

Overordnet risikostyring og internkontroll

Nesodden kommune

Sammendrag

Bestilling

Kontrollutvalget
sak 18/2024 – 04.06.24

Formål

Formålet med undersøkelsen er å vurdere i hvilken grad Nesodden kommune har et helhetlig og overordnet internkontrollsystem.

Problemstilling

Har kommunen et overordnet system for internkontroll, og i hvilken grad fungerer dette?

- a) I hvilken grad er sentrale rutiner og prosedyrer utarbeidet og tilgjengelig i systemet?
- b) I hvilken grad gjennomføres systematiske risikovurderinger på overordnet nivå?
- c) I hvilken grad er det etablert en praksis for avvikshåndtering på overordnet nivå?

Denne rapporten er en forvaltningsrevisjon av internkontrollsystemet i Nesodden kommune. På bakgrunn av undersøkelsen gis det anbefalinger som kan bidra til å forbedre systemet.

Metode og praktisk gjennomføring

Prosjektet er gjennomført av revisjonens egne ansatte på bakgrunn av kravene som stilles til gjennomføring av forvaltningsrevisjon som prosjekt i *"RSK001 Standard for forvaltningsrevisjon"*.

Informasjonen som er presentert i dette prosjektet, er hentet inn gjennom dokumentanalyse og samtaler, men utvalgte virksomhetsledere innenfor skole, barnehage, eiendom og tekniske tjenester, helse og omsorg, samfunnsutvikling og kultur. Det er også gjennomført samtale med kommunedirektørens ledergruppe. Det er videre gjennomført en spørreundersøkelse ved bruk av Questback. Undersøkelsen ble sendt til alle ansatte i kommunen med stillingsprosent på over 20 % basert på en oversikt over ansatte mottatt fra kommunen. Undersøkelsen ble sendt til 1 476 personer, det ble mottatt 482 svar. Dette gir en svarprosent på 33 %. Svarene fordeler seg relativt jevnt mellom de tjenesterrelaterte kommunalområdene. Svarprosenten fra sentral administrasjon var betydelig høyere.

Revisjonskriterier

Som kilder for revisjonskriteriene i dette prosjektet har vi i hovedsak benyttet kommuneloven¹, og veiledere om internkontroll (Orden i eget hus KS 2020)

Oppsummering og konklusjon

Nesodden kommune har etablert flere sentrale forutsetninger for et helhetlig og overordnet internkontrollsystem, men det er betydelige variasjoner i praktisk gjennomføring og etterlevelse på tvers av organisasjonen. Kommunen har dermed et godt grunnlag for å etablere et samlet,

¹ LOV-2018-06-22-83, Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

tilgjengelig og oppdatert system, men det er fortsatt utfordringer knyttet til implementering, forankring og bruk av systemene i hele kommuneorganisasjonen.

Kommunen har utarbeidet en overordnet internkontrollstrategi og tatt i bruk digitale verktøy for kvalitets- og internkontrollarbeid. Kvalitetssystemet Compilo benyttes som felles plattform for dokumentasjon og oppfølging, og har en struktur som i utgangspunktet gir gode rammer for systematisk internkontroll. Innen enkelte områder, som skole og barnehage, er det gjennomført strukturert oppryddingsarbeid og standardisering av dokumentasjonen. Samtidig viser revisjonen at tilgangen til og bruken av systemet varierer betydelig mellom tjenesteområdene. Ansatte uten lederansvar, har i mindre grad kjennskap til systemet og dokumentene, og det er mange dokumenter som ikke er oppdatert. Dette kan svekke forutsetningene for lik og effektiv etterlevelse av interne rutiner.

Kommunen har etablert rutiner og systemer for avvikshåndtering, men det er ulik praksis for bruk og oppfølging av avvik. Det er positivt at Compilo benyttes som avvikssystem, og at kommunen har utarbeidet felles rutiner for melding og oppfølging av avvik. Det finnes eksempler på god praksis, særlig innen helse og omsorg, hvor avvik brukes aktivt i kvalitetsarbeidet. Samtidig viser revisjonen at det meldes få avvik i enkelte sektorer, som skole og barnehage, og at ansatte er usikre på hva som skal meldes. Underrapportering og varierende oppfølging av avvik svekker grunnlaget for læring og forbedring.

Kommunen har utviklet føringer og verktøy for risikovurderinger, men etterlevelsen er varierende mellom sektorene og enhetene. Kommunedirektørens ledergruppe har gjennomført en overordnet ROS-analyse, og kommunen har tatt i bruk en ny digital modul for risikovurderinger. Flere virksomheter har begynt å bruke denne, og barnehagesektoren fremstår som mest aktiv og strukturert. Likevel er det store forskjeller i hvorvidt og hvordan risikovurderinger gjennomføres i tjenesteområdene. Mange analyser gjelder HMS eller er hendelsesbaserte og er i liten grad knyttet til kommunens måloppnåelse. Dette innebærer at kommunen i liten grad benytter risikovurderinger som styringsverktøy for å nå mål, noe som kan begrense muligheten til å identifisere og håndtere sentrale styringsutfordringer.

Samlet sett har Nesodden kommune etablert flere nødvendige rammeverk og systemer for overordnet internkontroll, men det er utfordringer knyttet til implementering, forankring og etterlevelse. For å utvikle et internkontrollsystem som i enda større grad bidrar til god styring, kvalitet og måloppnåelse i tjenestene, er det behov for å styrke kompetanse, ledelsesforankringen og praktisk bruk i organisasjonen.

Anbefalinger

Med bakgrunn i vår gjennomgang vil vi anbefale kommunedirektøren i Nesodden kommune å gjennomføre følgende:

1. Kommunedirektøren bør sikre at rutiner og prosedyrer er tilgjengelige i kommunens kvalitetssystem samt at de er tilstrekkelig kjent og oppdatert.
2. Kommunedirektøren bør sørge for at alle ansatte har tilstrekkelig kunnskap om avvikshåndtering.
3. Kommunedirektøren bør stilles tydeligere krav til ledere om å følge opp meldte avvik, samt i tilstrekkelig grad gi tilbakemelding til ansatte.
4. Kommunedirektøren bør sikre at det gjennomføres overordnede risiko- og sårbarhetsanalyser i alle kommunalområder, i tråd med kommunens internkontrollstrategi.
5. Kommunedirektøren bør vurdere å stille tydeligere krav og forventinger til at risiko- og sårbarhetsanalyser også skal omfatte vurderinger knyttet til måloppnåelse

Kommunedirektørens uttalelse

Et utkast til rapport har blitt oversendt kommunedirektøren til uttalelse. Kommunedirektørens uttalelse av 16.05 2025, ble mottatt 20.5 og er vedlagt rapporten. Kommunedirektøren har i sin uttalelse anført at det ikke er å forvente at ansatte uten kontortid har kjennskap til Compilo sitt dokumentbibliotek, men at ledere tilgjengeliggjør de oppdaterte rutinene på en måte som er tilpasset deres arbeidsplass. Dette er revisjonen enig i. Vi har justert teksten noe i rapporten etter kommunedirektørens høringssvar slik at dette kommer tydeligere fram.

Innhold

Sammendrag.....	2
1. Innledning.....	7
1.1. Bakgrunn for prosjektet.....	7
1.2. Formål og problemstillinger	7
1.3. Beskrivelse av Nesodden kommune.....	7
2. Metode.....	8
3. Revisjonskriterier	9
4. Overordnet internkontroll	15
4.1. Overordnet strategi og ansvarsfordeling	15
4.2. Internkontrollsystem	18
4.2.1. Dokumenter / dokumentbibliotek	20
4.2.2. Avvik	26
4.3. ROS.....	33
4.4. Vurdering.....	37
5. Oppsummering og konklusjon.....	41
6. Anbefalinger	42
Referanser	43
Vedlegg 1 – Uttalelse fra kommunedirektøren.....	44
Vedlegg 2 – Oversikt over COSO- prinsipper.....	46

Tabelloversikt

Tabell 1 Utvikling i antall avvik	28
---	----

Figuroversikt

Figur 1 Nesodden kommunes organisasjonskart.....	7
Figur 2 Nesodden kommunes organisasjonskart.....	11
Figur 3 Ansvar for og gjennomføring av internkontrollen delegert i linjen	17
Figur 4 Den røde tråden i internkontrollarbeidet i Nesodden kommune.....	17

Figur 5 Kunnskap om Compilo. (N = 479)	19
Figur 6 Hjelpemiddel for å nå mål. (N = 479).....	20
Figur 7 Relevante dokumenter i Compilo. (N = 481)	24
Figur 8 De viktigste rutiner er nedfelt skriftlige i Compilo. (N = 480).....	25
Figur 9 Tilstrekkelig med skriftlige rutiner. (N = 478)	25
Figur 10 Fordeling av type avvik i 2024.....	28
Figur 11 Fordeling av avvik på enhet i 2024.....	29
Figur 12 Antall dager fra et avvik er meldt inn til det er lukket i 2024	29
Figur 13 Jeg er godt kjent med rutiner for å melde avvik. (N 482)	30
Figur 14 Jeg melder alltid avvik når det oppstår. (N 482)	30
Figur 15 Meldte avvik blir håndtert på en måte som forbedrer tjenesten og forebygger mot nye avvik. (N 479)	31
Figur 16 Avvik følges opp av ledelsen i tilstrekkelig grad. (N 482)	31
Figur 17 Det gjennomføres risikovurderinger opp mot å nå målene (N = 482).....	36

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for prosjektet

Kontrollutvalget i Nesodden kommune vedtok i sitt møte 03.09.2024, sak 27/24, at Viken kommunerevisjon IKS (VKR) skulle gjennomføre en forvaltningsrevisjon av overordnet risikostyring og internkontroll i Nesodden kommune.

Prosjektet er bestilt på bakgrunn av områder valgt ut i vedtatt plan for forvaltningsrevisjon og risiko- og vesentlighetsanalyse for perioden 2024-2027.

1.2. Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen er å vurdere i hvilken grad Nesodden kommune har et helhetlig og overordnet internkontrollsystem.

I denne forvaltningsrevisjonen søker vi å belyse følgende problemstilling:

- 1) Har kommunen et overordnet system for internkontroll, og i hvilken grad fungerer dette?
 - a) I hvilken grad er sentrale rutiner og prosedyrer utarbeidet og tilgjengelig i systemet?
 - b) I hvilken grad gjennomføres systematiske risikovurderinger på overordnet nivå?
 - c) I hvilken grad er det etablert en praksis for avvikshåndtering på overordnet nivå?

1.3. Beskrivelse av Nesodden kommune

Figuren under viser Nesodden kommunes organisasjonskart, på overordnet nivå.

Figur 1 Nesodden kommunes organisasjonskart.



Nesodden kommune er organisert med fem kommunalsjefer med ansvar for hvert sitt kommunalområde. Det er opplyst at kommunen er i en prosess med omorganisering. Ny organisering vil tre i kraft 1.juli.

2. Metode

Prosjektet er gjennomført av revisjonens egne ansatte på bakgrunn av kravene som stilles til gjennomføring av forvaltningsrevisjon som prosjekt. Det vil si at gjennomgangen er basert på "RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon"² som er vedtatt av Norges Kommunerevisorforbund (NKRF).

Samtlige revisorer som har deltatt i prosjektet er løpende vurdert å være uavhengige, habile og objektive, jf. RSK 001 punkt 3.

Vi har innhentet og analysert dokumenter fra kommunen. Det er videre gjennomført intervjuer med to rektorer, en barnhagestyrer, leder av sykehjemmet, en avdelingsleder sykehjemmet, virksomhetsleder Infrastruktur og vannmiljø og virksomhetsleder Plan, bygg og geodata. Det er skrevet referater fra intervjuene og disse er verifisert. Det er også gjennomført intervju og samtaler med kvalitetsrådgiver. Det er gjennomført oppstartsmøte med kommunedirektørens ledergruppe.

Revisjonen har gjennomført en spørreundersøkelse, hvor spørreskjema er sendt til alle ansatte i kommunen. Undersøkelsen ble sendt til 1476 personer. Det ble gjennomført 2 purringer til de som ikke hadde svart. Totalt ble det mottatt svar fra i alt 482 personer. Dette tilsvarer 33 %.

Epostadresser ble mottatt fra Nesodden kommune. Vi vurderer at det høye antallet svar medfører at fordeling av svarene i undersøkelsen gir et godt bilde av de meninger som ansatte i Nesodden kommune har på området.

Vi har fått en gjennomgang av kvalitetssystem Compilo fra kvalitetsrådgiver. Vi har også mottatt diverse analyser og statistikker fra systemet.

Styrker og svakheter ved valgte metoder

Data innhentet fra mennesker gjennom intervjuer og spørreundersøkelser vil være kvalitative og subjektive av natur. For eksempel kan respondentenes svar være påvirket av deres egne forutinntatte meninger, og de kan gi unøyaktige eller ufullstendige svar. Det er også mulig at respondentene systematisk gir for positive svar på revisjonens spørsmål fordi de ønsker å gi et positivt inntrykk av sitt arbeid eller sin arbeidsplass. Ikke alle har lik kjennskap til alle aspekt ved kommunens sykefraværarbeid, og følgelig har ikke alle som har blitt intervjuet eller spurt i spørreundersøkelse hatt de samme forutsetningene for å svare om alt.

Spørreundersøkelser har den fordel at alle får samme spørsmål og er i sin natur overfladiske. Det kan gjøre det vanskelig å fange opp komplekse sammenhenger. Det er også sårbarheter knyttet til om spørsmålet er stilt riktig og med riktig kontekst, slik at spørsmålsstiller får svar på den de mener den spør om.

I tillegg kan intervjueren ha forutinntatte holdninger, som kan både påvirke hvordan spørsmålene stilles og tolkningen av svarene. Det er også en risiko for at respondentene gir svar som de tror intervjueren ønsker å høre, i stedet for å gi ærlige svar. For å motvirke dette søker revisjonen å ha en balansert framtoning, og i størst mulig grad stille åpne (ikke lukkede spørsmål). Revisjonen vurderer også skriftlig dokumentasjon, som mer valid enn informasjon mottatt av mennesker gjennom intervju eller spørreundersøkelse ved motstrid.

² Vedlegg 2 – RSK 001 – Standard for forvaltningsrevisjon

Validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet) i denne undersøkelsen

Revisjonen mener at denne undersøkelsen møter de krav satt til reliabilitet og validitet. Ved å bruke metode triangulering, i dette tilfellet dokumentanalyse, intervjuer, spørreundersøkelse samt tilgang til- og observasjoner i Compilo, er funn og vurderinger gjort fra flere kilder. Svarprosenten til spørreundersøkelsen er høy nok til at svarene må ansees som valide.

Vi mener det er samlet inn et tilstrekkelig faktagrunnlag til å belyse problemstillingene og revisjonskriteriene.

Høringsprosess

Et utkast til rapport har blitt oversendt kommunedirektøren til uttalelse. Kommunedirektøren har gitt uttalelse i brev mottatt 20.05.25

3. Revisjonskriterier

Som kilder for revisjonskriteriene³ har vi i hovedsak benyttet kommuneloven⁴ relevante veiledere og standarder for internkontroll.⁵

Kriteriene er ikke nødvendigvis uttømmende for ethvert krav som stilles til alle sider av arbeidet innenfor området. Kriteriene er oppstilt etter revisjonens vurdering av hva som er det sentrale, basert på en vurdering av virksomhetens egenart og gjeldende regelverk.

Internkontroll er viktig for å sikre at lover og forskrifter etterleves, at organisasjonens mål oppnås, og at driften skjer på en forsvarlig og effektiv måte. I henhold til kommuneloven § 25-1 er det kommunedirektørens ansvar å sørge for at internkontrollen er systematisk, tilpasset kommunens størrelse, egenart og risikoforhold, og at denne er integrert i kommunens daglige drift.

Internkontroll etter kommuneloven består av flere elementer, blant annet risikovurdering, rutiner, prosedyrer, avviksbehandling, dokumentasjon og evaluering. Alle disse elementene er viktige for at internkontrollen skal kunne fungere effektivt og bidra til at kommunen oppfyller sine mål. Med at internkontrollen skal være systematisk menes at arbeidet ikke skal være tilfeldig, hendelsesbasert eller spontant. Det må være fungerende rutiner for det løpende internkontrollarbeidet, som det jobbes med på en planmessig og systematisk måte. Det stilles imidlertid ikke krav til en bestemt systematikk, at det skal brukes noe bestemt system eller at det skal brukes IKT-basert styrings- eller avvikssystem.⁶

³ Revisjonskriterier er en samlebetegnelse for krav og forventninger som benyttes for å vurdere kommunens virksomhet, økonomi, produktivitet, måloppnåelse, regeletterlevelse osv. Sammenholdt med faktabeskrivelsen danner revisjonskriteriene basis for de analyser og vurderinger som foretas, de konklusjoner som trekkes, og de er et viktig grunnlag for å kunne dokumentere avvik eller svakheter.

⁴ Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)- LOV- 2018-06-22-83

⁵ KS veileder (2020) *Orden i eget hus. Kommunedirektørens internkontroll*, COSO (2013) *Internkontroll - et integrert rammeverk*, KMD (2009) *85 tilrådninger for styrkt egenkontroll i kommune*

⁶ Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 412.

Beskrivelse av hovedoppgaver, mål og organisering

I henhold til kommuneloven § 25-1⁷ skal kommunedirektøren sørge for at det utarbeides en beskrivelse av kommunens hovedoppgaver, mål og organisering. Denne beskrivelsen gir en overordnet forståelse av hvilke oppgaver kommunen skal utføre, hvordan disse er organisert, og hvilke mål som skal oppnås. Den må også omfatte hvordan ansvar og myndighet er fordelt i organisasjonen for å sikre en effektiv gjennomføring av internkontrollen.

Ifølge forarbeidene kreves en overordnet oversikt over oppgaver, mål og organisering. I kravet om å beskrive organisering ligger det å beskrive hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt innad i kommunen. Dette kan for eksempel gjøres som en oversikt over lederstrukturer, rapporterings- og styringslinjer, delegering og funksjonsbeskrivelser.⁸

For å sikre at internkontrollen fungerer godt, er det avgjørende at kommunen har et klart definert organisasjonskart som viser hvilke enheter som er ansvarlige for hvilke oppgaver. Dette omfatter også delegering av myndighet og tydelige rapporteringslinjer, slik at det er klart hvem som har ansvar for hva i organisasjonen.

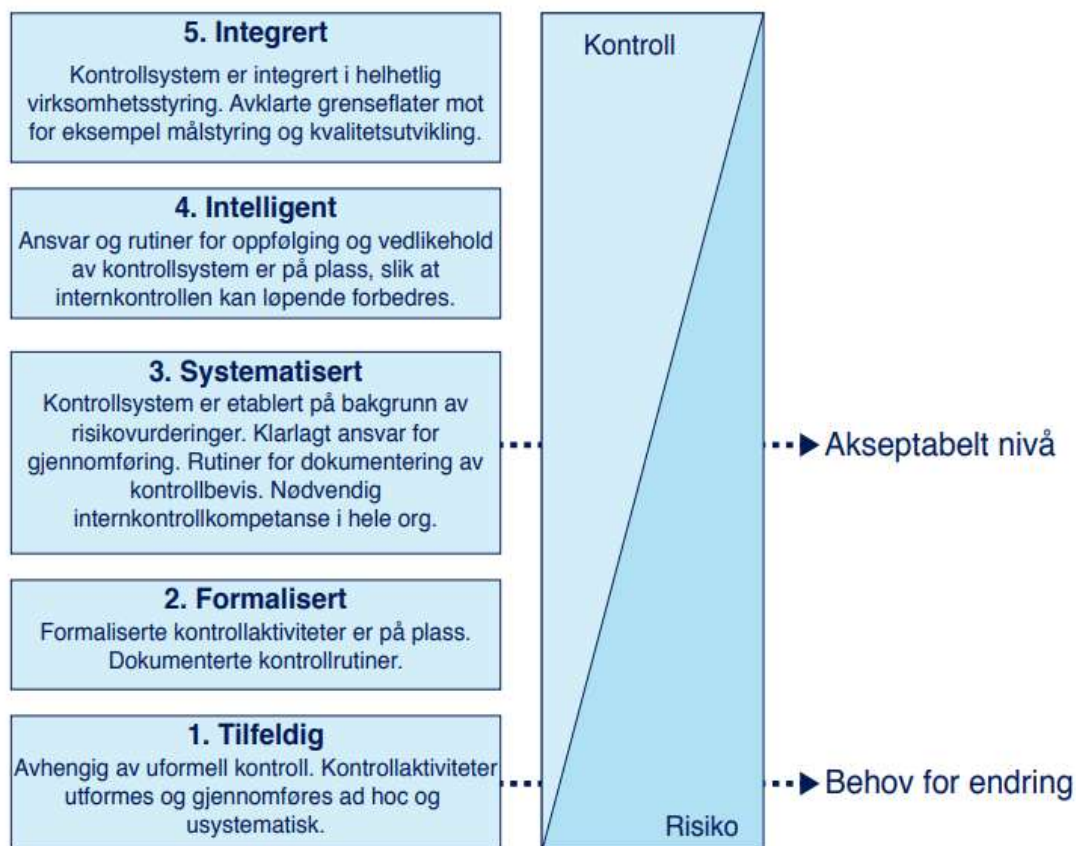
Kontrollmiljøet omfatter alt fra forhold som holdninger, atferd, verdier, og kompetanse, til hvordan ledelsen fordeler ansvar og myndighet, organiserer arbeidet og utvikler de menneskelige ressursene. Kontrollmiljøet består både av et formelt og et uformelt aspekt i virksomheten. Det formelle kontrollmiljøet setter de formelle rammene for virksomheten og omfatter formaliserte og dokumenterte krav som alle ansatte forventes å etterleve. Eksempler er organisering og fullmaktstrukturer, kompetansekrav og policyer og prosedyrer/rutiner som virksomhetens ansatte må forholde seg til. Det uformelle omhandler holdninger, integritet, etiske verdier og normer som preger virksomheten. Dette omtales ofte som virksomhetskulturen. God internkontroll avhenger av at det er god sammenheng mellom det formelle og det uformelle styrings- og kontrollmiljøet i virksomheten.⁹

⁷ Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) – LOV- 2018-06-22-83. §25-1 bokstav a.

⁸ Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 412.

⁹ DFØ (2021) Veileder i internkontroll

Figur 2 Modenhetsnivå internkontroll.



Rutiner og prosedyrer

I henhold til kommuneloven § 25-1¹⁰, skal kommunedirektøren sørge for nødvendige rutiner og prosedyrer for internkontroll. Rutiner og prosedyrer er sentrale verktøy i internkontrollen, da de sørger for at kommunen har tydelige retningslinjer for hvordan arbeidsoppgaver skal utføres, og hvilke kontrolltiltak som er nødvendige for å håndtere risiko.

Rutiner og prosedyrer er begrep som ofte benyttes om hverandre. En rutine angir gjerne **hva** som bør gjøres i gitte situasjoner, mens prosedyrer inneholder konkrete beskrivelser av **hvordan** avgrensede oppgaver skal løses for å oppnå et bestemt resultat.¹¹

Ifølge forarbeidene¹² kan rutinene og prosedyrene både være muntlige og skriftlige, men grad av skriftliggjøring vil følge av dokumentasjonskravet i kommuneloven § 25-1 bokstav d. Hva som er nødvendig å etablere av rutiner og prosedyrer må ses i sammenheng med de øvrige kravene i internkontrollbestemmelsen, og vil bero på en konkret vurdering av blant annet risiko for avvik. Det følger indirekte av bestemmelsen at rutinene og prosedyrene må gjøres kjent og være tilgjengelige.

¹⁰ Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) – LOV- 2018-06-22-83, §25-1 bokstav b

¹¹ <https://tidsskriftet.no/2018/01/sprakspalten/veileder-retningslinje-prosedyre>

¹² Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 412.

KMDs veileder¹³ fremhever at det er viktig at rutiner og prosedyrer er dokumentert på en grundig måte, slik at alle ansatte har tilgang til og kan følge dem i sitt arbeid. Rutiner og prosedyrer bør være kjent for alle ansatte, og det er viktig at de er tilgjengelige, enten fysisk eller digitalt, for å sikre at de blir etterfulgt i praksis.

KSs veileder¹⁴ påpeker at rutinene og prosedyrene skal være risikobaserte og tilpasses kommunens spesifikke behov og risikoforhold. Det innebærer at risikovurderinger skal gjennomføres for å identifisere hvilke områder som har høyest risiko for avvik, og at rutinene tilpasses for å håndtere disse risikoene. COSO-rammeverket¹⁵ beskriver at rutiner og prosedyrer er essensielle for å sikre etterlevelse av mål og for å håndtere risiko på en effektiv måte. Kontrollaktivitetene, som rutiner og prosedyrer, er en av de fem grunnleggende komponentene i COSO-rammeverket, og dokumentasjonen av disse er nødvendig for at ledelsen skal kunne evaluere om internkontrollen fungerer som den skal.

Risikovurderinger og avviksbehandling

En sentral del av internkontrollen er risikovurderingene, som ifølge kommuneloven § 25-1¹⁶ er nødvendige for å identifisere områder med høy risiko for avvik, og for å sette inn nødvendige tiltak for å redusere denne risikoen.

Ifølge forarbeidene¹⁷ innebærer dette at kommunedirektør både skal korrigere oppståtte feil samtidig som framtidige feil forebygges. Kommunedirektøren må skaffe oversikt over områder i kommunen hvor det er fare for manglende etterlevelse av lover og forskrifter og sette inn relevante forebyggende og risikoreduserende tiltak for å hindre og forebygge regelbrudd.

KMDs veileder¹⁸ understreker at risikovurderingene bør være en kontinuerlig prosess og at de må gjennomføres systematisk for å kunne fange opp både interne og eksterne risikofaktorer. Risikovurderingene skal vurdere både sannsynligheten for at et avvik kan inntreffe, og hvilke konsekvenser det vil få for kommunen. KSs veileder¹⁹ påpeker at risikovurderingene bør baseres på kommunens kjerneprosesser, slik at risikohåndteringen fokuserer på de områdene som er mest kritiske for måloppnåelsen.

COSO-rammeverket²⁰ fremhever at risikovurdering er en dynamisk prosess som skal tilpasses endringer i organisasjonen og eksterne forhold. Risikovurderingene bør omfatte alle vesentlige aktiviteter i organisasjonen og være en kontinuerlig prosess som vurderer risiko i forbindelse med måloppnåelse, pålitelig rapportering og etterlevelse av lover og regler. Etter at risikoene er identifisert, skal nødvendige kontrolltiltak implementeres for å redusere risikoen til et akseptabelt

¹³ KMD (2009) *85 tilrådnings for styrkt egenkontroll i kommunane*

¹⁴ KS veileder (2020) *Orden i eget hus. Kommunedirektørens internkontroll*

¹⁵ COSO (2013) *Internkontroll - et integrert rammeverk*

¹⁶ Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) – LOV-1992-09-25-107. §25-1 bokstav c.

¹⁷ Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 413.

¹⁸ KMD Internkontroll i kommunesektoren okt. 2021

¹⁹ KS veileder (2020) *Orden i eget hus. Kommunedirektørens internkontroll*

²⁰ COSO (2013) *Internkontroll - et integrert rammeverk*

nivå.

Dokumentasjon av internkontroll

Kommuneloven § 25-1²¹ stiller krav om at kommunen dokumenterer internkontrollen. Dette gjelder dokumentasjon av systemene, rutinene, aktivitetene og kontrolltiltakene som er implementert for å sikre etterlevelse av mål, lover og regler. Dokumentasjonen er viktig for å kunne vurdere internkontrollens effektivitet. Dokumentasjonskravet gjelder ulike deler av internkontrollen som systemer, rutiner, instruksjer, samt gjennomføring av kontroller og aktiviteter. Hva som er nødvendig å dokumentere må vurderes ut fra risiko. En høy risiko for avvik innen et tjenesteområde tilsier at kommunen må skriftlig gjøre rutiner og prosedyrer.²²

Dokumentasjonen skal være tilstrekkelig for at det kan evalueres om de etablerte kontrollsystemene fungerer som de skal. KMDs veileder²³ påpeker at dokumentasjon av internkontrollen er et nødvendig tiltak for å sikre etterlevelse av lovkrav og for å kunne følge opp eventuelle avvik. Dokumentasjonen skal også bidra til at kommunen kan forbedre internkontrollen basert på erfaringer og evalueringer.

Evaluering og forbedring av internkontroll

Kommuneloven § 25-1²⁴ pålegger kommunen å evaluere internkontrollen regelmessig for å sikre at den er effektiv og tilpasset endringer i lovgivning, organisasjonens mål og risikoforhold. Evalueringen skal være en kontinuerlig prosess som gjennomføres på alle nivåer i kommunen. Dette kan innebære både interne og eksterne revisjoner, samt oppfølging av risikovurderinger og avviksbehandling.

Ifølge forarbeidene²⁵ skal skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll evalueres og ved behov forbedres. Kommunen skal evaluere hvordan virksomheten jobber med internkontroll, og nødvendig forbedringer gjøres innenfor tidsrammer, kostnadsrammer og prioriteringer i kommunen.

Kommunestyret er det øverste organ i kommunen jf. kommuneloven § 5-3²⁶. Dette innebærer at all utøving av kommunal kompetanse skjer på kommunestyrets vegne og under kommunestyrets ansvar.²⁷ Kommunestyrets tilsynsansvar innebærer blant annet at kommunestyret må sørge for at kommunen er organisert og drives slik at lover og forskrifter holdes, samt at mål nås.

I henhold til kommuneloven § 14-7²⁸ skal kommunen utarbeide en årsberetning, som blant annet redegjør for økonomisk utvikling og for virksomhetens måloppnåelse og andre ikke- økonomiske forhold som er av vesentlig betydning for kommunen. Bestemmelsen gir kommunene stort rom

²¹ Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) – LOV- 2018-06-22-83, §25-1 bokstav d.

²² Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 413.

²³ KMD (2009) *85 tilrådninger for styrkt egenkontroll i kommunane*

²⁴ Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) – LOV- 2018-06-22-83, §25-1 bokstav e.

²⁵ Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 413.

²⁶ Prop. 46 L (2017–2018) s. 259

²⁷ Norsk lovkommentar § 5-2

²⁸ Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 196.

for skjønn til å avgjøre hvilke opplysninger som skal gis i årsberetningen om kommunens tjenester mv. Det kan for eksempel gis opplysninger om utviklingen av tjenester og hvordan utviklingen har vært i forhold til målene i årsbudsjettet.

I henhold til kommuneloven § 25-2²⁹ skal kommunedirektøren også rapportere til kommunestyret om internkontroll og resultater av statlige tilsyn minst en gang i året. Ifølge KS er det naturlig at denne rapporteringen tas inn i årsrapporten sammen med øvrig rapportering. KS anbefaler at kommunene legger fram en samlet rapport, framfor flere særskilte rapporter om eksempelvis, avvik, tjenestekvalitet mv.

I departementets veileder om internkontroll etter kommuneloven kommer det fram at kommuneloven § 25-1 setter opp minstekrav til kommunenes internkontroll. Internkontrollarbeidet vil i praksis inneholde flere elementer en minstekravene som følger av loven. Videre er internkontroll en del av styring og ledelse jf. figur 2.³⁰

Figur 3 Forholdet mellom internkontroll etter kommuneloven, øvrig internkontroll og styring/ledelse (KMD)



Det er viktig at internkontrollen evalueres jevnlig, slik at kommunen kan tilpasse kontrolltiltakene etter eventuelle endringer i organisasjonens struktur eller eksterne forhold.³¹ COSO-rammeverket³² understreker at evaluering og forbedring er en sentral del av internkontrollsystemet. Kontinuerlig evaluering gir kommunen mulighet til å justere og forbedre kontrollsystemene slik at de forblir relevante og effektive.

²⁹ KS (2020) *Orden i eget hus*, s. 128.

³⁰ Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2021) Internkontroll i kommunesektoren

³¹ KS (2020) *Orden i eget hus*

³² COSO (2013) *Internkontroll - et integrert rammeverk*

4. Overordnet internkontroll

Dette kapittelet gjennomgår følgende problemstilling:

- 1) Har kommunen et overordnet system for internkontroll, og i hvilken grad fungerer dette?
 - a) I hvilken grad er sentrale rutiner og prosedyrer utarbeidet og tilgjengelig i systemet?
 - b) I hvilken grad gjennomføres systematiske risikovurderinger på overordnet nivå?
 - c) I hvilken grad er det etablert en praksis for avvikshåndtering på overordnet nivå?

Til denne problemstillingen har vi i kapittel 3 utledet følgende revisjonskriterier:

- Kommunen bør ha et helhetlig internkontrollsystem som sikrer at rutiner og prosedyrer er:
 - o samlet
 - o tilgjengelige
 - o oppdaterte
- Det bør være etablert et felles system og rutiner for hvordan avvik fra de ulike tjenesteområdene skal meldes og følges opp
- Avvik og risikovurderinger bør benyttes i arbeidet med jevnlig å evaluere kommunens internkontroll
- Kommunen bør ha dokumenterte rutiner for risikovurderinger på overordnet nivå
- Kontrollhandlinger bør bygge på risikovurderinger gjort for de ulike tjenesteområdene

4.1. Overordnet strategi og ansvarsfordeling

Nesodden kommune har utarbeidet en internkontroll strategi, datert august 2023. Den er behandlet i arbeidsmiljøutvalget og i hovedsammenslutningsmøtet. Den er også administrativt forankret i kommunedirektørens ledergruppe. Det er utarbeidet tre vedlegg til strategien, *avvik og avvikshåndtering*, *ROS* og *tilsyn*.

Av innledning framgår det at: Internkontrollstrategien er styrende for Nesodden kommunes internkontroll og kvalitetsarbeid, og skal ligge til grunn for internkontrollarbeidet i alle kommunalområder og på alle nivåer i organisasjonen. Dokumentet gjenspeiler kommunedirektørens syn på hvordan internkontrollen må være innrettet for å oppfylle lovkravene.

Nesodden kommune har som mål at internkontrollen skal føre til kvalitetsforbedring. For å oppnå dette må internkontrollen innarbeides som en naturlig del av lederoppgavene. Det må også tillegges lederne å fremme og skape en positiv kultur for forbedringsarbeid.

Strategien er første steg i en langsiktig plan for å etablere en metode og et system for internkontroll og kvalitetsutvikling i hele kommunen.

Kommunedirektør rapporterer hvert år på internkontroll i kommunens årsberetning. I årsberetning for 2023 framgår det at kommunens internkontroll strategi en sentral når det gjelder å oppfylle kommunelovens krav om internkontroll (§25-1).

Hovedpunkter i kommunens internkontrollstrategi kan oppsummeres slik:

- **Formål og prinsipper:**
 - Internkontroll skal bidra til kvalitetsforbedring og være en integrert del av ledelsesarbeidet.
 - Kommunedirektøren har ansvar for systemutvikling, mens gjennomføring er delegert til linjeledelsen.
- **Metode og system:**
 - Internkontrollen baseres på risikovurderinger og skal være systematisk, med bruk av årshjul som planleggingsverktøy.
 - Det kreves dokumentasjon av alle aktiviteter knyttet til avvikshåndtering og prosedyreoppdateringer.
- **Avvikshåndtering og forbedring:**
 - Compilo brukes som kvalitetssystem for registrering og oppfølging av avvik og forbedringsforslag.
- **Rapportering og tilsyn:**
 - Kommunedirektøren rapporterer årlig til kommunestyret om internkontroll og statlige tilsyn.
 - Statlig tilsyn vurderer kommunens oppfyllelse av lovkrav, men ikke kvalitet utover dette.
- **Kvalitetsutvikling:**
 - Evaluering og opplæring prioriteres for kontinuerlig forbedring.
 - Kommunens kompetansestrategi støtter kvalitetsforbedring.

Av kapittel for ansvar og roller framgår det bl.a.: Internkontrollen skal være en integrert del av virksomhetsstyringen. Som en naturlig følge av det er ansvar for og gjennomføring av internkontrollen delegert i linjen, som illustrert i figuren under. Alle øvrige ansatte kan tildeles oppgaver i internkontrollen, men ansvaret følger alltid linjen.

Figur 3 Ansvar for og gjennomføring av internkontrollen delegert i linjen

Strategier og mål		
Kommunedirektør /KLG Kommunenivå	Virksomhetsleder Virksomhet	Avdelingsleder Enhet / Avdeling
Ivareta helheten i internkontrollen	Etterspørre og sikre etterlevelse og oppfølging	Rutiner og interkontrolltiltak
Vurdere risikobildet	Oppsummere risikovurderinger, sikre tiltak	Risikovurderinger
Måloppnåelse, forventninger og tilrettelegging	Utvikle virksomheten	Forbedringsarbeid og læring
Vurderinger og anbefalinger		

Kvalitetsrådgiver i kommunen utarbeidet i 2024 en presentasjon over styringssystemer i Nesodden kommune, her beskrives bl.a. den røde tråden i internkontrollarbeidet gjennom figuren under:

Figur 4 Den røde tråden i internkontrollarbeidet i Nesodden kommune

Den røde tråden



Det er videre beskrevet kommunens styringssystemer som skal bidra til oppfyllelsen av kommunelovens § 25-1:

- Delegeringsreglementet
- Lederavtalen
- Lederhåndbok, personalhåndbok og HMS håndbok
- Framsikt
- Compilo
- KS- læring
- Digjorden
- Internkontroll strategi

Kommunens lederavtale beskriver leders ansvar, her framgår det bl.a. at leders ansvar er ivareta personal- og økonomiansvar og internkontroll.

Kvalitetsrådgiver har i intervju opplyst at administrasjonen har brukt mye tid til å plassere alle ansvar og roller i delegeringsreglementet. Administrasjonen har tatt for seg hver lov og plassert ansvaret i reglementet. Administrasjonen har dermed fått en kontroll på at ansvarsfordelingen er i samsvar med de faktiske forhold.

Gjennom Digiorden har kommunen oversikt over alle systemer kommunen bruker. Totalt har kommunen 263 applikasjoner, 36 datasett og 53 behandlinger³³. Kommunen har oversikt over alle systemer som behandler personopplysninger. Det er oversikt over alle som er systemansvarlig og systemeiere for de enkelte systemene, samt alle databehandleravtalene.

4.2. Internkontrollsystem

Nesodden kommune benytter systemet Compilo som internkontroll/ kvalitets system. Av systemets hjemmeside framgår det at systemet benyttes av over 300 store og mellomstore organisasjoner. Systemet består av flere moduler. Nesodden kommune benytter seg av modulene:

- Dokumenter
- Avvik
- Risikoanalyse

Modul for dokumenter skal samle all kvalitetsdokumentasjon i kommunen og sikre at kommunen har oppdaterte lovpålagte prosedyrer og dokumentasjon tilgjengelig. I modul for avvik kan alle avvik meldes, og håndteres, alle handlinger logges i systemet. Modul for ROS skal gi en enkel, oversiktlig og visuell systematikk for risikoanalyse.

Kvalitetsrådgiver i kommunen er systemansvarlig for Compilo. I tillegg er tre personer er administratorkontakter på systemet Nærmeste leder har ansvaret for opplæring i systemet. men kvalitetsrådgiver bistår ofte med gjennomføringen av opplæringen.. Det er opplyst at det årlig gjennomføres opplæring til nye ledere og verneombud.. I tillegg gis det behovsprøvd opplæring Kvalitetsrådgiver deltar også på avdelingsmøter når det er ønske om dette.

På kommunens intranett er det lenke til *brukerstøtte*. Her kan ansatte sende spørsmål om systemet. Det er flest ledere som benytter seg av denne muligheten. Kvalitetsrådgiver mener at kunnskapen om muligheter for brukerstøtte er god blant ledere. Denne løsningen har vært tilgjengelig i ca. ett år. Det er mange henvendelser gjennom systemet, hvorav mye gjelder tilganger.

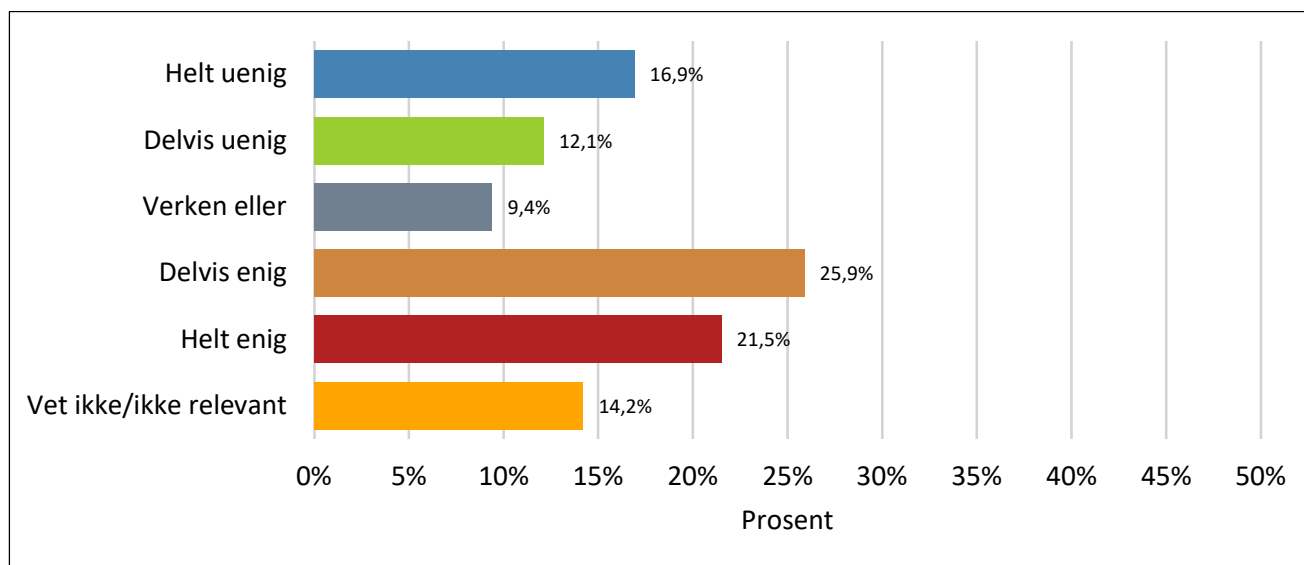
Nesodden kommune er deltager i nettverk for internkontroll, det er opplyst at det deles mye nyttig læring om Compilo i nettverket.. Det er møter en gang pr mnd. på teams, Deltakerne får mye info fra andre kommuner. Det blir også gitt kurs om internkontroll i regi av KS og Digi Viken som er relevante. Det er også opplyst at Compilo tilbyr mange webinarer som kommunen deltar på.

³³ DigiOrden er i stadig endring. Kommunen opplyser å jobbe aktivt for å få ned antall datasett og få opp antall behandlingsprotokoller.

I spørreundersøkelsen til ansatte ble det stilt spørsmål om *vi har systemer og rutiner i min avdeling/enhet som sikrer at vi overholder lover og regler ved utførelse av tjenestene*. Svarene viste at om lag 80 % av de som svarte var helt eller delvis enige i påstanden. Om lag 10% var helt eller delvis uenig i påstanden.

Videre ble det stilt spørsmål kunnskap om Compilo. Spørsmålet ble stilt som påstand, *Jeg har tilstrekkelig kunnskap om Compilo*. I diagrammet under vises svarene:

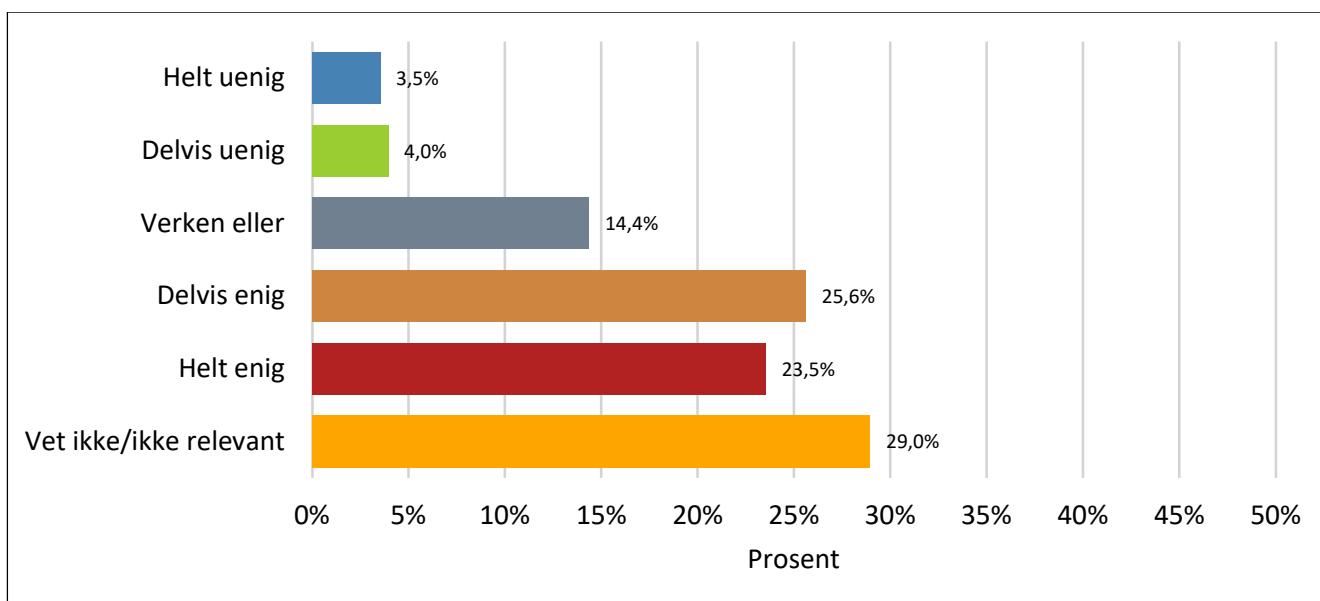
Figur 5 Kunnskap om Compilo. (N = 479)



Av diagrammet ser vi at i underkant av 30% er helt uenig eller delvis uenig i at de har nok kunnskap om systemet, 14,2 % har svart vet ikke på spørsmålet også. I underkant av 48 % er av den oppfatning at de har nok kunnskap.

Det ble også stilt spørsmål om Compilo er et nyttig hjelpemiddel for å nå virksomhetens mål og ivareta lovpålagte oppgaver.

Figur 6 Hjelpemiddel for å nå mål. (N = 479)



Av diagrammet ser vi at en stor andel av de som har svart vet ikke på dette spørsmålet. Det er i underkant av 50 % som har svart at de er enige i påstanden. Det er 7,5% som er uenig.

Informanter har i intervju gjennomgående opplyst at de i hovedsak er fornøyd med systemet Compilo. Det er bemerket fra flere at det er ulik kompetanse blant ansatte om systemet. Dette kan både gjelde generelle manglende digitale ferdigheter og muligheter for å ha tilgang til systemet med bakgrunn i arbeidsoppgaver.

4.2.1. Dokumenter / dokumentbibliotek

Modul for dokumenter i Compilo benyttes av Nesodden kommune som lagringssted for rutiner, prosedyrer og lignede. Systemet skal sikre at alle dokumenter er samlet på en felles plattform. Alle dokumenter som legges inn i systemet får et sporbart id nummer. Alle dokumenter får en dokumentansvarlig. I Nesodden kommunen er denne knyttet opp mot en funksjon i kommunen og ikke spesifikk person. Det betyr at dersom noen slutter vil den som kommer inn i tilsvarende funksjon overta rollen. Ansvarer går bl.a. ut på å sørge for at dokumentet er tilstrekkelig oppdatert. For alle dokumenter blir det satt en revisjonsdato, ansvarlig for dokumentet får mail om at det er tid for revisjon. Oversikt over oppgaver i systemet deriblant eventuelle revidering a dokumenter vises på den enkeltes innlogging. Leselister på dokumenter er også tilgjengelig.

Systemet er bygget opp med mapper for de ulike tjenesteområdene i tråd med kommunens organisering:

- Eiendom og tekniske tjenester
- Helse, omsorg og sosial
- Samfunnsutvikling og kultur
- Skole, barnehage og oppvekst
- DUA

Eksempelvis er det under mappe skole, barnehage og oppvekst undermapper for:

- Barnehage
- Skole
- Barn, unge, familie, BUF

For disse mappene er igjen undermapper for flere områder. For de andre tjenesteområdene er det tilsvarende oppbygging av mappestruktur.

I tillegg er det egne mapper for ledelsesprosesser og støtteprosesser.

Kvalitetsrådgiver opplyser at det er jobbet mye med dokumentoppsettet i Compilo med fokus på at det skal være lett å finne dokumenter. De må ha en logisk plassering slik at det er lettere å finne fram. Det kan imidlertid være rom for noen forbedringer når det gjelder ledelsesprosesser. Det er imidlertid et pågående arbeid med å strukturere dokumentbiblioteket med tanke på bl.a. enhetlighet og tilgjengelighet.

Skole/ barnehage

Når det gjelder skole og barnehage opplyser kvalitetsrådgiver at det er brukt mye tid på å systematisere dokumenter i Compilo. Dette er gjort etter initiativ og samarbeid med kommunalsjef for skole, barnehage og oppvekst. Dette bekreftes både av rektorer og barnehagestyrer, som er intervjuet. Det er opplyst at man både for skoler og barnehager har gått igjennom alle dokumenter og jobbet mye for å samordne dokumentene. Rektorene har opplyst at de har jobbet i grupper i skoleledermøter. Alle dokumenter ble gjennomgått og dokumenter det ikke var behov for ble ryddet bort. Dokumenter ble også oppdatert og standardisert slik at de gjelder for alle skoler. Det ble også ryddet i mappene i systemet. Kvalitetsrådgiver bidro i prosessen, og var til stede på mange rektor- og styremøter i prosessen. Dette var et stort arbeid, men rektorene er av den oppfatning at prosessen fungerte godt. Dokumentbiblioteket skal nå inneholde alle aktuelle dokumenter. Tidligere lå mange dokumenter i teams.

Rektorer tror at lærerne finner de dokumenter de har behov for, men det er likevel behov for mer opplæring i systemet. Lærere har liten tid til generell opplæring i sin hverdag og det må prioriteres. Rektorene går gjennom systemet årlig med lærerne, men det anses ikke som tilstrekkelig. Det er et forbedringspotensial i å utnytte systemet enda bedre. Det er viktig at lærere bruker systemet aktivt og vet hvor dokumenter finnes.

Barnehagestyrer beskriver samme framgangsmåte ved gjennomgangen av dokumenter, som rektorene. Det ble gjennomført flere heldagssamlinger, og dokumenter ble gjennomgått i plenum slik at lederne var omforent om innholdet. Mappestrukturen ble også gjennomgått og bygget opp på nytt og framstår som fornuftig etter styrers oppfatning. Barnehagefaglig rådgiver bisto også med kvalitetssikring av det faglige innholdet i dokumenter. Arbeidet bidro til at styrere fikk hevet sin kompetanse på systemet. Etter styreres oppfatning er det ikke spesielle mangler i de dokumenter som er lagret i systemet. Det er imidlertid viktig at dokumentene er godt forankret i kommunen.

Styrer mener imidlertid at kunnskapen om systemet varierer blant de ansatte. Pedagoger har kun fire timer kontortid i uka, noe som begrenser bruken av systemet. Kunnskapen er bedre nå enn tidligere og styrer jobber for å få de ansatte til å bruke systemet mer aktivt. Det er flere skjemaer som ligger i Compilo, som pedagogisk personell må benytte. Styrer mener at systemet i dag har blitt en god støtte i arbeidet i barnehagene. Det har vært mest fokus på bruk av systemet i ledermøter.

Styrer tror ikke at personell uten pedagogisk ansvar har særlig kunnskap om systemet. De har heller ikke kontortid i sin arbeidstid. Sentrale rutiner gjennomgås imidlertid årlig med alt barnehagepersonell. Ved endringer tas det opp på nytt. Flere sentrale rutiner er også skrevet ut og hengt opp. Rutiner for tur og førstehjelp er alltid med i sekken når man er på tur utenfor barnehagen.

Styrer mener at kunnskapen om systemet er god nok i forhold til behovet. Ansvar for oppdatering av dokumentene er fordelt ut på styrere i de ulike barnehagene. Det er tydelig hvem som har ansvaret for oppdatering av dokumentene. Kvalitetsrådgiver opplyser at dette også gjelder for skolene/rektorene.

Helse, omsorg og sosial

Virksomhetsleder på sykehjemmet opplyser at det aller meste av dokumenter er tilgjengelig i Compilo. Alle interne rutiner er tilgjengelig her. Det ble gjort en gjennomgang av strukturen omkring 2020. Strukturen fungerer greit. Leder er imidlertid ikke fornøyd med søkefunksjonen i systemet. Når man søker er det en risiko for at man får treff på dokumenter på helt andre områder enn de man er ute etter eller at det er dokumenter som bare gjelder for enkelte virksomheter og ikke generelt for kommunen. Dette er ikke alltid så lett å se utfra dokumentet heller. Det burde etter virksomhetsleders oppfatning vært tydeligere på mange rutiner/ prosedyrer hvilket område denne gjelder for.

Virksomhetsleder mener at det er viktig å få ansatte til å bruke Compilo aktivt, men vet ikke hvor mange som bruker systemet. Avdelingsleder ved sykehjemmet oppgir også å være i tvil om hvor mye kunnskap de ansatte har om systemet. Det kan variere hvor mye pleierne bruker systemet. Fagledere er de som har mest kunnskap. Mange ansatte vil nok starte med å spørre fagleder eller avdelingsleder hvor aktuelt dokument finnes. Avdelingsleder er likevel av den oppfatning at kunnskapen om hvor rutiner og prosedyrer finnes er god nok i forhold til behovet. Mener også at det er nok rutiner og prosedyrer på området. Dukker det opp behov for nye så utarbeides dette.

Virksomhetsleder opplyser at kommunen har tatt i bruk systemet VAR Healthcare som er Nordens største prosedyrebibliotek. Denne inneholder hundrevis av prosedyrer, prosedyrene skal være basert på forskning og best kunnskap, prosedyrene oppdateres jevnlig ved behov. Av systemet hjemmeside framgår det at systemet også kan integreres med kommunens kvalitetssystem deriblant Compilo. Virksomhetsleder opplyser også at i dokumentbiblioteket er det linket opp til dette systemet. Av systemets hjemmeside framgår det også at systemet også kan defineres som et klinisk beslutningsstøttesystem. Gjennom søk i systemet med utgangspunkt i en problemstilling, risiko eller diagnose kan man få forslag til aktuelle prosedyrer i den gitt situasjonen.

Kommunen kjøper også tjenester fra KlinObsKommune som er et kompetansehevingsprogram. Her vil det bli gjennomført opplæring på ansatte i mindre grupper. Systemet vil øke observasjonskompetasen for de som jobber klinisk og sørge for at endringer i pasientens helsetilstand observeres, dokumenteres og kommuniseres på en mer systematisk måte enn tidligere. Enkelte av sykehjemmets rutiner må endres etter denne innføringen. Sykehjemmet skal også ta i bruk kompetansestyringssystemet Dossier som er et digitalt system som gir oversikt over all kompetanse til den enkelte ansatte. Det kan bl.a. legges inn varslere på opplæring som skal gjennomføres.

Eiendom:

Virksomhetsleder Infrastruktur og vannmiljø opplyser at alle prosedyrer og rutiner er arkivert i Compilo. Her ligger eksempelvis rutiner for vannbehandlings anleggene, arbeid på kummer, nød

prosedyrer, rutiner ved ledningsbrudd, spyling av rør osv. Rutiner på prøvetaking av vannprøver ligger også her. Ansatte har fått opplæring i Compilo, men virksomhetsleder tror ikke ansatte er inne der så ofte. Mange kjenner rutiner og prosedyrer godt fra før eller de får hjelp av en kollega. Det er ikke alle som har like gode digitale ferdigheter. Fagsystemet brukes også mest i det daglige arbeidet.

Alle jobber i team. De ansatte vet at rutiner og prosedyrer ligger i Compilo og virksomhetsleder tror at ansatte finner de dokumentene de har behov for. Det snakkes jevnlig om dokumenter og systemet på interne møter.

Virksomhetsleder er av den oppfatning at de har tilstrekkelig med skriftlige rutiner. De har færrest rutiner når det gjelder vei, men det viktigste er på plass. Dokumentbiblioteket er etter virksomhetsleders oppfatning litt «rotete» og lite intuitivt bygd opp. Søkefunksjonen i systemet er heller ikke bra nok.

Fagsystemet Gemini VA gir oversikt over ledningsnettet og har all dokumentasjon over kommunens installasjoner på området. Alt arbeid på VA området blir dokumentert i dette systemet. Som FDV system benyttes Guard FDV. All FDV dokumentasjon for alle komponenter ligger i dette systemet. Systemet brukes til å overvåke driften på VA området bl.a. vannforbruk som kan avdekke lekkasjer.

Samfunnsplan og kultur

Virksomhetsleder plan, bygg og geodata opplyser at de fleste rutiner og dokumenter ligger i Teams. Compilo brukes i svært liten grad i dag, men målet er at dokumentene skal legges over i Compilo. Det har vært lettere å jobbe med disse dokumentene i teams og dokumenter har ikke blitt lagt over av hensyn til effektiviteten. Det er viktig at alle ansatte kjenner til rutiner og prosedyrer. Virksomhetsleder mener at ansatte har god kjennskap til aktuelle rutiner og prosedyrer og hvor disse finnes. Kommunen har akkurat byttet saksbehandlingssystem, sjekklister og rutiner i det daglige arbeidet ligger i saksbehandlingssystemet som alle ansatte bruker.

Revisjon av dokumenter

Kvalitetsrådgiver opplyser at det er brukt mye tid på å systematisere dokumenter i Compilo. Alle dokumenter er knyttet opp mot en rolle i organisasjonen. Ansvar for revidering av dokumenter er knyttet opp mot roller. Kvalitetsrådgiver og en ansatt til styrer tilgangen til rollene og holder dette oppdatert. Noen har svært mange dokumenter knyttet opp mot sin rolle. I alle dokumenter er det satt en frist for revisjon. For mange dokumenter er dette ett år, men det er også mange dokumenter hvor det er satt lang frist for revisjon. Systemet gir den som har ansvaret for revisjon av dokumentet melding om at frist nærmer seg.

Kvalitetsrådgiver opplyser at det er en jevnlig gjennomgang av dokumenter, som har gått over frist for revidering. Det gis da tilbakemelding til kommunalsjef som kan vurdere tiltak.

Revisjonen har fått en oversikt over alle dokumenter i dokumentbiblioteket i Compilo. Totalt er det 3 638 dokumenter i systemet. De fordeler seg på følgende områder:

- | | |
|---------------------------------|-------|
| • Helse og omsorg | 1 663 |
| • Skole barnehage og oppvekst | 834 |
| • Digitalisering og utvikling | 597 |
| • Systemadministrator | 314 |
| • Eiendom og tekniske tjenester | 172 |
| • Samfunnsutvikling og kultur | 58 |

Gjennomgangen av revisjonsdato viser at det er tre dokumenter som har revisjonsfrist satt til 20 år fram i tid, 34 dokumenter har mellom 10 og 20 år. mens det er 250 dokumenter som har revisjonsfrist på mellom to og 9 år.

Gjennomgangen viser også at det er 175 dokumenter som har en revisjonsfrist som er eldre enn 1.1.2025 og hvor dokumentet ikke er revidert. Dokumentet har således ikke blitt oppdatert i henhold til den revisjonsfristen som er satt. Dokumentene fordeler seg på områdene:

- Eiendom og tekniske tjenester 90
- Samfunnsutvikling og kultur 42
- Helse og omsorg 21
- Skole og barnehage 19
- Annet 2

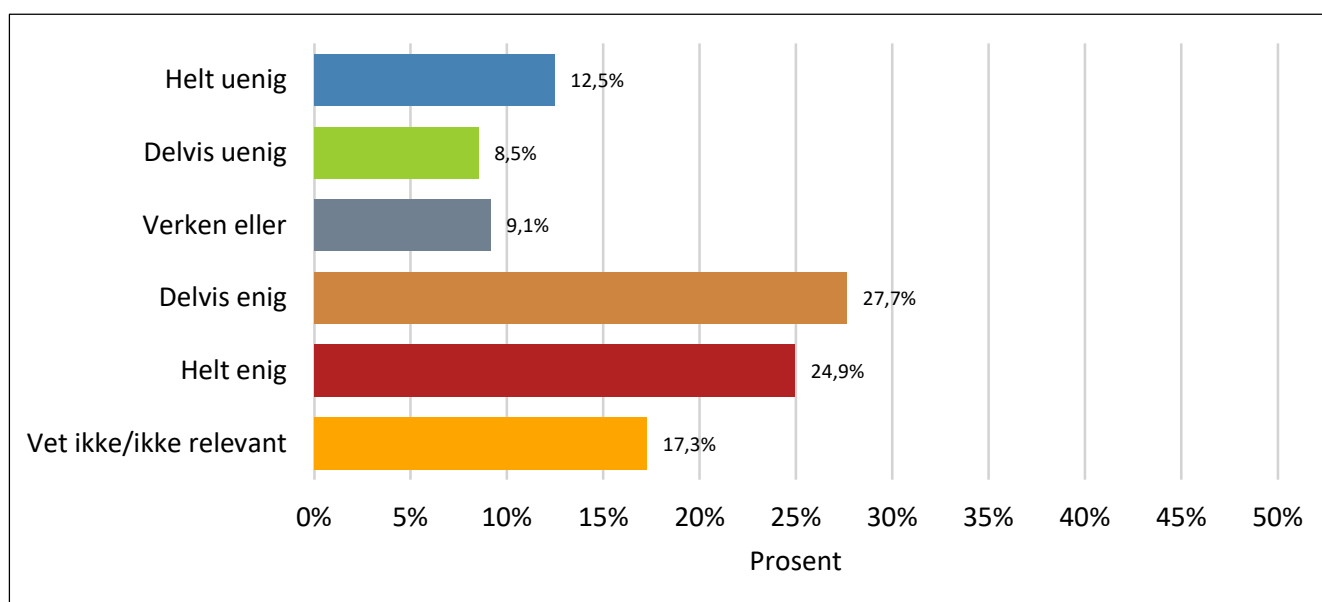
Sett i forhold til totalt antall dokumenter har områdene Eiendom og tekniske tjenester samt samfunnsutvikling og kultur en betydelig andel med dokumenter som ikke er oppdatert innen de revisjonsfrister som er satt på dokumentet.

Spørreundersøkelse

I spørreundersøkelsen til de ansatte ble det stilt en del spørsmål rundt Compilo og kommunens rutiner og prosedyrer. Spørsmålene er stilt som påstander:

Jeg er godt kjent med relevante dokumenter i Compilo:

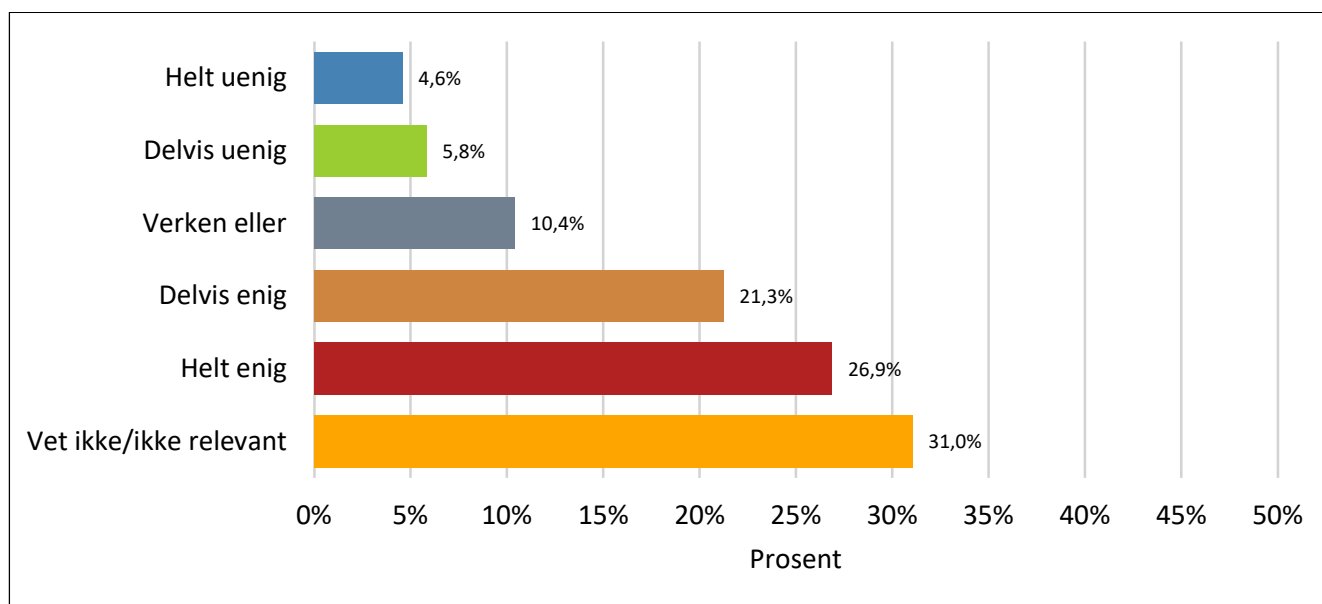
Figur 7 Relevante dokumenter i Compilo. (N = 481)



Diagrammet viser at litt over halvparten av de ansatte er enig eller delvis enig i påstanden. I overkant av 20% er uenig i påstanden. Vi registrerer at om lag 17 % har svart vet ikke på spørsmålet.

De viktigste rutiner og prosedyrer er nedfelt skriftlig og er tilgjengelig i Compilo.

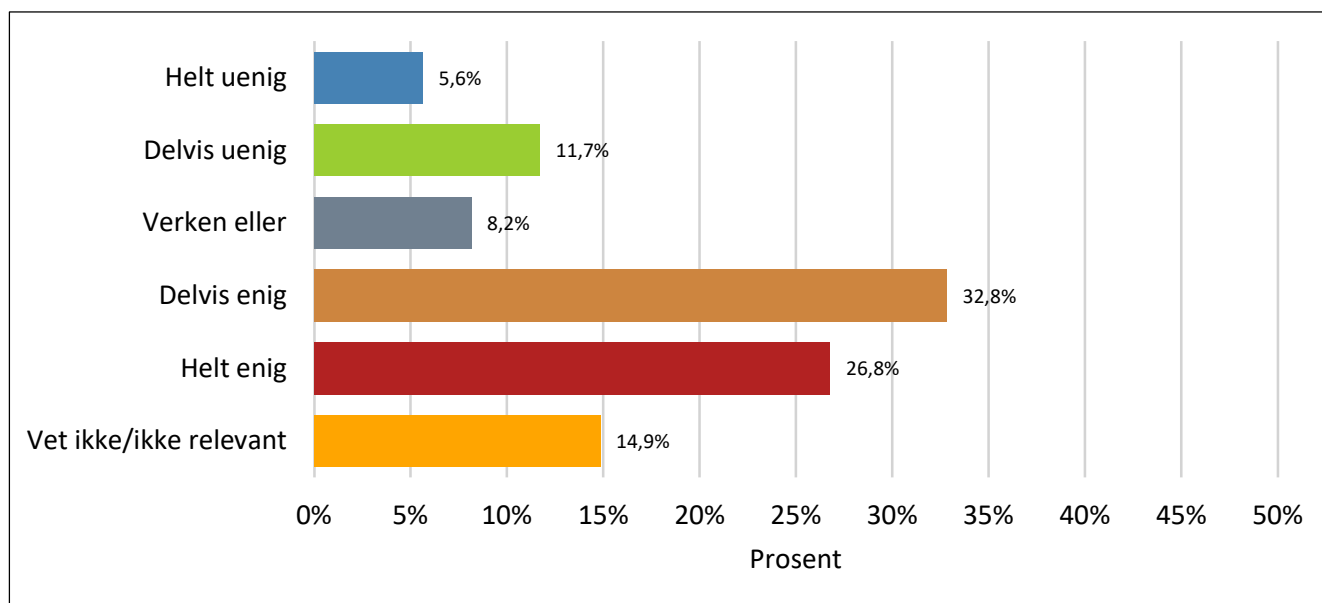
Figur 8 De viktigste rutiner er nedfelt skriftlige i Compilo. (N = 480)



Av diagrammet ser vi at en stor andel av de ansatte ikke vet om de viktigste rutiner er nedfelt. Hovedtyngden (48, %) av de som har svart er enige i påstanden.

Det er utarbeidet tilstrekkelig med skriftlige rutiner og prosedyrer i forbindelse med mine oppgaver.

Figur 9 Tilstrekkelig med skriftlige rutiner. (N = 478)



Diagrammet viser at om lag 60 % av de som har svart er enig i påstanden. I overkant av 17 er uenig i at det er tilstrekkelig med rutiner og prosedyrer.

I spørreundersøkelsen ble det stilt spørsmål om på hvilket område man tilhører slik at det er mulig å se om det er forskjeller mellom områdene. Gjennomgangen viser at det ansatte i helse- og omsorg, samt digitalisering, utvikling og administrasjon har gitt langt mer positive svar på spørsmålene sammenlignet med de øvrige sektorene.. Eiendom og tekniske tjenester samt til dels samfunnsutvikling og kultur har svar som er betydelig mer negative. Betydelig flere av disse har svart at de er uenige i påstanden eller at de ikke vet.

I spørreundersøkelsen var det mulighet til å gi kommentarer til spørsmålene og komme med innspill til hvordan kommunen kan forbedre sin internkontroll. Eksempler på kommentarer som vedrørte dokumenter var:

- Søkefunksjonen i Compilo er ikke tilfredsstillende. Du må vite eksakt hva rutinen/prosedyrer heter for å få det opp.
- Bedre kjennskap i organisasjonen om at dokumenter finnes i Compilo. På intranett knappen for kvalitetssystemet og varsling kunne internkontroll også stått. Da hadde nok flere ansatte blitt påminnet om at internkontrollen finnes der. Det er også vesentlig at internkontrollen holdes levende og oppdatert. Ellers vil den ikke bli benyttet av ansatte
- Bytt system til ett annet enn Compilo. Det er ikke lett å navigere for ansatte og det er tungvint å finne frem i selv for oss som jobber med prosedyrer daglig.
- Lik mappestruktur for hele Compilo. Vanskelig å finne dokumenter når alle har ulik struktur.

4.2.2. Avvik

Nesodden kommune benytter Compilo, som avvikssystem. Kvalitetsrådgiver har opplyst at avvikene skal løses på lavest mulig nivå. Kvalitetsrådgiver opplyser at det er drevet mye opplæring på avvik i virksomhetene. Det har vært fokus på å prøve å senke terskelen for å melde avvik. Avvik på HMS går som kopi til hovedverneombud og aktuelt lokalt verneombud. Kvalitetsrådgiver får kopi av avvik som gjelder brudd på personvern (som personvernombud). Dersom avvik ikke lukkes innen 21 dager går de automatisk videre i linjen. Avviket blir da sendt tilbake til den som skal løse det. Kvalitetsrådgiver opplyser at det vanlige er å sende avviket tilbake slik at det kan løses lokalt. Systemet logger alle hendelser. Oversikt over avvik som har oversittet frist kan bl.a. tas ut. Arbeidsmiljøutvalget går igjennom alle HMS-avvik hvert år.

Nesodden kommune har utarbeidet en sjekkliste for internkontroll. Denne er i kommunens rapporteringssystem, Framsikt. Denne fylles ut av alle ledere hver mnd. og sendes til overordnede. Her skal det kvitteres ut for at avvikssystemet er i bruk og at analyser av avvik er gjennomført og aktuelle tiltak er fulgt opp. Videre at alle ansatte har fått opplæring i hvordan del meldes skade, avvik og varsling.

Nesodden kommune har utarbeidet overordnet rutiner for avviksmelding og avvikshåndtering. Denne gir en nærmere beskrivelse av ansvarsfordeling på alle nivåer og aktiviteter i forbindelse med avvik. Rutinen beskriver hensikten med avvikssystemet og prosesser for systematisk forbedringsarbeid. Videre beskrives hvordan et avvik skal meldes og hvordan forbedringsforslag sendes, samt oppfølging fra nærmeste leder. Det er definert hvordan alvorlighetsgrad skal vurderes:

- Lav alvorlighetsgrad er avvik som ikke har direkte konsekvenser for mottaker av tjenesten eller kvaliteten på tjenesten, men som forutsetter lukking.

- Middels alvorlighetsgrad er avvik som har konsekvenser for mottaker av tjenesten eller kvaliteten på tjenesten og forutsetter lukking. Kan også være et resultat av at avvik med lav alvorlighetsgrad ikke er blitt lukket.
- Høy alvorlighetsgrad er avvik som har risiko for store konsekvenser for mottaker av tjenesten eller kvaliteten på tjenesten. Kan utgjøre en risiko for liv og helse, materielle verdier eller omdømme

Som vedlegg til kommunens internkontrollstrategi er det utarbeidet føringer for avvikshåndtering. Det framgår av vedlegget at virksomhetene kan ha egne rutiner for avvikshåndtering, men de skal bygge på de overordnede føringene.

Av vedlegget framgår det hva som er å betrakte som et avvik; *Et avvik er en situasjon der det skjer en uønsket hendelse, feil eller mangel i kommunale tjenester eller prosesser. Avviket kan være brudd på lover, forskrifter eller sentrale og lokale rutiner/prosedyrer. Avvik kan også være situasjoner som kan føre til skade, tap eller negativ påvirkning på kvaliteten av tjenestene.*

Et HMS-avvik er brudd på kravene i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen. Dette inkluderer alle uønskede hendelser som kan føre til eller har ført til skade på mennesker, materiell eller miljø.

Det er presisert at normale variasjoner i daglig drift eksempelvis at en lyspære ikke virker ikke er avvik. Det er også henvist til kommunens rutiner for varsling av kritikkverdige forhold i Nesodden kommune.

Det er i vedlegget redegjort for hvorfor avvik skal meldes. Det skal brukes for å identifisere, registrere og håndtere avvik. Videre er formålet med avviksrapporteringen å forbedre tjenestekvaliteten og forebygge gjentakelse av feil eller mangler.

I kapittel 4 i vedlegget er redegjort videre for avvikshåndtering og avviskultur. Både ledere og ansatte skal ha kvalitetsforbedring som siktemål for melding og håndtering av avvik. Systematisk oppfølging av avvik er avgjørende for å sikre kvalitetsforbedringer.

Det fremgår videre at ansatte minimum skal involveres jevnlig og minst en gang pr år der avvik og avviksstatistikk er tema på møte. Dette kan være personalmøter og medbestemmelsesutvalg.

Det er videre påpekt at åpenhet er en sentral verdi for Nesodden kommune. Håndtering av avvik med kvalitetsforbedring, som siktemål skal være med å bygge en kultur hvor det å melde avvik oppleves trygt for de ansatte.

Kvalitetsrådgiver har opplyst at det er etablert et kvalitetsutvalg i kommunen. Dette er lagt til en allerede veietablert møteserie som er mellom hovedsammenslutningene, hovedverneombudet og kommunens ledergruppe. Møter avholdes én gang i måneden. Ordningen med sentralt kvalitetsutvalg er foreløpig i etableringsfasen.

Kvalitetsrådgiver har opplyst at det er mulig å melde avvik med mobiltelefon. Link for dette ligger på kommunens hjemmeside. Det er ikke undersøkt i hvilken grad en slik løsning er benyttet.

Avviksstatistikk

I Compilo kan det tas ut statistikk over avvik på antall, alvorlighetsgrad som melder har angitt, type avvik og hvilken virksomhet avviket gjelder.

Tabellen under viser utvikling i antall avvik fra 2021, tabellen viser også alvorlighetsgrad som melder har angitt.

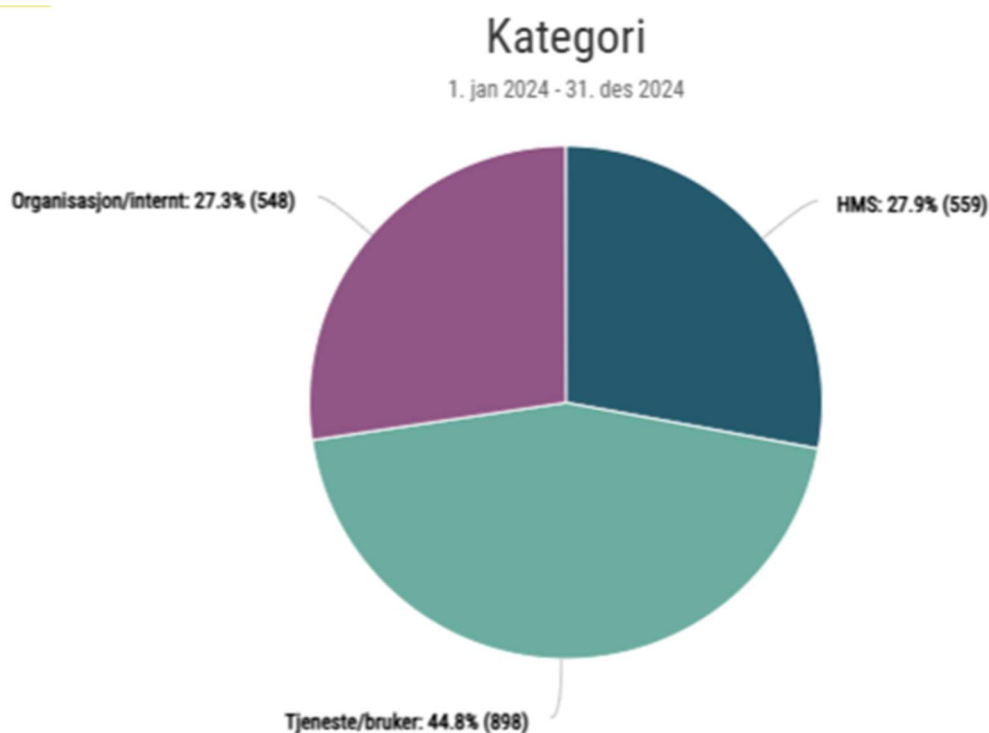
Tabell 1 Utvikling i antall avvik

År	Totale avvik	høy	middels	lav
2021	995	271	457	267
2022	1 242	327	472	443
2023	1 515	208	760	547
2024	1 518	282	667	559

Av tabellen ser vi at totalt antall avvik har økt med om lag 50% fra 2021. Sum avvik har stabilisert seg siste to år. Vi ser også av tabellen at andel avvik med høy alvorlighetsgrad har gått betydelig ned i perioden.

Diagrammet under viser fordeling av type avvik for 2024. Ett meldt avvik kan gjelde flere kategorier:

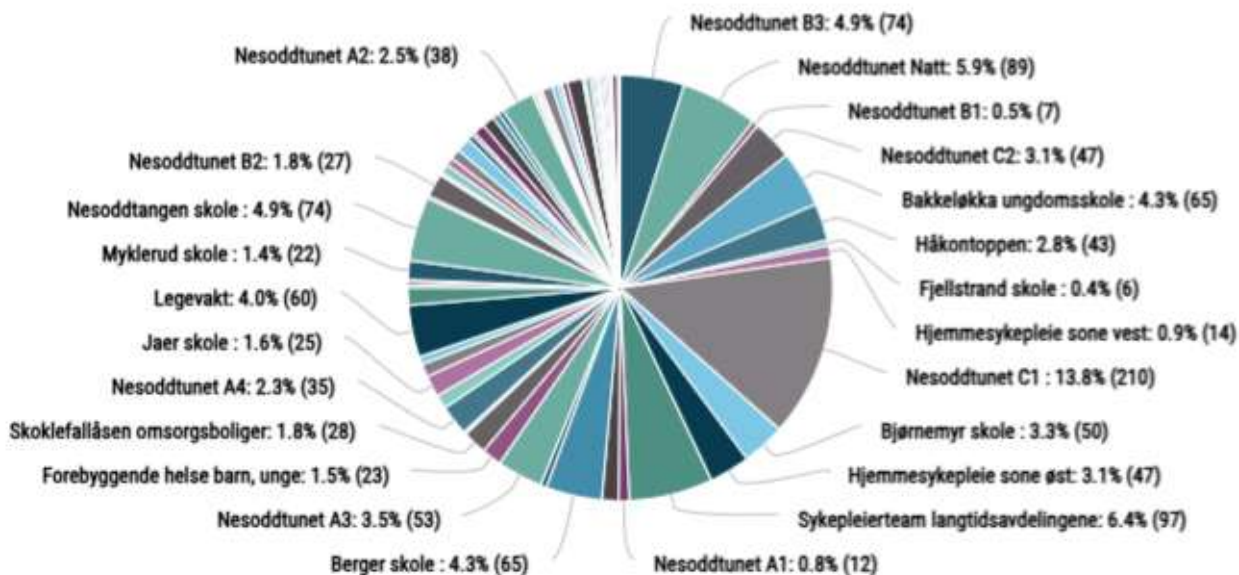
Figur 10 Fordeling av type avvik i 2024



Av diagrammet ser vi at det er flest avvik som gjelder tjenesten og bruker. Det er omtrent lik fordeling mellom andel avvik knyttet til HMS og organisasjon.

Diagrammet under viser fordeling av avvik på enhet:

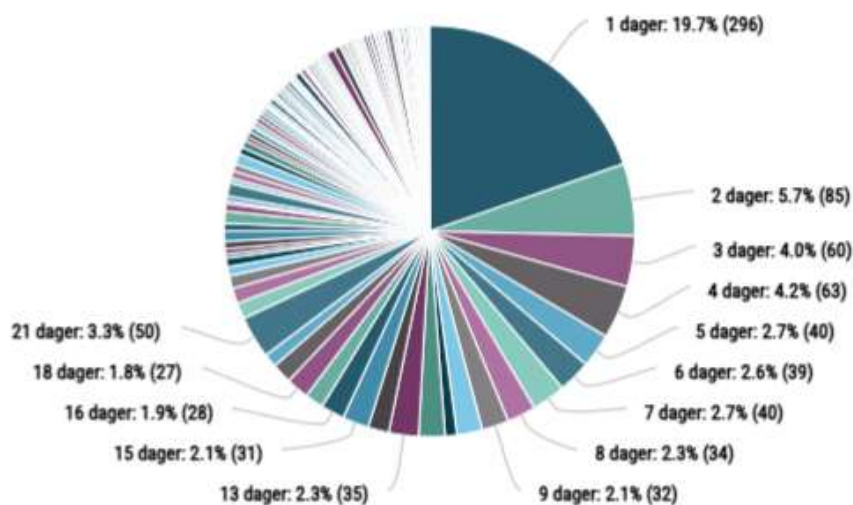
Figur 11 Fordeling av avvik på enhet i 2024



Diagrammet viser at det er meldt flest avvik, som gjelder Nesoddtunet (554). Av diagrammet ser vi også at det meldes flere avvik i skolene enn fra barnehagene. Det er meldt svært få avvik fra tekniske tjenester.

Diagrammet under viser tiden som har gått fra et avvik er meldt inn til det er lukket (2024).

Figur 12 Antall dager fra et avvik er meldt inn til det er lukket i 2024

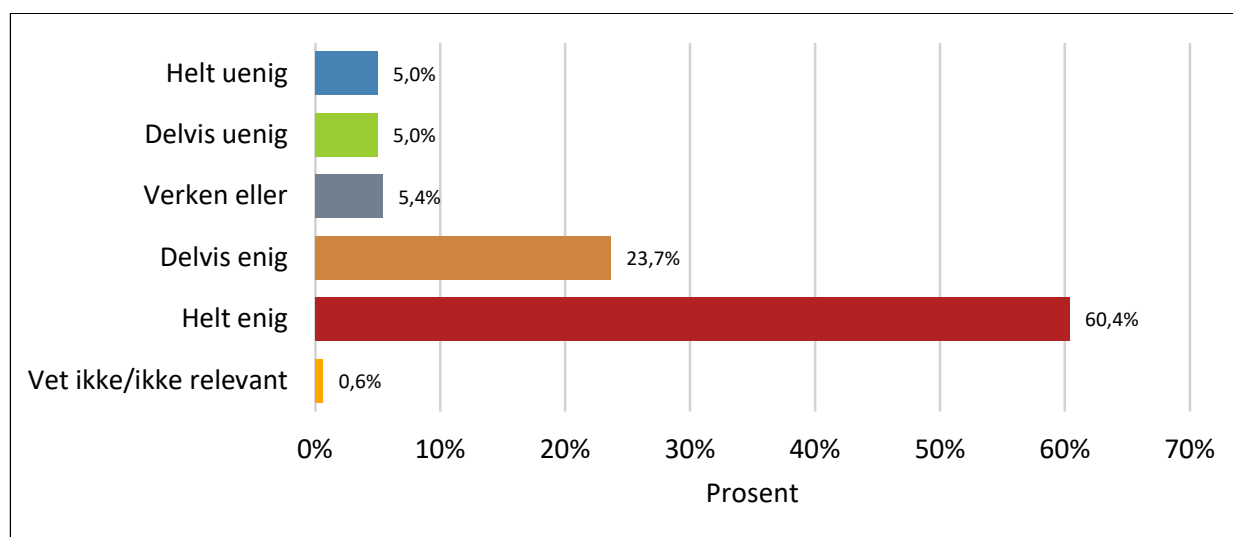


Av diagrammet ser vi at halvparten av alle avvik blir lukket innen ca. 10 dager. Om lag 70 % av meldte avvik er lukket innen 21 dager. Dette er tidspunktet da de sendes videre i linjen. En oversikt over videresendte avvik som har gått videre i linjen viser at det er 972 avvik som er videresendt fra mars 2024 til mars 2025. Ett avvik kan være videresendt flere ganger slik at det ikke er 972 unike avvik som er videresendt. Oversikten viser at det er flest avvik som vedrører sykehjemmet, som sendes videre.

Spørreundersøkelse

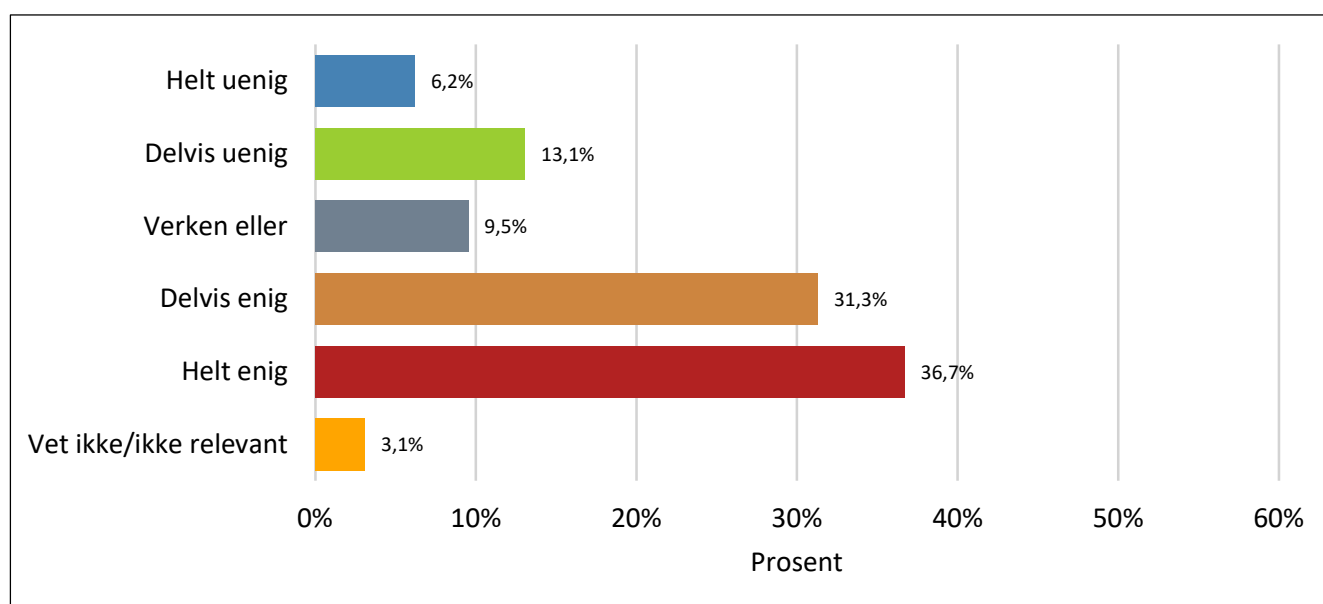
I den gjennomførte spørreundersøkelsen mot ansatte ble det stilt flere spørsmål rundt avvikshåndtering. Spørsmålene ble stilt som påstander.

Figur 13 Jeg er godt kjent med rutiner for å melde avvik. (N 482)



Diagrammet viser at de aller fleste som har svart mener at de er godt kjent med rutine for å melde avvik.

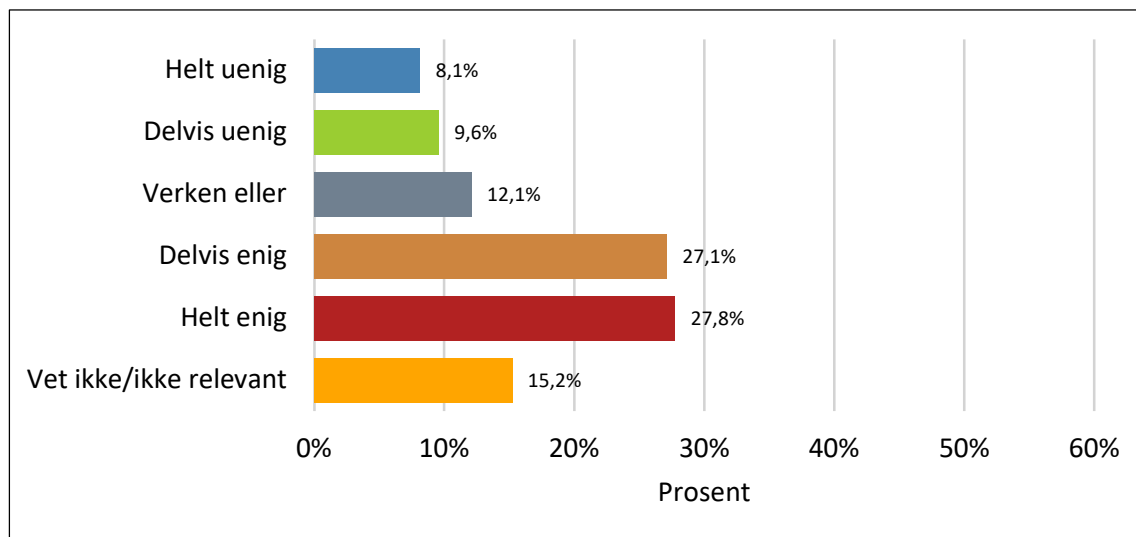
Figur 14 Jeg melder alltid avvik når det oppstår. (N 482)



Av diagrammet ser vi at det er 68 % som er enige i at de melder avvik når det oppstår. Det er i overkant av 19 % som mener at de ikke alltid melder avvik.

Meldte avvik blir håndtert på en måte som forbedrer tjenestene og forebygger mot nye avvik.

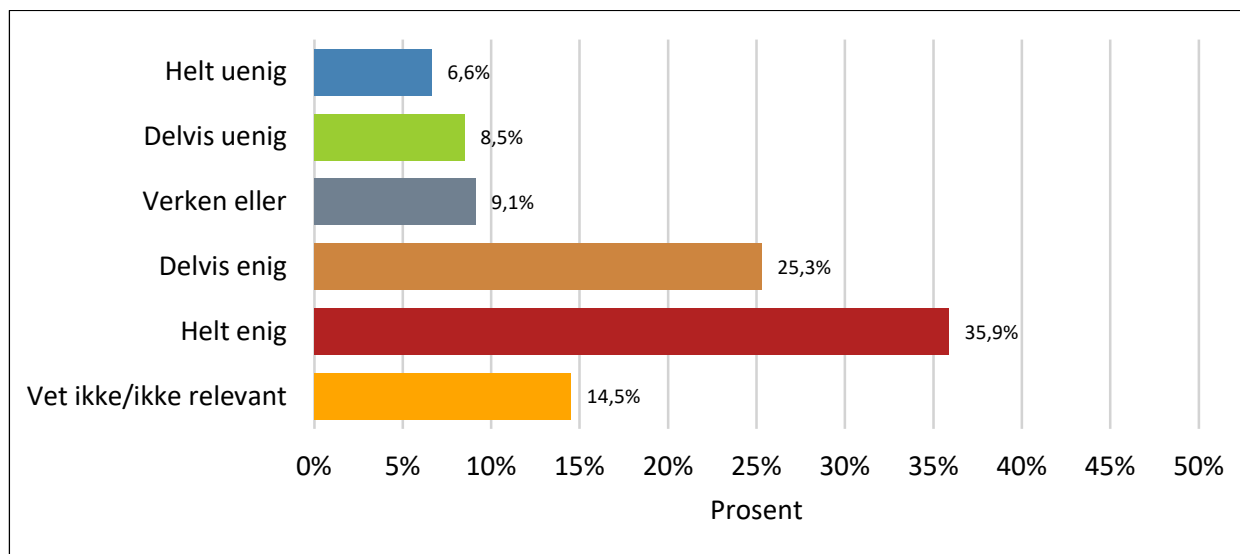
Figur 15 Meldte avvik blir håndtert på en måte som forbedrer tjenesten og forebygger mot nye avvik. (N 479)



Av diagrammet ser vi at om lag 55 % er av en oppfatning at avvik blir håndtert på en måte som forbedrer tjenesten og forebygger mot nye avvik. Om lag 18 % er uenig i dette.

På spørsmål om ledelsen ønsker at oppståtte avvik meldes i avvikssystemet har de aller fleste gitt et positivt svar på dette. Om lag 8 % av de som har svart er uenig i påstanden.

Figur 16 Avvik følges opp av ledelsen i tilstrekkelig grad. (N 482)



Av diagrammet ser vi at i overkant av 61% er enige eller delvis enige at avvik følges opp. Vi registrerer likevel at det er 15 % som er uenige i dette.

I spørreundersøkelsen ble det gitt mulighet til å gi kommentarer til hva som eventuelt er hovedgrunnen til at man ikke melte avvik. Det ble totalt gitt 168 kommentarer. De grunner som oftest ble oppgitt var:

- Ikke nok tid
- Blir ikke fulgt opp av ledelsen, fører ikke til endring
- Tungvint
- Usikkerhet på hva som er avvik
- Avvik vil ikke bli tatt godt imot av leder
- Forglemmelse
- Løses på annen måte

Hvis man ser på svarene i forhold til hvilket område de som har svart jobber på viser svarene på spørsmål knyttet til avvik at ansatte innen Helse og omsorg og administrasjon gjennomgående har gitt mer positive svar på spørsmålene enn de andre områdene. Eiendom og tekniske tjenester og til dels samfunnsutvikling og kultur har gjennomgående gitt mer negative svar på området enn gjennomsnittet for kommunen.

Skole

Rektorer har opplyst at arbeidsmiljøgruppe gjennomgår alle avvikene på skolen. Skolen ledelse, verneombud og fagforeningen er deltagere her. Det skrives oftest avvik på HMS. Dette er i hovedsak bygningsmessige forhold og vold og trusler mot lærere. Generelt skrives det for lite avvik. På skolene løser ansatte ofte problemet når det oppstår og lar være å melde avvik. Rektor opplyser det vil bli tatt grep hvis man ser at det er gjentakende avvik som blir meldt inn. En av rektorene opplyser at det er gjennomført samtaler med lærere om hva som er avvik.

Barnehage

Styrer opplyser at man generelt er for dårlig på å melde avvik. Styrer tror ikke at alle ansatte klarer å melde avvik dersom dette oppstår. Alle ansatte har brukertilgang for bl.a. å kunne melde avvik. Styrer mener at det er viktig at det meldes avvik. Det er tatt opp på møter med ansatte hva som er avvik. Det er viktig at det tas diskusjoner på hva som er avvik, og at det ufarliggjøres å melde avvik. Det er meldt mest avvik på personellmangel.

Styrer opplyser at man har hatt mere fokus på avvik den siste tiden og ser at man må jobbe for å øke kunnskapen hos de ansatte når det gjelder å melde avvik.

Helse og omsorg

Leder for sykehjemmet har opplyst at Nesoddtunet har et kvalitetsutvalg som bl.a. gjennomgår et utvalg av meldte avvik. Foruten leder deltar avdelingsledere, fagledere, verneombud og tillitsvalgte på møtene som avholdes en gang pr mnd. Den enkelte deltager har ansvaret for å «ta med seg» aktuelle avvik inn i diskusjonen. Man ser da på aktuelle tiltak for å unngå framtidige avvik av samme type. Det er en fordel å kunne diskutere på tvers på avdelingene. Det kan være at enkelte ting fungerer bedre på en avdeling. Det er utarbeidet en funksjonsbeskrivelse for kvalitetsutvalget. Avdelingsleder har opplyst at disse møtene fungerer bra, og at man kontinuerlig ser om det finnes felles forbedringspunkter.

Det gjennomføres team møter hver tredje uke og personalmøte hver uke. Avvik kan også gjennomgås her. Dersom det er gjentakende avvik settes det inn tiltak. Har eksempelvis gjennom avvik avdekket at det var behov for mere opplæring på hjelpemidler.

Leder mener at det er viktig at det meldes avvik. Leder tror det reelle avvikstallet er noe høyere enn det som er meldt, og at det er noe underrapportering. Helse og omsorg har generelt vært bedre på å melde avvik enn andre da dette er en naturlig del av hverdagen til de ansatte. Men det gjøres prioriteringer utfra de ressursene man har. Leder mener at alle skal kunne melde avvik. Det er bla. hjelpevideoer i Compilo som beskriver framgangsmåte. Avdelingsleder tror at kunnskapen for å melde avvik er brukbar, men det er ulik kunnskap, men tanke på bla. stillingsprosent og utdanningsnivå. Avdelingsleder mener at det meldes tilstrekkelig med avvik på egne avdelinger. Det er gjennomført opplæring og diskusjoner på hva som er avvik. Gjennomgående er det reelle avvik som meldes inn.

Som et annet element for å fange opp kvaliteten på tjenesten som ytes opplyser leder av sykehjemmet at alle pasientjournaler gjennomgås av fagledere hver mnd. Det gjennomgås hvordan hver enkelt pasient er fulgt opp og den dokumentasjonen som laget i den enkeltes journal. Vurderinger dokumenteres for hver pasient i et regneark. Her vurderes om aktuelle tiltak er gjennomført. Endring av helsetilstand skal fanges opp, samt om iverksatte tiltak fungerer. Resultatet av journalgjennomgangen er en god indikator for å vurdere kvaliteten på tjenesten. Dette er noe som ble gjort tidligere, men som har ligget litt nede. Rutinen er tatt opp igjen siste året. All journalføring gjøres i systemet Profil.

Eiendom:

Virksomhetsleder Infrastruktur og vannmiljø har opplyst at de opplever at avvikssystemet ikke helt passer for driften. Kategoriene som man kan melde på passer ikke. Tidligere hadde man et eget avviksskjema som ble brukt, og som passet bedre. Virksomhetsleder mener at avvikssystemet nok passer best til HMS avvik.

Det er avtalt at det skal ses på løsninger sammen med systemeier sentralt i kommunen. Det er ikke mange avvik i året, alle driftsforstyrrelser meldes i fagsystemet Gemeni. Et kokevarsel ble meldt i Compilo ellers mest HMS tilfeller og alvorlige hendelser.

Det er utarbeidet en rutinebeskrivelse hva som er avvik og hva som er en driftsforstyrrelse. I interne møter er det diskutert hva som er driftsforstyrrelser og hva som er avvik.

Samfunnsplan og kultur

Virksomhetsleder plan, bygg og geodata opplyser at avvikssystemet blir brukt. Enheten har blitt flinkere til å bruke dette aktivt, men det meldes ikke mange avvik. Mye som oppstår kan løses der og da uten at det skrives avvik. Meldte avvik blir tatt opp i medbestemmelsesutvalget en gang pr mnd. Systemet er godt kjent blant ansatte, nyansatte får opplæring. Virksomhetsleder er trygg på at alle er kjent med avvikssystemet og at det brukes ved behov.

4.3. ROS

Nesodden kommune sin internkontrollstrategi slår fast at kommunens internkontroll skal være basert på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS). Det er utarbeidet vedlegg til strategien som omhandler ROS. Av vedlegget framgår det at: ROS-analyser skal gjennomføres både rutinemessig og hendelsesbasert. Rutinemessige ROS-analyser skal inngå i virksomhetens årshjul, og inkluderer f.eks. områder med kjent (høy) risiko, periodisk gjennomgang av avvik, overordnet internkontroll og periodisk revisjon av rutiner.

Hendelsesbaserte ROS-analyser gjøres ved behov. Dette er særlig aktuelt ved oppstart av prosjekter, anskaffelse av nye systemer, alvorlige avvik og viktige lovendringer.

Det framgår videre at ROS analyser i hovedsak skal utføres Compilo. Under kapittel overordnet ROS framgår det at kommunedirektørens ledergruppe hvert år skal gjennomføre en overordnet ROS. Alle kommunalområder og virksomheter skal tilsvarende gjennomføre en overordnet ROS for sin enhet. Overordnet ROS skal aggregeres oppover i linjen.

Nesodden kommune har tatt i bruk modul for ROS i Compilo, denne ble implementert høsten 2023. Kvalitetsrådgiver har opplyst at det tidligere er brukt flere forskjellige verktøy. Ikke alle har tatt i bruk ny ROS modul, men det er et ønske at alle skal begynne å bruke den. Det har ikke vært kapasitet til å gi opplæring til alle derfor har innføringen strukket seg over lang tid. Kvalitetsrådgiver opplyser videre at det har vært mye henvendelser fra virksomhetene ang. modulen. Dette gjelder både bruken av modulen, men også det å få hjelp til å utarbeide gode ROS analyser. Det kan oppleves som en høy terskel for å gjennomføre en ROS analyse. Det er opplyst at det tidligere ikke har vært kapasitet nok til å gi opplæring til alle., opplæringskapasiteten er nå økt. Kvalitetsrådgiver antar at flere utarbeider ROS på andre måter. Det er ikke satt som krav at dette skal utarbeides i Modulen.

Nesodden kommune har utarbeidet flere overordnede ROS analyser bla. Helhetlig risiko og sårbarhetsanalyse Nesodden kommune (20.12.2023).

Nesodden kommune har utarbeidet rutine for *Risiko og sårbarhetsanalyse i Nesodden kommune, gjennomføring*. Her framgår at kommunedirektøren har det overordnede ansvar for at det gjennomføres ROS analyser. Leder er ansvarlig innenfor eget område. Digitalisering, utvikling og administrasjon er ansvarlige for prosedyrer, metodikk, opplæring og prosessveiledning.

Det er også utarbeidet rutiner for *Opplæring i gjennomføring av risiko- og sårbarhetsanalyser*. Her framgår det at det er leder som er ansvarlig for at det foretas lovpålagte og nødvendige risiko- og sårbarhetsanalyser innenfor eget ansvarsområde. Rådgivere i digitalisering, utvikling og administrasjon driver opplæring.

Vi har fått oversikt over alle ROS analyser som er utarbeidet i ny ROS modul. Totalt er det utarbeidet 168 analyser. En gjennomgang av ROS analysene viser at det for barnehager det er utarbeidet flest analyser (65). For skoler er det utarbeidet 21 ROS analyser. Det er også et betydelig antall sentralt i kommunen (28). Samfunnsutvikling og Eiendom har bare utarbeidet noen få analyser. Flere av Ros analysene er imidlertid test analyser som er utarbeidet i forbindelse med opplæring i systemet. Gjennomgangen viser også at det er i hovedsak hendelsesbaserte ROS analyser og i svært liten grad opp mot virksomhetens måloppnåelse.

Kommunedirektørens leder gruppe (KLG) har gjennomført en overordnet ROS for internkontroll i forhold til kommunelovens § 25.1 og 25.2. Her er det tallfestet, risiko, sannsynlighet og konsekvens i forhold til å oppfylle nevnte lovkrav. De risiko som over akseptabel grense er:

- Mangelfull/ manglende avdekking av avvik
- Mangelfull/ manglede oppfølging av avvik
- Mangelfull/ manglede oppfølging av risiko for avvik
- Mangelfull/ manglede evaluering av skriftlige prosedyrer

For alle ovennevnte risikoer er det det satt opp forslag til tiltak.

Kvalitetsrådgiver har opplyst at ROS modul er ny og at det foreløpig ikke er lagt trykk på implementeringen av overordnet ROS i kommunalområdene. DUA (digitalisering, utvikling og

administrasjon) sin overordnede ROS er påstartet, og vil bli en slags "pilot" før vi starter veiledning og implementering for andre i organisasjonen.

Skole

Rektorer har opplyst at man har tatt i bruk modul for ROS i Compilo. De fleste ROS analyser som er utarbeidet gjelder HMS området. Det er bla. nylig gjennomført ROS på sikkerhetsstyring på skolen og det er planlagt å lage ny for vold og trakassering. Det er gitt opplæring av modulen på skoleledermøter. En av rektorene har påpekt at systemet er ganske selvforklarende. Det er ikke utarbeidet noe ROS som tar for seg måloppnåelse. Det er imidlertid en årlig gjennomgang av kompetansebehovet ved skolen. Skolen har ikke utarbeidet mange ROS analyser, under Covid perioden ble det imidlertid utarbeidet mange ROS analyser.

Barnehage

Barnehagestyrer opplyser at det er gitt god opplæring i den nye modulen for ROS. Barnefaglig konsulent har også vært pådriver for å ta i bruk systemet. Man har delt kunnskap i styrer møter. Det er utarbeidet en del ROS analyser i samarbeid i disse møtene bla. for alvorlige hendelser i barnehagene. Det har vært mest fokus på utarbeidelse av analyser rettet mot HMS og ikke på måloppnåelse i driften.

Styrer er av den oppfatning at det er god dekning på ROS når det gjelder behovet på de vesentligste områdene. Det må jobbes for å få forståelsen av nytten av ROS blant de ansatte. Barnehagene er raske på å utarbeide ROS på nye områder hvor det er behov for ny rutine. Dette kan det jobbes med i styrer møter hvor oppgaver kan fordeles. Styrer er av den oppfatning at det har vært en god struktur på styremøter og det er viktig at barnehagene kan samarbeide og gjøre ting i fellesskap.

Helse og omsorg

Leder for sykehjemmet opplyser å ha fått noe opplæring på ny modul. Det er imidlertid ikke utarbeidet mange ROS spesielt for sykehjemmet. Det gjøres daglige vurderinger av risiko på sykehjemmet uten at det nedfelles skriftlig. Det er ikke utarbeidet egen overordnet ROS for sykehjemmet. Det er et ønske om å bli bedre på å utarbeide ROS analyser. Kvalitetsrådgiver opplyser at det er blitt gitt sentral bistand for utarbeidelse av flere ROS på sykehjemmet med dette har da vært i konkrete saker eksempelvis innføring av nye systemer.

Eiendom

Virksomhetsleder Infrastruktur og vannmiljø er av den oppfatning at man er gode på utarbeidelse av ROS analyse. Ny ROS for vannbehandling ble utarbeidet i 2023, man benyttet seg av Mattilsynets retningslinjer. Det var en stor sammensatt gruppe som jobbet sammen gikk systematisk gjennom alle hendelser som kan skje. Det er også jobbet med ROS på ytre påvirkninger på driftssystemet. Her har IKT også vært involvert. Det har vært mest fokus på vann, men har utarbeidet ROS på alle områder. Det er ikke benyttet Modul i Compilo. Virksomhetsleder er usikker på om denne passer for virksomhetens behov.

Samfunnsplan og kultur

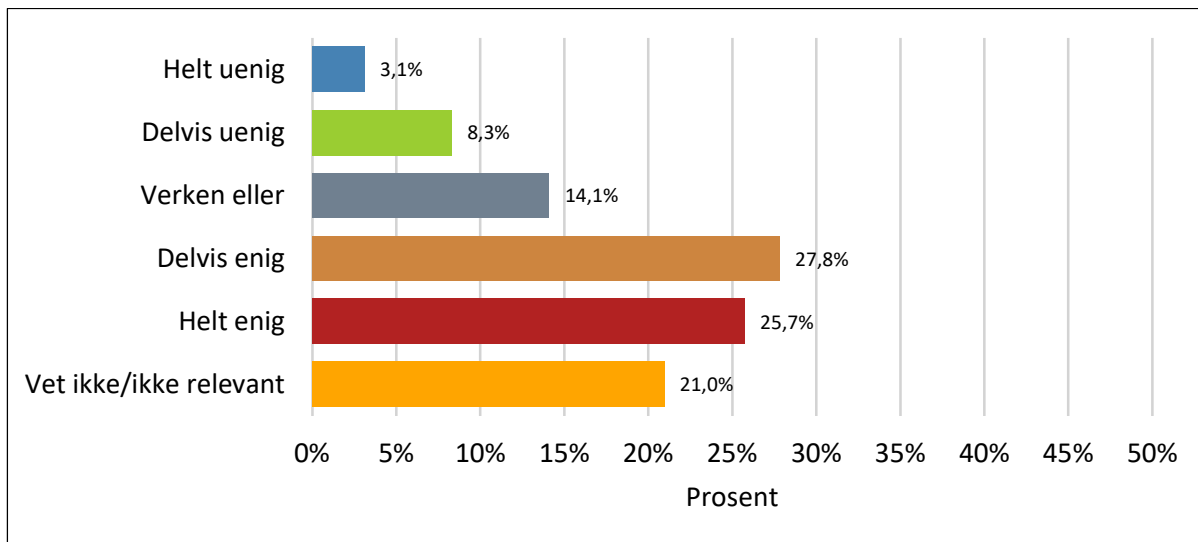
Virksomhetsleder plan, bygg og geodata opplyser at de ikke har brukt ny modul for ROS. Det er utarbeidet noen ROS analyser på selve driften, men disse er ikke oppdatert. I forbindelse med utarbeidelse av nye reguleringsplaner vil det alltid gjennomføres ROS analyser.

Spørreundersøkelse

I spørreundersøkelsen til de ansatte ble det stilt spørsmål omkring mål og risikovurderinger.

På spørsmål om det gjennomføres risikovurderinger opp mot å nå målene er følgende svar gitt:

Figur 17 Det gjennomføres risikovurderinger opp mot å nå målene (N = 482)



Av diagrammet ser vi at hovedtyngden av de som har svart er på den positive delen av skalaen (53,5 %). En stor andel har svart vet ikke, i overkant av 11 % er uenig i at det gjennomføres risikovurderinger mot å nå målene.

I spørreundersøkelsen ble det gitt mulighet til å komme med kommentarer. Eksempler på kommentarer er:

- Hos oss er vi bedre og bedre på gjennomføring av ROS, men ikke helt i mål
- I virksomheten jeg jobber i, er vi ikke helt i mål med risikovurderinger. Vi har det på noen områder, men ikke på alle. De risikovurderingene som er foretatt, har vanligvis ikke eksplisitt hatt tjenestens MÅL som utgangspunkt, selv om det selvfølgelig er underliggende. Vurderingene har hatt fokus på uønskede hendelser, som brann, håndtering av personer (brukere) som kan være til fare for seg selv eller sine omgivelser/kommunes ansatte. Men i forbindelse med Covid, var absolutt tjenestens mål i fokus: Hvordan kommunen kunne levere tilfredsstillende tjenester til våre sårbare brukere selv om de fysiske begrensningene myndighetene satte, var mange.
- Risikovurderinger gjennomføres ikke systematisk.
- Vi bør bli flinkere i ROS-analyser og risikostyring. Og evaluering av det vi gjør.
- Tiltak opp mot risikovurderinger jobbes det kontinuerlig med. Større forbedringstiltak tar lengre tid å implementere.
- På HMS området er risikovurderinger innarbeidet, men det har nok forbedringsområder knyttet til kvalitetsarbeidet for mål/ virksomhetsstyring og systematisk bruk ved tjenesteutvikling, forbedringsarbeid og faglige rutiner/ prosedyrer/retningslinjer.

4.4. Vurdering

Internkontrollsystemets struktur og tilgjengelighet

Revisjonen ser det som positivt at Nesodden kommune har utarbeidet en interkontrollstrategi. Strategien setter tydelige rammer for kommunens arbeid med internkontroll. Den beskriver ansvarsforhold og oppgaver på ulike nivåer. Den røde tråden i internkontrollarbeidet, samt de sentrale styringssystemene som kommunen benytter for å tilfredsstille kommunelovens krav til internkontroll kommer også fram.

Nesodden kommune har i all hovedsak etablert et system for internkontroll som etter revisjonens vurdering legger til rette for at rutiner og prosedyrer skal være samlet, tilgjengelige og oppdaterte. Kommunens bruk av kvalitetssystemet Compilo som felles plattform for dokumentasjon av internkontroll og kvalitetsarbeid er en sentral del av dette.

Compilo har en struktur som i utgangspunktet skal sikre en felles og systematisk lagring av rutiner og prosedyrer, med mapper organisert etter kommunens tjenesteområder og støtteprosesser. Administrasjonen har lagt vekt på at dokumentene i Compilo skal ha logisk plassering, revisjonsdato, ansvarlig funksjon og leselister, noe som samlet sett vurderes som egnede tiltak for å sikre at dokumenter er samlet, oppdaterte og sporbare. Kvalitetsrådgiverens rolle som systemansvarlig og støtteperson for opplæring og bruk bidrar ytterligere til at systemet tas i bruk og videreutvikles.

Samtidig viser undersøkelsen at tilgjengeligheten og den praktiske bruken av systemet varierer mellom enheter og brukergrupper. Det er Helse og omsorg, sammen med skole og barnehager, som har flest dokumenter lagret i Compilo. Det er gjennomført grundige opprydnings- og standardiseringsprosesser i dokumentbiblioteket innen skole- og barnehageområdet, i samarbeid mellom kommunalsjef, ledere og kvalitetsrådgiver. Dette fremstår som en god praksis for å sikre at rutiner og prosedyrer er relevante og tilgjengelige. Samfunnsutvikling og kultur og Eiendom og tekniske tjenester har til sammenligning færre dokumenter lagret i systemet.

Intervjuene viser imidlertid at det fortsatt er ulik kompetanse og bruk av systemet blant ansatte, særlig blant ansatte uten lederansvar. Begrenset kontortid og varierende digital kompetanse trekkes også frem som forklaringsfaktorer. Resultatene fra spørreundersøkelsen støtter også dette. Under halvparten av respondentene oppgir at de har tilstrekkelig kunnskap om Compilo, mens en betydelig andel er usikre eller oppgir at de ikke har tilstrekkelig kunnskap.

En gjennomgang av revisjonsdato viser videre at det er en del dokumenter som ikke er revidert innen fristen som er satt. Samfunnsutvikling og kultur samt Eiendom og tekniske tjenester har en betydelig større andel av dokumenter som ikke er revidert, sammenlignet med de andre områdene. Dette viser at det er store forskjeller mellom områdene når det gjelder hvordan dokumentbiblioteket brukes og hvor «levende» dokumentene er i praksis. Det er også en del dokumenter hvor revisjonsfrist er satt langt fram i tid. Det er viktig at dokumenter gjennomgås jevnlig slik at ansatte kan være sikre på at de er relevante og oppdaterte i forhold til kommunens faktiske rutiner og praksis.

Revisjonen vurderer at Nesodden kommune har iverksatt flere hensiktsmessige tiltak for å sikre at rutiner og prosedyrer er samlet og oppdaterte. Det er likevel forbedringspotensial når det gjelder å sikre at alle dokumentene er reelt tilgjengelige og i aktivt bruk blant alle relevante ansatte. For å nå målet om et helhetlig og velfungerende internkontrollsystem, vil det være viktig å arbeide videre med å styrke kompetanse, forankring og bruk av systemet i hele organisasjonen. Behovet for

kunnskap om systemet vil kunne variere veldig fra de som jobber med dokumenter og rutiner i det daglig og til ansatte som ikke har kontortid i sin arbeidstid. Opplæring må derfor tilpasses den enkeltes behov.

Nesodden kommune har både etablert et felles system og hensiktsmessige rutiner for avvikshåndtering. Kommunen benytter Compilo som avvikssystem, og at det finnes klare prosesser for lukking, eskalering og oppfølging av avvik. Systemet muliggjør uttrekk av avviksstatistikk fordelt på alvorlighetsgrad, type avvik, enhet og behandlingstid. Dette legger til rette for systematisk oppfølging, læring og forbedring.

Det er også etablert overordnede rutiner for avvikshåndtering, som er gjort gjeldende for hele kommunen. Rutinen gir en tydelig beskrivelse av hva som anses som et avvik, hvordan avvik skal meldes, samt ansvarsfordelingen for håndtering og oppfølging av avvik. Rutinen er også supplert med føringer i vedlegg til kommunens internkontrollstrategi.

Det er også positivt at virksomhetene har mulighet til å utarbeide lokale tilpasninger til rutinene, forutsatt at disse bygger på de overordnede føringene. Dette bidrar til økt lokal relevans, samtidig som det sikrer helhetlig styring.

Det er også utarbeidet sjekklister i Framsikt, hvor ledere jevnlig bekrefter bruk av avvikssystemet. Dette viser at kommunen har implementert kontrollaktiviteter som sikrer etterlevelse og ledelsesoppfølging.

Bruk av avvik i evaluerings- og forbedringsarbeid

Undersøkelsen viser at kommunen i varierende grad benytter avvik, som grunnlag for forbedringsarbeid. På overordnet nivå er det positivt at det er etablert et sentralt kvalitetsutvalg og at arbeidsmiljøutvalg gjennomgår HMS-avvik årlig. Kommunens rutiner understreker også at avviksbehandling skal ha kvalitetsforbedring som formål.

Videre gir enkelte virksomheter, særlig innen helse og omsorg, eksempler på hvordan avvik brukes systematisk i kvalitetsutviklingsarbeid, blant annet gjennom tverrfaglige drøftinger og konkret iverksetting av tiltak. Nesoddtunet fremstår her som et forbilde, med jevnlig kvalitetsutvalgsmøter og erfaringsdeling på tvers av avdelinger.

Samtidig viser undersøkelsen at bruken av avvik som styringsinformasjon ikke er like godt implementert i hele kommuneorganisasjonen. Flere informanter, spesielt innen barnehage og skole, gir uttrykk for at det meldes for få avvik, at ansatte er usikre på hva som er avvik, og at det finnes en praksis for å løse avvikssituasjoner uten å registrere dem. Dette svekker forutsetningene for å etablere et internkontrollsystem som bidrar til kontinuerlig læring og forbedring.

Resultatene fra spørreundersøkelsen underbygger dette. Selv om flertallet svarer at de kjenner rutinene og at ledelsen ønsker at avvik meldes, er det 68 % som er helt eller delvis enige i at de alltid melder avvik. I kommentarene oppgis blant annet tidspress, lav nytteverdi og uklarhet rundt definisjon som hovedårsaker til at avvik ikke meldes. Videre er det 55 % som er helt eller delvis enig i at avvik behandles på en måte som forbedrer tjenesten, og 61 % er enig i at ledelsen ikke følger opp i tilstrekkelig grad. Dette peker på et forbedringspotensial når det gjelder implementering, forankring og kultur for å melde avvik.

Antall meldte avvik har økt betydelig de siste årene, noe som kan tolkes som en positiv utvikling. Samtidig er det store forskjeller mellom enheter og sektorer. Dette indikerer underrapportering og ulik grad av etterlevelse av kommunens rutiner for avvikshåndtering.

På bakgrunn av ovennevnte vurderer revisjonen at kommunen har lagt godt til rette for bruk av avvik i evaluerings- og forbedringsarbeid, men at faktisk bruk er ujevn og til dels mangelfull i enkelte deler av organisasjonen. Det er særlig behov for styrket bevissthet, opplæring og ledelsesforankring i enkelte tjenesteområder for å sikre at avvik i større grad brukes aktivt som del av kommunens internkontroll.

System for risikovurderinger

Nesodden kommune har etablert sentrale føringer og rutiner for å sikre at internkontroll og risikostyring skal være basert på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS), herunder krav om gjennomføring av overordnet ROS både på sentralt og desentralisert nivå. Kommunen har i tillegg tatt i bruk en ny digital modul for ROS-analyse i Compilo, og har igangsatt opplæring og støttefunksjoner knyttet til denne.

Samlet sett vurderer revisjonen at kommunen har etablert flere viktige forutsetninger, som kan bidra til systematisk risikostyring. Det er likevel vesentlige svakheter i implementering og etterlevelse av de fastsatte rutinene, særlig når det gjelder systematisk og enhetlig gjennomføring av overordnede ROS-analyser i kommunalområdene og integrering av risikovurderinger knyttet til måloppnåelse.

Nesodden kommune har dokumentert hvordan ROS-analyser skal gjennomføres i overordnede styringsdokumenter, herunder i kommunens internkontrollstrategi og tilhørende rutiner. Det er også klart definert ansvar på ulike nivåer, og kommunen har etablert rutiner for opplæring og metodikk. Dette vurderes som positivt, da det gir organisatorisk forankring og retning for risikostyringsarbeidet.

Kommunedirektørens ledergruppe har gjennomført en overordnet ROS-analyse for internkontroll i tråd med strategien, og denne omfatter sentrale risikoområder relatert til avvikshåndtering, prosedyrer og etterlevelse av lovkrav. Dette er et viktig tiltak og viser at det på ledernivå arbeides med å identifisere og håndtere overordnede risikofaktorer.

Det foreligger imidlertid ikke tilsvarende dokumentasjon på at alle kommunalområder og virksomheter har utarbeidet sine overordnede ROS-analyser, slik som strategien forutsetter. Informasjon fra kvalitetsrådgiver og gjennomgang av tilgjengelige analyser tyder på at dette arbeidet er i en tidlig fase. Det er også uttrykt at implementeringen av den nye modulen har tatt tid på grunn av begrenset opplæringskapasitet, og det er ennå ikke stilt krav om at modulen skal brukes som eneste verktøy for risikovurdering. Dette kan svekke etterlevelsen av de fastsatte rutinene og medfører at det overordnede risikobildet i kommunen ikke blir fullstendig aggregert eller oppdatert. Vi ser det imidlertid som positivt at det nå er økt kapasitet på opplæring innen ny ROS modul.

Det er utarbeidet et betydelig antall ROS-analyser i Compilo, noe som indikerer at mange virksomheter har tatt i bruk verktøyet. Barnehagesektoren fremstår som mest aktiv, og har hatt et strukturert og samarbeidsorientert i tilnærming til utarbeidelse av ROS. Skolene har også kommet i gang, men hovedsakelig med HMS-relaterte ROS-analyser. Innen helse og omsorg varierer aktiviteten, og enkelte enheter, som sykehjemmet, har i liten grad utarbeidet dokumenterte ROS-analyser. Flere områder, som eiendom og samfunnsplan, bruker andre metoder eller har mangler oppdaterte analyser.

Gjennomgangen viser videre at de fleste analyser er hendelsesbaserte, og i liten grad tar utgangspunkt i kommunens eller tjenestens måloppnåelse. Dette er også en utfordring som fremkommer i spørreundersøkelsen, der flere ansatte peker på at risikovurderingene primært

gjelder HMS og uønskede hendelser. At ROS-analyser ikke i tilstrekkelig grad brukes som verktøy for å identifisere risiko knyttet til måloppnåelse og tjenestekvalitet, er en svakhet sett opp mot prinsippene for beste praksis for internkontroll etter COSO. Ifølge COSO bør risikovurderinger både gjøres opp mot etterlevelse av regelverk og kommunens egne målsetninger. Denne svakheten kan medføre at kommunen ikke benytter risikovurderinger som et virkemiddel for å nå mål.

Ettersom internkontrollens formål både er å sikre måloppnåelse, forsvarlig drift og etterlevelse av lover og regler, mener vi det er vesentlig at risikovurderinger omfatter risiko knyttet til alle disse områdene. Et manglende fokus på måloppnåelse kan medføre at viktige styringsmessige risikofaktorer forblir uidentifisert og uhåndtert.

5. Oppsummering og konklusjon

Oppsummering og konklusjon

Nesodden kommune har etablert flere sentrale forutsetninger for et helhetlig og overordnet internkontrollsystem, men det er betydelige variasjoner i praktisk gjennomføring og etterlevelse på tvers av organisasjonen. Kommunen har dermed et godt grunnlag for å etablere et samlet, tilgjengelig og oppdatert system, men det er fortsatt utfordringer knyttet til implementering, forankring og bruk av systemene i hele kommuneorganisasjonen.

Kommunen har utarbeidet en overordnet internkontrollstrategi og tatt i bruk digitale verktøy for kvalitets- og internkontrollarbeid. Kvalitetssystemet Compilo benyttes som felles plattform for dokumentasjon og oppfølging, og har en struktur som i utgangspunktet gir gode rammer for systematisk internkontroll. Innen enkelte områder, som skole og barnehage, er det gjennomført strukturert oppryddingsarbeid og standardisering av dokumentasjonen. Samtidig viser revisjonen at tilgangen til og bruken av systemet varierer betydelig mellom tjenesteområdene. Ansatte uten lederansvar, har i mindre grad kjennskap til systemet og dokumentene, og det er mange dokumenter som ikke er oppdatert. Dette kan svekke forutsetningene for lik og effektiv etterlevelse av interne rutiner.

Kommunen har etablert rutiner og systemer for avvikshåndtering, men det er ulik praksis for bruk og oppfølging av avvik. Det er positivt at Compilo benyttes som avvikssystem, og at kommunen har utarbeidet felles rutiner for melding og oppfølging av avvik. Det finnes eksempler på god praksis, særlig innen helse og omsorg, hvor avvik brukes aktivt i kvalitetsarbeidet. Samtidig viser revisjonen at det meldes få avvik i enkelte sektorer, som skole og barnehage, og at ansatte er usikre på hva som skal meldes. Underrapportering og varierende oppfølging av avvik svekker grunnlaget for læring og forbedring.

Kommunen har utviklet føringer og verktøy for risikovurderinger, men etterlevelsen er varierende mellom sektorene og enhetene. Kommunedirektørens ledergruppe har gjennomført en overordnet ROS-analyse, og kommunen har tatt i bruk en ny digital modul for risikovurderinger. Flere virksomheter har begynt å bruke denne, og barnehagesektoren fremstår som mest aktiv og strukturert. Likevel er det store forskjeller i hvorvidt og hvordan risikovurderinger gjennomføres i tjenesteområdene. Mange analyser gjelder HMS eller er hendelsesbaserte og er i liten grad knyttet til kommunens måloppnåelse. Dette innebærer at kommunen i liten grad benytter risikovurderinger som styringsverktøy for å nå mål, noe som kan begrense muligheten til å identifisere og håndtere sentrale styringsutfordringer.

Samlet sett har Nesodden kommune etablert flere nødvendige rammeverk og systemer for overordnet internkontroll, men det er utfordringer knyttet til implementering, forankring og etterlevelse. For å utvikle et internkontrollsystem som i enda større grad bidrar til god styring, kvalitet og måloppnåelse i tjenestene, er det behov for å styrke kompetanse, ledelsesforankringen og praktisk bruk i organisasjonen.

6. Anbefalinger

Med bakgrunn i vår gjennomgang vil vi anbefale kommunedirektøren i Nesodden kommune å gjennomføre følgende:

1. Kommunedirektøren bør sikre at rutiner og prosedyrer er tilgjengelige i kommunens kvalitetssystem samt at de er tilstrekkelig kjent og oppdatert.
2. Kommunedirektøren bør sørge for at alle ansatte har tilstrekkelig kunnskap om avvikshåndtering.
3. Kommunedirektøren bør stilles tydeligere krav til ledere om å følge opp meldte avvik, samt i tilstrekkelig grad gi tilbakemelding til ansatte.
4. Kommunedirektøren bør sikre at det gjennomføres overordnede risiko- og sårbarhetsanalyser i alle kommunalområder, i tråd med kommunens internkontrollstrategi.
5. Kommunedirektøren bør vurdere å stille tydeligere krav og forventinger til at risiko- og sårbarhetsanalyser også skal omfatte vurderinger knyttet til måloppnåelse

Drammen, den. 21.5 2025.

Morten Kallevik
Oppdragsansvarlig

Even Tveter
Prosjektleder

Jørund Sagedal
Prosjektmedarbeider

Referanser

Lov, forskrift og veiledere

LOV 2018-06-22 nr 83, Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

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

Internkontrollforskriften (FOR-1996-12-06-1127, Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter) og utvalgte veiledere fra KS om internkontroll ³⁴. 85 tilrådninger for styrkt egenkontroll i kommunene³⁵ og Veileder i internkontroll.³⁶

Veiledere og retningslinjer:

Orden i eget hus, kommunedirektørens internkontroll, Versjon 3, 2020

85 tilrådninger for styrkt egenkontroll i kommunane. Kommunal- og regionaldepartementet. 2009.

Veileder i internkontroll. Direktorat for forvaltning og økonomistyring.

Revisjonsstandarder:

RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon, fastsatt av NKRFs styre 12.08.2020.

https://www.nkrf.no/filarkiv/File/Publikasjoner/RSK_RevisjonsStandard_Kommune/RSK_001_Standard_for_forvaltningsrevisjon_200812.pdf

Dokumenter fra Nesodden kommune:

Internkontroll strategi med vedlegg (30.8.2023)

Avviksmelding og avvikshåndtering, felles rutine

Sjekkliste Framsikt

Overordnet ROS 2024 KGL

ROS rutine

³⁴ Orden i eget hus, kommunedirektørens internkontroll, Versjon 3, 2020.

³⁵ 85 tilrådninger for styrkt egenkontroll i kommunane. Kommunal- og regionaldepartementet. 2009.

³⁶ Veileder i internkontroll. Direktorat for forvaltning og økonomistyring.

Vedlegg 1 – Uttalelse fra kommunedirektøren

Kommunedirektørens uttalelse til rapport, datert 16. mai 2025



Nesodden kommune

Utvikling

VIKEN KOMMUNEREVISJON IKS
Att.Even Tveter, avdeling Follo
Postboks 4197
3005 DRAMMEN

Unntatt offentlighet

Offl. § 13, jf. Fvl. § 13 1. ledd

Deres ref

Vår ref
2025/8222-2

Saksbehandler
Serine M. A. Lauritzen

Dato
16.05.2025

Svar på høring - Forvaltningsrevisjon: Overordnet risikostyring og internkontroll

Vi viser til utkast til rapport fra forvaltningsrevisjon på overordnet risikostyring og internkontroll i Nesodden kommune, mottatt 14.05.2025. Kommunedirektøren vil i det følgende gi Nesodden kommunes syn på rapporten.

Kommunerevisjonens funn er for det aller meste gjenkjennelig for Nesodden kommune, og i tråd med slik vi oppfatter status på kommunens internkontroll.

Kommunedirektøren har imidlertid et annet syn enn revisjonen på det temaet som gjelder de ansattes kjennskap til og bruk av Compilo som kilde til rutiner og prosedyrer, og vi ønsker å klargjøre vårt syn på dette.

Etter vårt syn er det kun avviksmelding kommunen kan forvente at ansatte uten kontorjobb har kjennskap til i Compilo. Det er ikke å forvente at ansatte uten kontortid har kjennskap til Compilo sitt dokumentbibliotek, slik revisjonen synes å mene. Imidlertid har kommunedirektøren en klar forventning om at alle ledere tilgjengeliggjør de oppdaterte rutinene på en måte som er tilpasset deres arbeidsplass. De ledere som har ansatte uten kontortid, må da gjøre dette på en annen måte enn å vise til dokumentbiblioteket i Compilo. Dette er synliggjort i intervjuet med styrer i Heia barnehage, som beskriver at de årlig har felles gjennomgang av rutiner og prosedyrer, i tillegg til at de mest sentrale rutiner og prosedyrer er skrevet ut og hengt opp, eller ligger i tursekken.

Vi er for øvrig ikke uenig i at det er viktig å fortsette arbeidet med å gjøre ansatte bedre kjent i Compilos dokumentbibliotek. Vi vil imidlertid understreke at for mange av kommunens ansatte er det viktigere å ha andre, virksomhetstilpassede kanaler for formidling av rutiner og prosedyrer.

Kommunedirektøren ønsker å takke Viken kommunerevisjon for samarbeidet, og ser frem til å få fremlagt endelig rapport.

Med hilsen

Esther Gilen
Kommunalsjef

Hogne Eidissen
Kommunedirektør

Vedlegg 2 – Oversikt over COSO- prinsipper

Kontrollmiljø	1. Organisasjonen er opptatt av integritet og etiske verdier:
	2. Styret er uavhengig av ledelsen og fører tilsyn med utvikling og gjennomføring av internkontrollen.
	3. Ledelsen etablerer strukturer, rapporteringslinjer og myndighet og ansvar som er egnet for å oppnå målsettingene.
	4. Organisasjonen er opptatt av å rekruttere, utvikle og beholde kompetente medarbeidere i samsvar med målsettingene.
	5. Organisasjonen holder enkeltpersoner ansvarlig for de internkontrolloppgavene de er tildelt i arbeidet med å oppnå målsettingene.
Risikovurdering	6. Organisasjonen spesifiserer målsettinger som er tydelige nok til at man kan identifisere og vurdere risikoene knyttet til dem
	7. Organisasjonen identifiserer risikoer for ikke å nå målsettinger i hele virksomheten, analyserer dem og avgjør hvordan de bør håndteres.
	8. Organisasjonen tar hensyn til muligheten for misligheter når den vurderer risiko for ikke å nå målsettinger.
	9. Organisasjonen identifiserer og vurderer endringer som i betydelig grad kan få konsekvenser for internkontrollsystemet.
Kontrollaktiviteter	10. Organisasjonen velger og utvikler kontrollaktiviteter som bidrar til at risiko for ikke å nå målsettinger reduseres til akseptable nivåer.
	11. Organisasjonen velger og utvikler generelle kontrollaktiviteter vedrørende teknologi til støtte for arbeidet med å oppnå målsettinger.
	12. Organisasjonen iverksetter kontrollaktiviteter gjennom retningslinjer som sier hva som forventes, og prosedyrer som setter retningslinjene ut i live

Informasjon og kommunikasj on	13. Organisasjonen innhenter eller genererer og bruker relevant informasjon av høy kvalitet til støtte for gjennomføringen av internkontrollen.
	14. Organisasjonen kommuniserer informasjon internt, herunder målsettinger og ansvar for internkontroll, som trengs for å støtte en fungerende internkontroll
	15. Organisasjonen kommuniserer med eksterne aktører om saker av betydning for internkontrollen.
Oppfølgingsa ktiviteter	16. Organisasjonen velger, utvikler og utfører løpende og/eller frittstående evalueringer for å fastslå om internkontrollkomponentene er til stede og fungerer
	17. Organisasjonen evaluerer og kommuniserer internkontrollmangler til rett tid til de med ansvar for å treffe korrigerende tiltak, inkludert toppledelsen og eventuelt styret.



Vi kan kommuner

Viken kommunerevisjon IKS

Org.nr.: 985 731 098 MVA

post@vkrevisjon.no | vkrevisjon.no

Hovedkontor - Drammen

Postadresse: Postboks 4197, 3005 Drammen

Besøksadresse: Øvre Eiker vei 14, 3048 Drammen

Avdelingskontor - Hønefoss

Postadresse: Postboks 123, Sentrum, 3502 Hønefoss

Besøksadresse: Osloveien 1, 3511 Hønefoss

Avdelingskontor - Follo

Postadresse: Postboks 173, 1401 Ski

Besøksadresse: Parkaksen 7, 1400 Ski

Avdelingskontor - Hallingdal

Besøksadresse: Alfarsegen 117, 3540 Nesbyen

