert rutiner for vesentlige arbeidsprosesser i de ulike avdelingene i kommunen. |
| Det blir gitt opplæring i rutiner og prosedyrer | Kommunen har arbeidet med å gi opplæring i bruk av Compilo. Avdelingslederne er blitt opplært i å legge inn rutiner i Compilo og å lære opp ansatte i avdelingene de har ansvar for. Det er laget en plan for opplæring av ansatte, men denne er så langt ikke gjennomført. Til nå har opplæring i Compilo vært opp til hver enkelt enhet. |
| Det er etablert system for å holde rutiner oppdatert og tilgjengelig for medarbeidere | Compilo er etablert, men idet gjenstår arbeid for å sikre at systemet blir tatt i bruk i enhetene. Det varierer mellom avdelinger i hvilken grad rutiner er lagt inn og i hvilken grad det er etablert årshjul med aktiviteter som også bidrar til å gjennomgå og evaluere vesentlige rutiner. |



Løpende egenkontroll

Det er ikke etablert system for etterkontroller i alle avdelinger men dette blir gjennomført sporadisk innenfor enkelte områder.

5.4 Vurdering

Undersøkelsen viser at kommunen er i gang med å registrere og dokumentere rutiner i Compilo, men at det varierer hvor langt de ulike avdelingene i kommunen har kommet når det gjelder å dokumentere vesentlige arbeidsprosesser. Revisjonen vil peke på at det er viktig å sikre rutiner for alle vesentlige arbeidsprosesser. Prioritering av arbeidet med utarbeidelse av slike rutiner bør være basert på risikovurderinger.

Det er positivt at flere avdelinger har utviklet egne systemer for egenkontroller og kvalitetssikring, men det er viktig å få slike systemer implementert i alle kommunens avdelinger. At alle avdelinger utfører løpende egenkontroll kan resultere i viktig informasjon som bør rapporteres oppover i organisasjonen. Også etablering av systemer for egenkontroll og kvalitetssikring bør sees i sammenheng med risikovurderinger, og det er viktig at områder og oppgaver med høyest identifisert risiko blir prioritert. Det er revisjonens vurdering at det fortsatt gjenstår en del utviklingsarbeid før kommunens kontrollaktiviteter er på et tilfredsstillende nivå.

6. Systemer for å sikre god informasjon og kommunikasjon

6.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende problemstilling:

I hvilken grad er det etablert eller satt i verk tiltak for å etablere systemer for å sikre god informasjon og kommunikasjon i internkontrollarbeidet i kommunen?

6.2 Revisjonskriterier

For å etablere god internkontroll er det i følge COSO-modellen videre viktig med effektiv og tidsriktig informasjon og kommunikasjon, både horisontalt og vertikalt i organisasjonen.

For at oppfølgingen i kommunen skal fungere så hensiktsmessig som mulig bør underliggende enheter rapportere videre kritiske risikoer til rådmannsnivået, og rådmannen bør sørge for at internkontroll går inn som en del av den ordinære rapporteringen og styringsdialogen i kommunen. KS anbefaler også å synliggjøre resultater, effekter og endringer som følge av internkontrollarbeidet i årsrapporten fra kommunen.

KS sin anbefaling om å omtale arbeidet med internkontroll i kommunens årsrapport henger også sammen med kravet i kommuneloven § 48 nr. 5, hvor det går frem følgende:

I årsberetningen skal det gis opplysninger om forhold som er viktige for å bedømme kommunens eller fylkeskommunens økonomiske stilling og resultatet av virksomheten, som ikke fremgår av årsregnskapet, samt om andre forhold av vesentlig betydning for kommunen eller fylkeskommunen. Det skal også redegjøres for tiltak som er iverksatt og tiltak som planlegges iverksatt for å sikre betryggende kontroll og en høy etisk standard i virksomheten.

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

6.3 Datagrunnlag

6.3.1 Informasjon og kommunikasjon

Revisjonen får opplyst at avdelingslederne rapporterer direkte til rådmann. Det kommer fram i intervju at kontakten mellom øverste administrative ledelse og avdelingsledere kan ha vært ad hoc-preget mer enn en følge av fast møtестruktur. Kommunen har en plan for ledermøter, men erfaringen til de intervjuede er at mange av disse møtene har utgått. Det blir opplyst at lederne står fritt til å melde inn saker til ledermøtene på forhånd. Til nå har agendaen på de ulike ledermøtene vært preget av Compilo og andre systemer som kommunen har innført det siste året. Konstituert rådmann har signalisert at hun ikke ønsker å bruke så mye av møtetiden på disse systemene fremover, men at organisasjonsutvikling i organisasjonen skal prioriteres.

Konstituert rådmann har videre gjenopprettet månedlige stabsmøter, og har gjennomført to slike etter at hun ble konstituert i stillingen som rådmann. Disse møtene er for rådmannens stab som består av teknisk sjef, økonomisjef, personalsjef og de to rådgiverne i kommunen. Møtene er knyttet til forberedelse av saker som skal legges frem for politisk behandling.

Konstituert rådmann har også tatt initiativ til månedlige ledersamlinger, mellom de planlagte leder- og stabsmøtene. På disse samlingene benytter de seg ikke nødvendigvis av en møteagenda; målet er at alle de 12 lederne i kommunen skal informere hverandre om hva som foregår i avdelingene. Konstituert rådmann har merket seg at disse tre møtearenaene blir verdsatt blant lederne i kommunen. De siste to årene har kommunen også hatt årlige ledersamlinger som har gått over flere dager.

Konstituert rådmann opplever at svakheter ved kommunens struktur særlig kommer til uttrykk i vanskelige saker der flere virksomheter har en rolle. I slike tilfeller har hun erfart at det er uklart hvordan virksomhetene skal samhandle, hvem som skal fatte vedtak og hvem som skal iverksette eventuelle tiltak; om det for eksempel er den enkelte avdelingsleder eller om det er rådgiver, ettersom de også har vedtaksmyndighet i noen tilfeller.

En av de intervjuede etterlyser en mer kontinuerlig informasjonsdeling mellom avdelingene, slik at vedkommende har bedre innsikt i hva som skjer på de ulike avdelingene.

I den vedtatte malen for lederavtale går det fram at lederen skal holde rådmannen orientert om viktige saker som hans/hennes avdeling arbeider med. I lederavtalen går det også fram hvordan lederens resultatoppnåelse blir evaluert. Hvert år, innen utgangen av januar, skal det lages en resultat- og utviklingsplan mellom rådmannen og leder med bakgrunn i politiske vedtatte styringsdokumenter og krav fra eksterne myndigheter. Lederavtalen inneholder videre noen krav til hva planen minimum skal inneholde. Ifølge lederavtalen skal rådmannen minst to ganger per år gjennomføre en samtale med vekt på evaluering av resultater og andre forhold i lederens avdeling med utgangspunkt i denne resultat- og utviklingsplanen. Disse samtalene kalles mål- og medarbeidersamtaler.

Dersom kommunen har ny informasjon som skal ut til alle ansatte, får revisjonen opplyst at informasjonen stort sett bli sendt ut på e-post. Personalsjef opplyser at alle ansatte skal ha god tilgang til e-post via PC og/eller nettbrett, men at det kan variere noe mellom avdelingene og rollen til hver enkelt ansatt.

Kommunen har ellers lagt opp til å bruke leselister i Compilo som skal bidra til å sikre at ansatte har lest rutiner og oppdateringer av disse.

Som nevnt over blir det gjennomført personalmøter i hele kommunen og dette er en arena for å formidle informasjon til ansatte. Men ikke alle avdelinger gjennomfører personalmøter, og der personalmøter blir gjennomført varierer det hvor ofte de blir holdt og hva de inneholder. Det er ikke etablert rutiner som omhandler hva personalmøtene bør omhandle.

6.3.2 Oppsummering av status knyttet til systemer for å sikre god informasjon og kommunikasjon

Tabell 4 Oppsummering av status knyttet til systemer for å sikre god informasjon og kommunikasjon

| Kriterier | Oppsummering av status |
|---|--|
| Tydlig skriftlig og muntlig kommunikasjon og forventningsavklaringer. | Det er ikke etablert rutiner for hvilken rapportering som skal gjennomføres fra avdelingsledere til rådmann og når. Noe fremgår av lederavtalen, men denne er per i dag ikke tatt i bruk |
| Gode informasjons- og kommunikasjonsrutiner i styringslinjen om internkontroll, risikovurderinger, risikoreducerende tiltak, måloppnåelse samt ulike typer avvik. | Det er den senere tid etablert praksis for ledermøter, stabsmøter og ledersamlinger. Det er ikke etablert faste punkt til agendaen på disse møtene som sikrer gjennomgang av status i enhetene og at eventuelle risikoområder blir rapportert. |
| Samhandling mellom enheter. | Kommunen har ikke etablert rutiner eller arenaer for samhandling mellom enheter. |

6.4 Vurdering

Det er revisjonens vurdering at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har etablert systemer for å sikre god kommunikasjon og informasjon som en del av internkontrollen.

Revisjonen registrerer at den vedtatte lederavtalen konkretiserer hvordan kommunikasjonen mellom ledere og rådmann skal foregå, men per i dag er denne ikke tatt i bruk, og kommunikasjonen mellom rådmann og avdelingsledere har i perioder ikke vært tilstrekkelig strukturert. Det er positivt at kommunens øverste administrative ledelse har etablert en møtestruktur som legger opp til deling av erfaring mellom avdelingslederne og bedre samhandling mellom disse, men det kan med fordel etableres faste punkt på agendaen som sikrer at status i enhetene blir gjennomgått og eventuelle risikoområder blir rapportert.

Undersøkelsen viser også at kommunen ikke har etablert tilstrekkelige arenaer for samhandling mellom enheter og kommunen bør derfor ha en gjennomgang av hvordan dette kan sikres og iverksette nødvendige tiltak.

Revisjonen vil understreke at det er viktig at de ansatte får informasjon om nye rutiner som etableres og legges inn i Compilo. Revisjonen merker seg at kommunen har etablert systemer for å sikre at ansatte mottar nødvendig informasjon gjennom leselister i Compilo, men vil samtidig understreke at denne informasjonen må følges tilstrekkelig opp gjennom informasjon i personalmøter og gjennom opplæring.

Det er videre positivt at kommunen har lagt til rette for at ledelsen kan sende ut nødvendig informasjon til alle ansatte via e-post. Kommunen bør samtidig sikre at personalmøtene blir brukt på en måte som sikrer at disse blir gjennomført jevnlig, at de har en struktur som sikrer at vesentlig informasjon blir gjennomgått og at ansatte blir involvert.

7. Ledelsens oppfølging av internkontrollen

7.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende problemstilling:

I hvilken grad er det etablert eller satt i verk tiltak for å etablere rutiner for oppfølging av om internkontrollen fungerer som forutsatt?

7.2 Revisjonskriterier

COSO-rammeverket legger til grunn at for å sikre gjennomføring av handlinger eller endringer som er nødvendige for å oppnå en god internkontroll, er ledelsens oppfølging viktig. Dette innebærer at ledelsen må ha tilstrekkelig innsikt til å vurdere hvilke elementer i internkontrollen som fungerer bra og hvilke elementer som bør forbedres.

Ledelsen kan for eksempel følge opp internkontrollen gjennom regelmessige gjennomganger i møter (ledelsens gjennomgang), inspeksjonsrunder/stikkprøver, og/eller systemrevisjoner.

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

7.3 Datagrunnlag

7.3.1 Kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres

Det ble gjennomført ledelsens gjennomgang både i 2015 og 2016. Disse gjennomgangene har i all hovedsak vært knyttet til personvern og sikkerhet og ikke knyttet til hvordan mål blir fulgt opp og regelverk etterlevd i de ulike avdelingene i kommunen. I ledelsens gjennomgang knyttet til personvern og sikkerhet i 2016 går det fram at målet med denne var å:

- Følge opp de mål som er satt
- Gjøre korrigerende tiltak
- Vurdere oppfølging av korrigerende tiltak
- Endring av mål for prosess
- Sørge for at internkontroll og styringssystem for informasjonssikkerhet er hensiktsmessige, tilstrekkelige og effektive, og at det tilfredsstillende relevante krav i personopplysningsloven og forskriften.

I rapport fra ledelsens gjennomgang av personvern og sikkerhet datert 2015 går det blant annet frem at kommunen har revidert sikkerhetskånboken, prøvd ut et risikovurderingsverktøy og gjennomgått låsesystemet. Det er også saker/problem knyttet til internkontroll i ledelsens gjennomgang. De to tiltakene knyttet til saken «internkontroll gjennomføres» er å vurdere å ta i bruk e-læringsverktøy for opplæring, og fokus på opplysningsplikt til brukere, revisjon av informasjonsmateriell og skjema. Disse tiltakene er ikke kryssset av for gjennomført i 2015.¹⁰

I ledelsens gjennomgang fra 2016 går det fram at ledelsens gjennomgang skal sørge for at «internkontroll og styringssystem for informasjonssikkerhet er hensiktsmessige, tilstrekkelig, effektive og tilfredsstillende relevante krav i personopplysningsloven og forskrift.»¹¹ Således har dette formålet en smalere tilnærming til ledelsens gjennomgang enn det som i samme dokument går frem å være målet med ledelsens gjennomgang (se prikkpunkt ovenfor). I referat fra ledelsens gjennomgang 2016 går det frem hvilke oppgaver sikkerhetsgruppa i kommunen har gjennomført i 2016, og hva som er tiltaksplan. Personalsjef informerer om at ledelsens gjennomgang er lagt inn i årshjulet til sikkerhetsgruppen. At kommunen ikke

¹⁰ Nesna kommune. *Rapport fra ledelsens gjennomgang*. Datert 12.01.2015

¹¹ Nesna kommune. *Referat ledelsen sin gjennomgang (år 2016)*. Datert 11.01.2017

gjør ledelsens gjennomgang på andre områder enn personvern og sikkerhet tror personalsjef henger sammen med at de ikke har målstyring.

Konstituert rådmann opplyser at kommunen ikke har et felles system for ledelsens gjennomgang på tvers av avdelinger, men – ettersom hun har vært barnevernsleder – vet hun at rådmannen har hatt jevnlig medarbeidersamtaler med avdelingslederne.

7.3.2 Vurdere virksomheten basert på brukernes erfaringer

Revisjonen får opplyst at kommunen har fått i gang brukerutvalg på sykehjemmet. Dette er noe kommunen prøver å få inn på de andre avdelingene innen helse og omsorg også, for å innhente innspill fra brukerne. Videre blir brukerundersøkelser benyttet systematisk i barnevernet. Revisjonen får opplyst at brukerundersøkelser ikke blir brukt i på langt nær alle avdelinger der det kunne vært relevant og det blir samtidig pekt på at det er mye usikkerhet i organisasjonen med hensyn til hvordan slike undersøkelser kan gjennomføres.

7.3.3 Avvik – gjennomgang av at avvik blir meldt

Det blir opplyst at avvik var et stort tema i kommunen før jul i 2017, og at personalsjef har ansvar for at det opprettholdes et jevnt fokus på dette. Videre blir det opplyst at rådmann har mulighet, gjennom Compilo, til å ta ut statistikk som viser meldte avvik på overordnet nivå. Da konstituert rådmann begynte i stillingen 15. januar tok hun ut en statistikk som viste 205-206 avvik i Compilo. Ikke alle var reelle avvik. Statistikken viste at det var rapportert flest avvik innen skole og helse. Det blir opplyst at dette er enheter som tidligere har hatt rutiner for å melde avvik. Disse avvikene er tatt tak i og avsluttet.

7.3.4 Oppsummering av status knyttet til ledelsens oppfølging av internkontrollen

Tabell 5 Oppsummering av status knyttet til ledelsens oppfølging av internkontrollen

| Kriterier | Oppsummering av status |
|--|---|
| Kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres. | Ledelsens gjennomgang er knyttet til personvern og informasjonssikkerhet, og gir ikke et overordnet bilde av hvordan det står til i Nesna kommune med hensyn til måloppnåelse og regeletterlevelse; hva som er avstanden mellom hva kommunen faktisk gjør, og hva planer og mål sier. |
| Vurdere virksomheten på bakgrunn av brukernes erfaringer. | Noen enheter benytter brukererfaringer til vurdering og utvikling av egen organisasjon, men brukerundersøkelser gjennomføres ikke i på langt nær alle tjenester der det kunne vært relevant med slike undersøkelser. |
| Systematisering og gjennomgang av avvik på overordnet nivå. | Ledelsen gjennomgår avviksstatistikk og vurderer denne |

7.4 Vurdering

Det er revisjonens vurdering at Nesna kommune ikke har etablert tilstrekkelige rutiner for oppfølging av om internkontrollen fungerer som forutsatt. Ledelsens gjennomgang vært avgrenset til å omhandle personvern og informasjonssikkerhet og kommunen har derfor ikke et system som gir et tilstrekkelig og overordnet bilde av status med hensyn til hvordan internkontrollen fungerer og hvilke behov det eventuelt er for justering av internkontrollen. Når det gjelder avvik er det positivt at er det fra kommunens ledelse blir arbeidet for å rette oppmerksomhet mot det å melde avvik i organisasjonen. Det er viktig at dette blir gjort med jevne mellomrom for å sikre at avvik blir meldt. Videre er det viktig at kommunens ledelse følger opp at kommunens avviksrutiner blir fulgt i organisasjonen.

8. Konklusjon og anbefalinger

Revisjonen mener det er positivt at øverste administrative ledelse det siste året har arbeidet med å få på plass et elektronisk internkontrollsystem. Revisjonens inntrykk er imidlertid at arbeidet med internkontroll i kommunen for det meste har omhandlet teknisk innføring av kvalitetssystemet Compilo, men at systemet i begrenset grad er tatt i bruk i det praktiske internkontrollarbeidet. Internkontroll er imidlertid mye mer enn etablering av et kvalitetssystem og nedenfor går vi igjennom viktige elementer i internkontrollen som vi mener bør være på plass.

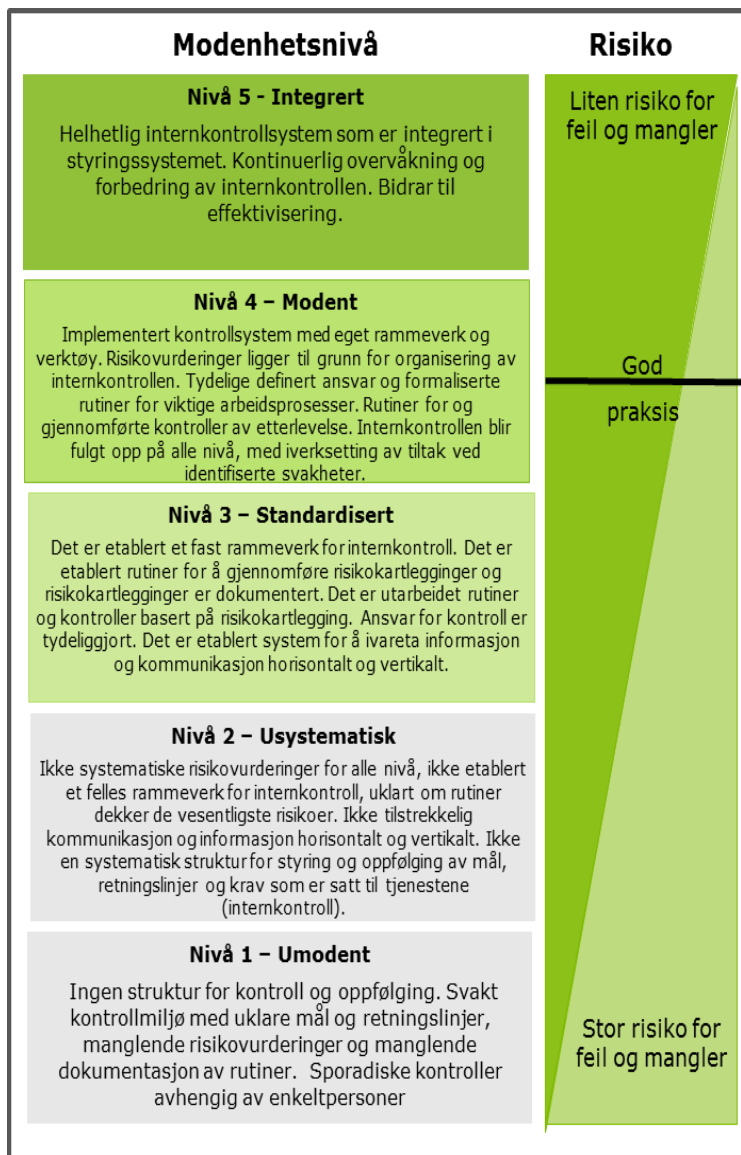
Deloitte mener at den overordnede internkontrollen i Nesna kommune på revisjonstidspunktet ikke er tilfredsstillende. Det er vesentlige mangler i internkontrollsystemet som medvirker til at det ikke er etablert en overordnet internkontroll i samsvar med COSO sine anbefalinger. Manglende overordnet internkontroll gjør at administrasjonen i Nesna kommune etter Deloitte vurdering ikke i tilstrekkelig grad er gjenstand for betryggende kontroll i samsvar med kommuneloven § 23 nr. 2. Denne vurderingen er basert på følgende identifiserte mangler i internkontrollen:

- Revisjonen mener at Nesna kommune per i dag ikke har etablert et tilfredsstillende *kontrollmiljø*. Dette er fordi kommunen per i dag ikke har utarbeidet en tydelig målstruktur, ikke har tatt i bruk lederavtaler, ikke har tilstrekkelig oversikt over kompetanse og opplæringsbehov, ikke har sikret at ansatte har fått opplæring i rutineene i Compilo og ikke har plassert ansvar i kommunens administrative delegeringsreglement.
- Det er ikke etablert et tilstrekkelig system for å gjennomføre *risikovurderinger* verken på overordnet aggregert nivå eller på operativt nivå i kommunen. Det arbeides heller ikke systematisk med å *kartlegge risikoer* som ikke er knyttet til beredskaps- eller HMS-arbeidet. Dette medfører at kommunen verken på overordnet eller operativt nivå har systematisk oversikt over risikoer og kan sette i verk risikoreducerende tiltak på en systematisk måte. Dette vil si at en ikke har trygghet for at kommunen sikrer at ressursene prioriteres til områder hvor sannsynligheten for og konsekvensen av svikt, feil og mangler er størst.
- Det er Deloitte vurdering at det ikke er etablert tilstrekkelig med *kontrollaktiviteter* i form av felles rutiner for viktige arbeidsprosesser. Deloitte mener det er viktig å sikre rutiner for alle vesentlige arbeidsprosesser og at prioritering av arbeidet med utarbeidelse av slike rutiner bør være basert på risikovurderinger. Det må sikres at alle avdelinger har systemer for kvalitetssikring og egenkontroll. Løpende egenkontroll kan resultere i viktig informasjon som bør rapporteres oppover i organisasjonen.
- Det er positivt at praksis med ledermøter er reetablert, men vedtatt lederavtale som bl.a. konkretiserer hvordan kommunikasjonen mellom ledere og rådmann skal foregå er ikke tatt i bruk. Det er heller ikke sikret at det blir gjennomført personalmøter jevnlig og at vesentlig informasjon blir gjennomgått og at ansatte blir involvert. Deloitte mener derfor at det ikke har vært tilfredsstillende *informasjon og kommunikasjon* mellom de ulike myndighetsnivåene, knyttet til internkontroll frem til i dag. Mangelen av et helhetlig rammeverk med felles føringer for internkontroll gjør at kommunikasjonen rundt internkontroll har vært for fragmentert.
- Når det gjelder *oppfølging av internkontrollen* mener revisjonen at Nesna kommune ikke har etablert eller satt i verk tilstrekkelige tiltak for å etablere rutiner for oppfølging av om internkontrollen fungerer som forutsatt. Ledelsens gjennomgang har vært avgrenset til å omhandle personvern og informasjonssikkerhet, og det er ikke etablert et system som gir et tilstrekkelig og overordnet bilde av status til med hensyn til hvordan internkontrollen fungerer og behov for eventuelle justeringer.

For å oppsummere status for internkontrollen i Nesna kommune kan dette illustreres ved bruk av en modenhetsskala. Basert på undersøkelsen mener Deloitte at den overordnede internkontrollen i kommunen på revisjonstidspunktet er på mellom nivå 1 og 2. Med dette mener vi at det er noen viktige komponenter for internkontrollen som er på plass, men det er ikke gjennomgående standardisert og implementert. Internkontrollen fremstår derfor som i hovedsak umoden, men til dels usystematisk.

Det er samtidig Deloitte's vurdering at det er positivt at kommunen har fått på plass et elektronisk kvalitetssystem. Kommunen har satt i gang viktige prosesser, med utvikling av et eget administrativt delegeringsreglement og etablering av lederavtaler, men disse prosessene er ikke fullførte. Det er videre positivt at ledermøtene er reetablert og at det er igangsatt et arbeid med organisasjonsutvikling for å tydeliggjøre roller og ansvar.

Årsaken til at modenheten ikke klassifisert som nivå 3 er at det p.t. ikke er etablert et standardisert rammeverk for internkontroll med felles føringer for alle tjenestene. Utvikling av et felles overordnet rammeverk og implementering av dette i tjenestene vil etter Deloitte's vurdering være viktig for å utvikle internkontrollen ytterligere.



På bakgrunn av revisjonens vurderinger vil Deloitte anbefale Nesna kommune å gjennomføre følgende tiltak:

- 1) Fordele ansvar og myndighet i organisasjonen på en tydelig måte, blant annet gjennom implementering av administrativt delegasjonsreglement og lederavtaler
- 2) Etablere en tydelig målstruktur i organisasjonen
- 3) Etablere system og rutiner for gjennomføring av risikokartlegginger og -vurderinger både på aggregert nivå og på operasjonelt nivå i kommunen
- 4) Sikre at det, basert på risikovurderinger, blir etablert rutiner for vesentlige arbeidsprosesser
- 5) Etablere system for å holde oversikt over kompetanse- og opplæringsbehov i organisasjonen
- 6) Etablere rutiner for ledelsens gjennomgang for å sikre overordnet oversikt over hvordan internkontrollen i kommunen fungerer
- 7) Sikre at alle avdelinger i kommunen tar i bruk kvalitetssystemet Compilo

Vedlegg 1: Rådmannens høringsuttalelse



Nesna Kommune

|

~~Saksnr~~
Deloitte
Damsgårdsveien 135

5160 LAKSEVÅG

~~Saksnr~~
17/1164

Deres ref.

Dato:
05.06.2018

Forvaltningsrevisjon av internkontroll i Nesna kommune

Undertegne vurderer den foreliggende forvaltningsrevisjonsrapporten som grundig. Den viser en oversiktlig og systematisk gjennomgang av mange områder med tydelige konklusjoner.

Forsvarlig internkontroll er et høyaktuelt tema i Nesna kommune som organisasjon. Rapportens statusoppsummering av de enkelte områdene skal inngå i det påbegynte organisasjonsutviklingsarbeidet i kommunen, slik at avvik blir lukket. Det skal foretas en streng prioritering og undertegne kommer tilbake til plan for arbeidet.

Med vennlig hilsen
Nesna kommune

Ingeborg Merete Herset
Rådmann

Dokumentet er elektronisk produsert og derfor ikke signert.

Vedlegg 2 Revisjonskriterier

Krav til internkontroll

Da kommuneloven ble revidert i 1992 fikk kommuner og fylkeskommuner stor frihet i valg av organisasjons- og arbeidsform, både politisk og administrativt. I kommuneloven blir det i liten grad gitt føringer for hvordan kommunen skal organisere seg. I kommuneloven § 1 om formålet med loven heter det at:

Formålet med denne lov er å legge forholdene til rette for et funksjonsdyktig kommunalt og fylkeskommunalt folkestyre, og for en rasjonell og effektiv forvaltning av de kommunale og fylkeskommunale fellesinteresser innenfor rammen av det nasjonale fellesskap og med sikte på en bærekraftig utvikling. Loven skal også legge til rette for en tillitsskapende forvaltning som bygger på en høy etisk standard.

I kommuneloven § 23 (2) går det frem følgende krav til administrasjonssjefen:

«Administrasjonssjefen skal påse at de saker som legges frem for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt. Administrasjonssjefen skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.»

Bakgrunnen går frem i Ot.prp. nr. 70 (2002-2003), *Kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon)*. Ot.prp.nr.70 (2002-2003):

I nytt annet punktum i nr. 2 foreslås en ny annen setning som lovfester administrasjonssjefens tilsynsansvar overfor administrasjonen. Forslaget antas ikke å innebære noen realitetsendring i forhold til gjeldende rett. Siktemålet er å tydeliggjøre at administrasjonssjefen har et ansvar for å føre kontroll med virksomheten.

Selv om administrasjonssjefen etter kommuneloven i dag ikke eksplisitt er pålagt å etablere internkontroll, må ansvaret for slik kontroll regnes som en nødvendig del av administrasjonssjefens ledelsesansvar.

Det er i tråd med allment aksepterte ledelsesprinsipper at en leder av en virksomhet etablerer rutiner og systemer som bl.a. skal bidra til å sikre at organisasjonen når de mål som er satt, og at formuesforvaltningen er ordnet på forsvarlig måte. Administrasjonssjefens ansvar for å føre tilsyn omfatter også kommunale foretak, jf kapittel 11. Administrasjonssjefen har ikke resultatansvar for de deler av kommunen som er organisert som foretak. Dette ansvaret ligger til foretakets styre. Administrasjonssjefen har imidlertid et tilsynsansvar, og kan kreve at en sak skal forelegges kommunestyret før vedtak iverksettes, jf § 72 nr. 1 i.f.

I KS sin veileder «Tillit»¹² blir det vist til at kommuneloven slår fast at kommunestyret bare kan delegere myndighet til rådmannen og at en viktig oppgave for rådmannen derfor blir å utforme organisasjonen og delegere myndighet videre ut til ledere for de ulike enhetene som yter tjenester. Det går videre frem at rådmannen må sørge for å få utarbeidet et eget delegeringsreglement for det administrative nivået og at et slikt system er en naturlig del av kommunesektorens overordnede styringssystem.

I en rapport fra Kommunal- og regionaldepartementet om internkontroll i kommunene, blir det pekt på at kommunene er komplekse virksomheter som er regulert av en rekke lover og forskrifter som både kan være sektorovergripende, eller som definerer krav til internkontroll innenfor avgrensede områder av

¹² <http://www.ks.no/globalassets/folkevalgtprogrammet-2015-2019-digital.pdf>

virksomheten. Kravene er delvis de samme som er rettet mot andre virksomheter/arbeidssteder, og delvis er kravene spesifikke for kommuner og/eller kommunale oppgaver.

KS deler inn internkontrollen i kommunene i tre virkeområder:

- Sektorovergripende (overordnet internkontroll)
- Tjenestespesifikk (for eksempel helse, barnevern, skole)
- Støtteprosesser (for eksempel økonomi; HMS, informasjonssikkerhet o.l)

Teori og rammeverk for internkontroll

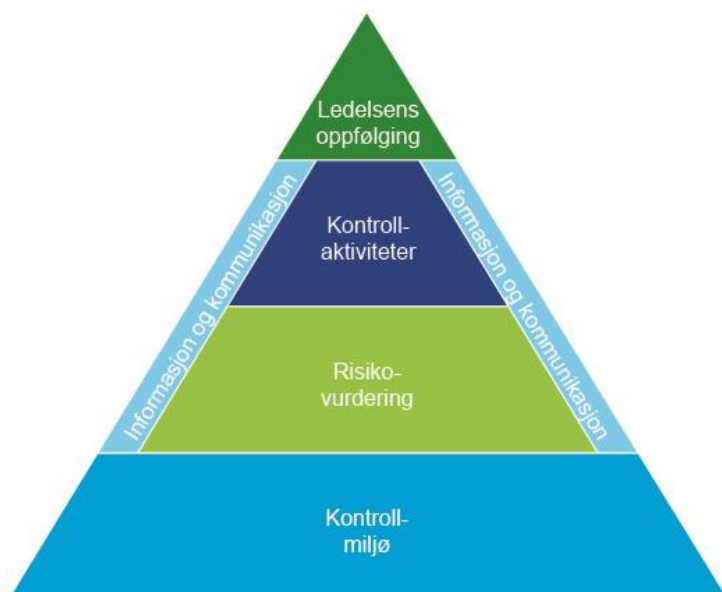
Prinsipper for god internkontroll

Det er flere anerkjente rammeverk som beskriver grunnprinsipp for god internkontroll. Ett av rammeverkene som ofte blir lagt til grunn er COSOs integrerte rammeverk for internkontroll, som definerer internkontroll som en prosess som gir rimelig trygghet for at en organisasjon oppnår sine mål, og som sikrer en effektiv drift, pålitelig rapportering og etterlevelse av lover og regler.

Hovedelementene i COSO-modellen er felles for flere av de ulike rammeverkene for internkontroll. De viktigste elementene er:

- kontrollmiljø
- risikovurdering
- kontrollaktiviteter
- kommunikasjon og informasjon
- ledelsesoppfølging

Komponentene er gjensidig avhengige av hverandre, og likeverdige deler av et internkontrollsystem. COSO-modellen kan illustreres slik:



Overordnede målsettinger

I COSO sitt rammeverk¹³ går det frem at mål på sektorovergripende nivå er en forutsetning for internkontroll. Ledere og ansatte i organisasjonen må ha en forståelse for de overordnede strategiene og målene i organisasjonen, og en del av internkontrollarbeidet er å spesifisere målbare, oppnåelige, relevante og tidfestede mål som organisasjonen skal jobbe etter. Disse overordnede målene skal operasjonaliseres til de underliggende enhetene i organisasjonen.

Kontrollmiljø

For å sikre en god internkontroll er det, ifølge COSO-modellen, viktig å utvikle et godt kontrollmiljø. Kontrollmiljøet er de standardene, prosessene og strukturene som danner basis for organisasjonens internkontrollarbeid. Det er flere viktige prinsipper for et godt kontrollmiljø, bl.a.

- at organisasjonen utviser en forpliktelse overfor integritet og etiske verdier
- at ledelsen, med utgangspunkt i organisasjonens mål, etablerer strukturer, rapporteringsveier og egnede fullmakts- og ansvarsforhold.
- at organisasjonen forplikter seg til å tiltrekke seg, utvikle og beholde kompetanse som samsvarer med organisasjonens mål

Risikovurderinger

Risikovurderinger er et sentralt element både i rammeverket for internkontroll i COSO, og de sektorspesifikke og tjenestespesifikke kravene til internkontroll.

Gjennom risikovurderinger gjør man en systematisk gjennomgang av tjenester for å finne frem til aktiviteter eller prosesser hvor det er fare for eksempel for manglende måloppnåelse, manglende etterlevelse av regelverk/rutiner, mangelfull rapportering eller utilfredsstillende kvalitet i tjenestene.

COSO definerer risiko som sannsynligheten for at en hendelse inntreffer og påvirker måloppnåelse i negativ retning. En annen måte å definere begrepet er som «produktet av sannsynlighet og konsekvens for en hendelse». I sin veileder for internkontroll benytter KS denne siste definisjonen, og legger til at det er naturlig å bruke risikovurderinger for å unngå uønskede hendelser, og ikke for å oppnå kommunens mål. Deloitte vil i denne rapporten ta som utgangspunkt at risiko for manglende måloppnåelse bør inngå som en naturlig del av risikovurderingen i kommunen.

I følge KS er risikovurderinger grunnlag for innretning av internkontrollen, og både det operative og strategiske nivået i kommunen bør være involvert i risikovurderingene. Dette er også i samsvar med anbefalinger fra COSO. Risikovurderinger skal skje på både detaljert plan og på overordnet plan. KS påpeker at et ansvar på rådmannsnivået er å «aggregere risiko», det vil si å ha et system for å se resultatene fra enkeltvise risikoanalyser i sammenheng. KS fremhever at:

Relevant informasjon skal aggregeres og rapporteres videre til andre ledernivåer. Dette vil sikre oppmerksomhet om det som er viktigst, samtidig som vesentlige forhold fanges opp, vurderes og dokumenteres. (s. 23)

Systematisk avviksrapportering er en måte å sikre at organisasjonen oppdager brudd på rutiner og svakheter i rutiner. Det kan legges til rette for avviksrapportering elektronisk eller manuelt. Det mest sentrale poenget er at rutinene for rapportering er enkelt tilgjengelig, kjent for de ansatte (eller andre som skal melde avvik), at det er en god kultur (kontrollmiljø) for å melde avvik, og at det er gode rutiner for oppfølging av meldte avvik. Resultatet fra ferdigbehandlede avvik kan gjerne være at organisasjonen gjør en grundigere risikovurdering for å analysere årsaker til avvik, og hvilke tiltak som kan tenkes å forebygge fremtidige avvik.

¹³ Norges Interne Revisorers Forening (NIRF), 1996. *Internkontroll – Et integrert rammeverk*

Kontrollaktiviteter

Ledelsen har også et særlig ansvar for å innføre overordnede ledelseskontroller, som for eksempel et fungerende fullmaktsystem, etisk regelverk og styringsprinsipper for kommunen. På et mer detaljert nivå må organisasjonen etablere det som i COSO kalles «kontrollaktiviteter».

Kontrollaktiviteter er de retningslinjer, aktiviteter og rutiner som settes i verk i den daglige driften for å sikre at organisasjonen oppnår sine mål. Et prinsipp som legges til grunn er at ledelsen skal etablere rutiner og retningslinjer som inngår som en del av den daglige driften i organisasjonen. Slike rutiner skal gjøre det klart hva som er forventet av enheten, og skal gjøre det tydelig hvem som har ansvar for å gjennomføre rutinen. COSO advarer mot at uskrevne rutiner kan være lette å omgå, og kan være kostnadskrevenende for organisasjonen å vedlikeholde dersom det er utskifting av personell. Videre anbefaler COSO at ledelsen ved jevne mellomrom gjennomgår og oppdaterer prosedyrer og kontrollaktiviteter.

I sin veiledning til rådmennene om internkontroll anbefaler KS at internkontrollen inngår som en integrert del av ledelse og styring i kommunen. Dette innebærer at rådmannen og rådmannens ledergruppe skal involveres i internkontrollen, og da i særlig grad den sektorovergripende internkontrollen. KS anbefaler at rådmannsnivået innhenter rapportering og følger opp bl.a. virksomhetens arbeid med risikokartlegging og -vurdering, og følger opp gjennomførte kontroller og evalueringer.

Kommunikasjon og informasjon

For at oppfølgingen skal fungere så hensiktsmessig som mulig bør underliggende enheter rapportere videre kritiske risikoer til rådmannsnivået, og rådmannen bør sørge for at internkontroll går inn som en del av den ordinære rapporteringen og styringsdialogen i kommunen. KS anbefaler også å synliggjøre resultater, effekter og endringer som følge av internkontrollarbeidet i årsrapporten fra kommunen.

KS sin anbefaling om å omtale arbeidet med internkontroll i kommunens årsrapport henger også sammen med kravet i kommuneloven § 48 nr. 5, hvor det går frem følgende:

I årsberetningen skal det gis opplysninger om forhold som er viktige for å bedømme kommunens eller fylkeskommunens økonomiske stilling og resultatet av virksomheten, som ikke fremgår av årsregnskapet, samt om andre forhold av vesentlig betydning for kommunen eller fylkeskommunen. Det skal også redegjøres for tiltak som er iverksatt og tiltak som planlegges iverksatt for å sikre betryggende kontroll og en høy etisk standard i virksomheten.

Ledelsesoppfølging

COSO-rammeverket legger til grunn at for å sikre gjennomføring av handlinger eller endringer som er nødvendige for å oppnå en god internkontroll, er ledelsens oppfølging viktig. Dette innebærer at ledelsen må ha tilstrekkelig innsikt til å vurdere hvilke elementer i internkontrollen som fungerer bra og hvilke elementer som bør forbedres.

Ledelsen kan for eksempel følge opp internkontrollen gjennom regelmessige gjennomganger i møter (ledelsens gjennomgang), inspeksjonsrunder/stikkprøver, og/eller systemrevisjoner.

For å etablere god internkontroll er det i følge COSO-modellen videre viktig med effektiv og tidsriktig informasjon og kommunikasjon, både horisontalt og vertikalt i organisasjonen.

De ulike elementene er oppsummert i tabellen under:

| COSO Område | Beskrivelse | Praktiske eksempler |
|-------------------------------------|--|--|
| Kontrollmiljø | Fundamentet for god internkontroll. Ledelsens holdning, adferd og definerte retningslinjer er utgangspunktet for god internkontroll. | <ul style="list-style-type: none"> • Retningslinjer, organisering, ansvars- og myndighetsfordeling • Ressurser og kompetanse • Samhandling |
| Risikovurdering | Risikovurdering foretas på både overordnet og detaljert plan. Konkrete handlinger iverksettes for å møte risikoen. | <ul style="list-style-type: none"> • Fastsette mål • Identifisere risiko • Vurdere og prioritere risiko • Håndtere risiko |
| Kontrollaktiviteter | Kontrollaktiviteter etableres for å sikre at retningslinjer, regelverk andre krav etterleves i praksis. Etableres for å redusere risiko og unngå uønsket adferd. | <ul style="list-style-type: none"> • Retningslinjer, prosedyrer og rutiner • Nøkkelkontroller, detaljerte kontrollaktiviteter som møter identifisert risiko • Systemstøtte og IT-kontroller |
| Informasjon og kommunikasjon | Det må legges til rette for effektiv kommunikasjon, informasjonsdeling og rapportering | <ul style="list-style-type: none"> • Rapportering oppover • Kommunikasjon nedover / oppover / til siden • IT-systemstøtte for effektiv kommunikasjonsflyt |
| Oppfølging | Ledelsen må etablere mekanismer for å følge opp at internkontrollen fungerer | <ul style="list-style-type: none"> • Løpende oppfølging • Evalueringer • Korrigerende tiltak ved avvik |

Vedlegg 3: Sentrale dokumenter og litteratur

Lov og forskrift

Kommunal- og moderniseringsdepartementet: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) av 25. september 1992 nr. 107. Sist endret 1. januar 2018.

Ot.prp. nr. 70 (2002-2003). Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon).

Dokumentasjon fra Nesna kommune

Nesna kommune. Etiske retningslinjer i Nesna kommune. Sist oppdatert: 05.07.2011

Nesna kommune. Rapport fra ledelsens gjennomgang. Datert 12.01.2015

Nesna kommune. Økonomiplan 2016-2019. Formannskapetets forslag til økonomiplan 2016-2019, 02.12.2015.

Nesna kommune. Referat ledelsen sin gjennomgang (år 2016). Datert 11.01.2017

Nesna kommune. Arbeids- og lederavtale. Vedtatt 15.11.2017

Nesna kommune. Varslingsplakaten. Vedtatt 15.11.2017

Nesna kommune. Varslingsrutiner for Nesna kommune. Vedtatt 15.11.2017

Nesna kommune. Budsjett 2018. Formannskapetets forslag. Udatert.

Nesna kommune: Årsmelding 2017

Annen litteratur

Norges Interne Revisorers Forening (NIRF), 1996. Internkontroll – Et integrert rammeverk

Tillit. Folkevalgt i kommunen og fylkeskommunen. Kommuneforlaget AS, 2015. Link: <http://www.ks.no/globalassets/folkevalgtprogrammet-2015-2019-digital.pdf>

Nettsteder

Kvalitetssystemet Compilo: <http://compilo.no/programvare/>

Skjermbilder fra ROS-modulen i Compilo

The screenshot shows the ROS module interface in a web browser. The browser address bar displays the URL: <http://1115.kbs.no/csystem.php?modul=ros&lang=2007>. The page title is "KSS 2 - Internet Explorer". The interface includes a navigation menu with "Vurdering" and "Innsyn" tabs. Below the menu, there are tabs for "Start", "Deltagere", "Årsaker", and "Vurderinger". The main content area is titled "Posthåndtering" and features two heatmaps. The left heatmap is labeled "FØR" and the right one is labeled "ETTER". Both heatmaps show a grid with values: 1-5 (top-left), 5-5 (top-right), 1-1 (bottom-left), and 5-1 (bottom-right). Below the heatmaps, there are controls for "Flytende", "Valgte tiltak", and "Ikke valgte tiltak", along with a dropdown menu set to "10" and buttons for "Lagre", "Tiltak CSV", and "Handlingsplan". Below the heatmaps, there are two information boxes. The first box is titled "514 E-post registreres ikke i sak-/arkivsystem av saksbehandler" and contains the text: "E-post som er sendt direkte til saksbehandler registreres ikke i ESA/videresendes ikke til servicetorg/arkiv for registrering. Vurdering for tiltak 0,00 | 0,00 | 0,00 -> Legg til tiltak". The second box is titled "506 Post legges direkte til saksbehandler" and contains the text: "Kunder eller andre saksbehandlere/ansatte legger post direkte i postkasse eller leveres direkte til saksbehandler. Er ikke innom servicetorg/arkiv. Vurdering for tiltak 0,00 | 0,00 | 0,00 -> Legg til tiltak". The browser's taskbar at the bottom shows the Start button and several application icons. The system tray in the bottom right corner displays the time as 09:34 and the date as 02.05.2018.

This screenshot shows the same ROS module interface as the first image, but with a different set of information boxes displayed below the heatmaps. The heatmaps and their controls remain the same. The information boxes are: "514 E-post registreres ikke i sak-/arkivsystem av saksbehandler" (same as above), "506 Post legges direkte til saksbehandler" (same as above), and a new box titled "513 Post åpnes ikke av servicetorg/arkiv" containing the text: "Post adressert til kommunen/kommunal tjeneste åpnes ikke av servicetorg/arkiv men legges direkte til saksbehandler/avdeling. Vurdering for tiltak 0,00 | 0,00 | 0,00 -> Legg til tiltak". At the bottom of the information boxes, there is a green button labeled "Signere ROS vurdering". The browser's taskbar and system tray are identical to the first screenshot, showing the time as 09:35 and the date as 02.05.2018.



Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NWE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see www.deloitte.no for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte provides audit, consulting, financial advisory, risk management, tax and related services to public and private clients spanning multiple industries. Deloitte serves four out of five Fortune Global 500® companies through a globally connected network of member firms in more than 150 countries bringing world-class capabilities, insights, and high-quality service to address clients' most complex business challenges. To learn more about how Deloitte's approximately 245,000 professionals make an impact that matters, please connect with us on Facebook, LinkedIn, or Twitter.

© 2018 Deloitte AS