



Bilde: Beatriz Perez Moya fra unsplash.com

FORVALTNINGSREVISJONSRAPPORT NR. 3-2021

OVERORNDET INTERNKONTROLL

NES KOMMUNE

APRIL 2021

INNHold

SAMMENDRAG	I
Anbefaling	i
Kommunedirektørens høringsuttalelse	ii
1 Innledning	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Formål og problemstillinger	3
1.3 Rapportens oppbygging	4
2 Metode og datagrunnlag	5
2.1 Datainnsamling og datagrunnlag	5
2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet	5
3 Revisjonskriterier	6
3.1 Kilder til revisjonskriterier i denne undersøkelsen	6
3.2 Grunnleggende krav og forventinger til kommunedirektørens internkontroll	6
3.2.1 Krav om en systematisk og formalisert internkontroll	7
3.2.2 Systematiske risikovurderinger	7
3.2.3 Avvikssystem	8
4 Kommunens overordnede internkontroll	10
4.1 En systematisk og formalisert internkontroll	10
4.1.1 Systematisk og formalisert internkontroll – dagens system i Nes kommune	10
4.1.2 Hovedutfordringer med dagens system	12
4.1.3 Kommunedirektørens kommentar til status på området	15
4.2 Systematiske risikovurderinger	16
4.2.1 Risikovurderinger på overordnet nivå i kommunen	16
4.2.2 Risikovurderinger på virksomhetsnivå i kommunen	17
4.3 Avvikssystem	18
4.3.1 Felles system for å melde og følge opp avvik	18
4.3.2 Avvik som kilde til evaluering for overordnet ledelse	19
5 Veien videre – implementering av TQM	20
5.1.1 Bakgrunn for valget av TQM	20
5.1.2 TQMs tiltenkte rolle i internkontrollen	20
5.1.3 Implementering av TQM i Nes	20

6 Revisjonens vurdering og konklusjon	24
LITTERATUR- OG KILDELISTE	26
VEDLEGG – KOMMUNEDIREKTØRENS HØRINGSSVAR	27
Tabell 1 Sektorovergipende rutiner og prosedyrer	11
Diagram 1 Tilgjengelige rutiner og prosedyrer.....	13
Diagram 2 Oppdaterte og relevante rutiner og prosedyrer	14
Diagram 3 Rutiner og prosedyrer som gir god veiledning.....	15
Diagram 4 Risikovurderinger på virksomhetsnivå	17
Diagram 5 Rapportering av gjentatte avvik til kommunens ledelse.....	19
Diagram 6 Prosessen å implementere TQM	23

SAMMENDRAG

Kommunens system for internkontroll skal bidra til at kommunestyrets politikk blir gjennomført, at innbyggerne får de tjenestene de har krav på, at andre lovpålagte plikter blir ivaretatt og at ressursene forvaltes på en effektiv måte. Kommunedirektøren har ifølge kommuneloven et overordnet ansvar for internkontrollsystemet i kommunen, og har en avgjørende rolle som pådriver og tilrettelegger i arbeidet med kontinuerlig å forbedre og oppdatere internkontrollen.

Formålet med denne undersøkelsen har vært å vurdere i hvilken grad Nes kommune har et overordnet internkontrollsystem som legger til rette for betryggende kontroll med administrasjonens virksomhet.

Hovedfunn

1. Det er ikke etablert en tilstrekkelig systematisk og formalisert internkontroll.
2. Det gjennomføres ikke systematiske risikovurderinger på overordnet nivå i kommunen.
3. Det er ikke etablert et helhetlig avvikssystem i kommunen.

Undersøkelsen viser at det er grunnleggende svakheter og mangler i den overordnede interkontrollen i kommunen. Blant annet er rutiner og prosedyrer i liten grad samlet og tilgjengelige, og det er mangler knyttet til sektorovergrepene reglementer og beskrivelser av oppgave- og ansvarsfordeling i organisasjonen. Det mangler også skriftlige rutiner for å gjennomføre risikovurderinger på overordnet nivå. Risikovurderinger som omfatter helheten i systemet for internkontroll og som bygger på risikovurderingene på tjenestenivå er ikke dokumentert, utover på HMS-området. Det er heller ikke et felles system for å melde og følge opp avvik, eller noen rutiner på overordnet nivå for å benytte aggregerte avvik i arbeidet med jevnlig å evaluere kommunens internkontroll og samlede virksomhet.

Samtidig viser undersøkelsen at kommunen nå er i gang med å implementere kvalitets- og internkontrollsystemet TQM. I denne prosessen planlegger administrasjonen blant annet en gjennomgang og opprydding i eksisterende internkontrollrutiner i hele kommunen. Videre vil rutiner og prosedyrer, risikovurderinger og avviksmeldinger samles på ett sted, noe som etter revisjonens vurdering vil være et viktig bidrag til å styrke den overordnede internkontrollen i kommunen. Det vil gi den øverste ledelsen i kommunen mulighet for bedre oversikt og grunnlag for en mer systematisk oppfølging og kontroll med administrasjonens virksomhet. Prosessen er imidlertid forsinket, og uten en oppdatert og forpliktende fremdriftsplan.

Anbefaling

På bakgrunn av den gjennomførte undersøkelsen er revisjonens anbefaling:

Kommunedirektøren bør få på plass en forpliktende fremdriftsplan for å slutføre arbeidet med å implementere TQM i kommunens organisasjon.

Kommunedirektørens høringsuttalelse

Et utkast til rapport er forelagt kommunedirektøren til uttalelse. Hørings svar er mottatt 30.4.21 og er i sin helhet vedlagt rapporten. I svarbrevet går det frem at kommunedirektøren mener rapporten beskriver situasjonen i Nes og han har ingen ytterligere kommentarer til de forhold som kommer frem i rapporten. Videre peker kommunedirektøren på at «[a]rbeidet med å implementere TQM som kommunens fullverdige kvalitets- og avvikshåndteringssystem har høy prioritet. Vi tar anbefalingen med oss og vil utarbeide en forpliktende framdriftplan med innfasing av alle tre modulene i systemet innen 1.1.2022».

Jessheim, 30.4.2021

Øyvind Nordbrønd Grøndahl
avdelingsleder forvaltningsrevisjon

Miriam Sethne
oppdragsansvarlig forvaltningsrevisor

Dokumentet er elektronisk godkjent

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Kontrollutvalget bestilte 18.5.20 (sak 24/20) et forvaltningsrevisjonsprosjekt innenfor området overordnet internkontroll. I kontrollutvalgets risiko- og vesentlighetsanalyse for perioden 2019-2023, som ligger til grunn for bestillingen, pekes det blant annet på at det har vært flere omorganiseringer i kommunen og utskiftning av ledere. Prosjektplan for undersøkelsen ble vedtatt av kontrollutvalget i møte 17.6.20 (sak 32/20).

Kommunesektoren forvalter felleskapets verdier og leverer tjenester som er av stor betydning både for den enkelte innbygger og lokalsamfunnet som helhet. En god internkontroll vil kunne bidra til å forebygge feil og misligheter og samtidig bidra til kvalitet, effektivitet og forutsigbarhet i kommunenes tjenesteleveranse. Samtidig er det viktig å påpeke at gode systemer og rutiner for internkontroll i seg selv ikke er tilstrekkelig, men må etterleves og følges opp i praksis.

Kommuneloven § 25-1 gjør det klart at kommunedirektøren er ansvarlig for internkontrollen i kommunen. Med internkontroll menes det overordnede administrative kontrollansvaret, det vil si systematiske tiltak og prosesser som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i, eller i medhold av, lov (KMD 2020, 14-16).

Kontrollutvalget i Nes kommune har ved flere anledninger siden 2014 bedt rådmannen om en orientering om kommunenes overordnede internkontroll.¹ I 2015 utførte revisjonen en undersøkelse av status for internkontrollen og hvorvidt skjemaer for risikovurdering var fylt ut på virksomhetsnivå, og fulgt opp på rådmannsnivå.² Undersøkelsen viste at et fåtall av skjemaene var fylt ut fullstendig og at det var få felles rutiner for håndtering og oppfølging av risiko i virksomhetene, både på virksomhetsnivå og rådmannsnivå. Svakheter i internkontrollen er også påpekt i regnskapsrevisjonens årlige gjennomganger. Blant annet er det pekt på at det mangler et helhetlig internkontrollsystem, samt at sentrale prosedyrer og reglementer ikke er på plass.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen er å vurdere i hvilken grad Nes kommune har et overordnet internkontrollsystem som legger til rette for betryggende kontroll med administrasjonens virksomhet.

Undersøkelsen vil besvare følgende:

1. Er det etablert en systematisk og formalisert internkontroll i kommunen?
2. Gjennomføres det systematiske risikovurderinger på overordnet nivå i kommunen?

¹ Jf. orienteringer i møte 21.10.14 (sak 43/14), 2.6.15 (sak 24/15), 29.1.18 (sak 2/18) og 4.12.18 (sak 47/18).

² Undersøkelsen ble bestilt i møte 2.6.15 (sak 24/15) og behandlet i møte 26.11.15 (sak 52/15).

3. Er det etablert et helhetlig avvikssystem i kommunen?

Undersøkelsen vil først og fremst være en overordnet, sektorovergripende gjennomgang av kommunens samlede internkontrollsystem. Den sektorovergripende internkontrollen henger imidlertid tett sammen med, og er i stor grad avhengig av, den tjenestespesifikke internkontrollen. Vi vil derfor i noen grad også beskrive internkontrollen på tjenestenivå, der dette vurderes som relevant.

Det er gjort noen justeringer i ordlyden i problemstillingene, for å gjøre disse mer overordnede og for å tydeliggjøre struktur og en rød tråd i rapporten. Justeringene endrer ikke på innretningen i undersøkelsen i kontrollutvalgets bestilling eller prosjektplanen. Både formål og opprinnelige problemstillinger er ivaretatt gjennom de utledninger av revisjonskriterier som er gjort til hver av problemstillingene.

1.3 Rapportens oppbygging

Kapittel 2 beskriver datagrunnlaget og bruk av metode. I kapittel 3 gis en framstilling av revisjonskriteriene som ligger til grunn for undersøkelsen. I kapittel 4 og 5 gjennomgås funn fra undersøkelsen. I kapittel 6 er revisjonens vurderinger og konklusjon, samt anbefaling. I sammendraget innledningsvis i rapporten framstilles rapportens hovedfunn og anbefaling i tillegg til rådmannens høringsuttalelse, som også er lagt ved i sin helhet helt til slutt i rapporten.

2 METODE OG DATAGRUNNLAG

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til RSK 001 Standard for forvaltningsrevisjon som er fastsatt av styret i Norges Kommunerevisorforbund. Standarden definerer hva som er god revisjonsskikk innen kommunal forvaltningsrevisjon.

Under følger en gjennomgang av metodene som er benyttet og en vurdering av undersøkelsenes pålitelighet og gyldighet.

2.1 Datainnsamling og datagrunnlag

Undersøkelsen bygger på dokumentanalyse, intervjuer og spørreundersøkelse. Perioden for datainnsamling er fra september 2020 til mars 2021.

Dokumentanalyse

Revisjonen sendte administrasjonen en liste over ønsket dokumentasjon og beskrivelser av internkontrollsystemet i kommunen. Administrasjonen oversendte dette, og det er systematisk gjennomgått av revisjonen. I tillegg har revisjonen fått tilgang til det elektroniske internkontrollsystemet TQM, samt ansattportalen i Nes kommune. En fullstendig liste over dokumenter det henvises til i denne rapporten finnes i litteratur- og kildelisten.

Intervju

Revisjonen har gjennomført intervju med kvalitetssjef i sektoren administrasjon og styring, avdeling fellestjenester, og med kommunedirektøren. Intervjuene ble gjennomført som delvis strukturerte intervjuer. Det vil si at det i forkant av intervjuet ble utarbeidet en intervjuguide med forhåndsdefinerte spørsmål som ble gjennomgått i intervjuet. Det ble i etterkant skrevet et referat fra intervjuet som har blitt brukt som datagrunnlag i rapporten. Intervjuføretene er verifiserte.

Spørreundersøkelse

Revisjonen har gjennomført en spørreundersøkelse blant alle virksomhets- og avdelingsledere i kommunen. 53 av 55 ledere besvarte undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 95. Undersøkelsen ble besvart i tidsrommet 17. -30. mars 2020.

2.2 Dataenes pålitelighet og gyldighet

Pålitelige data sikres ved å være nøyaktig under innsamling og analyse av data. Kravet til gyldighet innebærer at dataene skal være relevante for å besvare problemstillingene i undersøkelsen. Revisjonen mener dataene denne rapporten bygger på samlet sett er pålitelige og gyldige og derfor gir et forsvarlig grunnlag for revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger.

3 REVISJONSKRITERIER

3.1 Kilder til revisjonskriterier i denne undersøkelsen

Revisjonskriterier er de normer og krav som kan stilles til kommunens virksomhet på det området som er gjenstand for en forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene er dermed den målestokken som kommunens praksis holdes opp mot, og utgjør grunnlaget for revisjonens vurderinger.

Revisjonskriteriene utledes fra lov, rundskriv fra departementer, kommunens egne rutiner og hva som ansees som god forvaltningsskikk på området. I denne undersøkelsen er revisjonskriteriene utledet fra følgende kilder:

- Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) av 22. juni 2018 nr. 83.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) 2020. Prop. 81 L – Endringer av internkontrollregler i sektorlovgivningen.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) 2018. Prop. 46 L – Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- Kommunesektorens organisasjon (KS) 2020. *Kommunedirektørens internkontroll. Hvordan få orden i eget hus?*
- Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) 2020. *Veileder i internkontroll.*

3.2 Grunnleggende krav og forventinger til kommunedirektørens internkontroll

Kommuneloven § 25-1 stiller følgende krav til kommunedirektørens internkontroll:

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

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

Ved internkontroll etter denne paragrafen skal kommunedirektøren

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

God internkontroll understøtter styringen og bidrar til at en virksomhets mål og krav blir oppfylt. En velfungerende internkontroll gir rimelig sikkerhet for at driften er målrettet og effektiv, for at rapporteringen er pålitelig, og for at lover og regler overholdes (DFØ 2020).

3.2.1 Krav om en systematisk og formalisert internkontroll

Kommuneloven § 25-1 stiller tydelige krav til at internkontrollen skal være dokumentert, jf. bokstav a, b, d og e. Det er opp til kommunedirektøren å vurdere i hvilken form og hvilket omfang det er nødvendig å dokumentere, og som ledd to i paragrafen peker på skal internkontrollen tilpasses behovene i den aktuelle kommune og virksomhet. Det er imidlertid opplagt at rutiner og prosedyrer, risikoanalyser og avvikshåndtering bør dokumenteres. KS peker i sin veileder på at dokumentasjon av internkontroll bør struktureres og helst samles på et felles sted for å sikre tilgjengelighet (KS 2020, 48, 52).

Loven stiller også krav til *innholdet* i den dokumenterte internkontrollen, for eksempel at det bør være på plass beskrivelser av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering. KS peker på at dokumentasjonen bør «vise den formaliseringen som ligger til grunn for internkontrollen, blant annet at rutiner og retningslinjer finnes og at oppgave- og ansvarsforhold er avklart» (2020, 48).

Revisjonen legger til grunn at formalisering av internkontrollen stiller krav til at sentrale sektorovergrepene reglementer, rutiner og prosedyrer er på plass, og at disse er dokumenterte, samlet og tilgjengelige.

Videre stiller loven krav til en *systematisk* internkontroll. KS peker på at en systematisk internkontroll «innebærer planlegging, oppfølging og vedlikehold, og dette krever ressurser». I bokstav e. i kommunelovens § 25-1 stilles det krav til at kommunen skal evaluere og forbedre skriftlige prosedyrer, men også andre internkontrolltiltak. I prop. 81 L står det at «[m]ed *systematisk* menes at arbeidet med internkontrollen ikke skal være tilfeldig, hendelsesbasert eller spontant» (KMD 2020, 15).

Revisjonen legger til grunn at en systematisk internkontroll stiller krav til at kommunens rutiner og prosedyrer til enhver tid skal være oppdaterte og relevante.

Ut fra gjennomgangen over legges følgende revisjonskriterier legges til grunn for problemstilling 1:

Problemstilling 1	
Er det etablert en systematisk og formalisert internkontroll i kommunen?	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Kommunen bør ha på plass et internkontrollsystem som sikrer at rutiner og prosedyrer er: <ul style="list-style-type: none"> • dokumenterte • samlet og tilgjengelige • oppdaterte og relevante ➔ Kommunen bør ha på plass sentrale sektorovergrepene reglementer, rutiner og prosedyrer, som blant annet bidrar til at oppgave- og ansvarsfordeling er avklart.

3.2.2 Systematiske risikovurderinger

Det er en grunnleggende forutsetning for en god og velfungerende internkontroll at det gjennomføres risikovurderinger. Risikovurdering innebærer å identifisere risikoer som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav, herunder de tre internkontrollmålsettingene: målrettet og effektiv drift,

overholdelse av lover og regler og pålitelig rapportering (DFØ 2020). KS skriver i sin veileder at «[r]isiko kan forstås som produktet av sannsynlighet og konsekvens av en hendelse» (KS 2020, 64). Videre står det at kommunen trenger å ha en risikobasert tilnærming, for å ha tilstrekkelig kunnskap om hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe, og hvorvidt etablerte tiltak og kontroller på en god nok måte reduserer risiko (ibid.).

Risikovurderinger bør utføres både på overordnet, strategisk nivå, og på operativt tjenestenivå i kommunen (KS 2020, 46). KS viser til at en overordnet risikovurdering som et minimum bør være en vurdering av helheten i internkontrollen, hvor formålet er å identifisere og vurdere risikoer som kan ha betydning for om internkontrollen fungerer (KS 2020, 57). Vurderingen kan også fokusere på hvorvidt sektorovergripende reglementer er på plass, om delegering og rapportering fungerer tilfredsstillende og hvorvidt tjenester og støtteprosesser har en risikobasert internkontroll med etablerte rutiner.

Revisjonen legger til grunn at kommunen har rutiner for å gjennomføre risikovurderinger på overordnet nivå, at risikovurderingene blant annet omfatter helheten i systemet for internkontroll og bygger på risikovurderinger på de ulike tjenesteområdene.

Ut fra gjennomgangen over legges følgende revisjonskriterier legges til grunn for problemstilling 2:

Problemstilling 2	
Gjennomføres det systematiske risikovurderinger på overordnet nivå i kommunen?	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Det bør være dokumenterte rutiner for risikovurderinger på kommunedirektørnivå. ➔ Risikovurderingene bør blant annet omfatte helheten i systemet for internkontroll og bygge på risikovurderinger på de ulike tjenesteområdene.

3.2.3 Avvikssystem

Noen ganger går ting galt, til tross for at man forsøkte å ta forhåndsregler ved blant annet å gjennomføre risikovurderinger og foreta andre kontrollhandlinger. Det er viktig å legge til rette for god praksis for å melde fra om avvik, ha rutiner for å sette inn tiltak, lære av det som gikk galt og eventuelt justere internkontrollen og kommunens samlede virksomhet. I kommuneloven § 25-1 bokstav c. står det at kommunedirektøren skal «avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik». Et godt system for avvikshåndtering skal bidra til at tiltak iverksettes og læring i organisasjonen som minsker risiko for at lignende situasjoner oppstår på nytt (KS 2020). Revisjonen derfor til grunn at det bør være etablert et felles system og rutiner for hvordan avvik fra de ulike tjenesteområdene skal meldes og følges opp.

KS peker i sin veileder videre på at «[m]erverdien i form av styrket internkontroll oppstår først når avvikstilfellene enkeltvis og aggregert benyttes til læring og utvikling, altså til et systematisk forbedringsarbeid» (2020, 99). I proposisjonen til ny kommunelov står det at «det er viktig at avvik og risiko for avvik følges opp i et mer langsiktig perspektiv, slik at virksomheten kan lære og korrigere framtidige aktiviteter» (KMD 2018, 262). Det står også i KS sin veileder at systematisk håndtering av avvik skal føre til at brudd på lover, forskrifter, prosedyrer og rutiner blir registrert, noe som fører til læring og utvikling, og som igjen fører til lavere risiko for at det samme skjer igjen (2020, 98).

Ut fra gjennomgangen over legges følgende revisjonskriterier legges til grunn for problemstilling 3:

Problemstilling 3	
Er det etablert et helhetlig avvikssystem i kommunen?	<ul style="list-style-type: none">➔ Det bør være etablert et felles system og rutiner for hvordan avvik fra de ulike tjenesteområdene skal meldes og følges opp.➔ Aggregerte avvik bør benyttes i arbeidet med jevnlig å evaluere kommunens internkontroll og samlede virksomhet.

4 KOMMUNENS OVERORDNEDE INTERNKONTROLL

I dette kapitlet gjennomgås de tre problemstillingene som skal besvares i denne undersøkelsen. For det første ser vi på om det i Nes er etablert en systematisk og formalisert internkontroll. For det andre ser vi på om det gjennomføres systematiske risikovurderinger i kommunen. Til sist ser vi på systemet for å melde avvik opp til overordnet ledelse i kommunen og hvordan disse benyttes i arbeidet med jevnlig å evaluere kommunens virksomhet.

4.1 En systematisk og formalisert internkontroll

Et godt utbygd kvalitets- og internkontrollsystem som inneholder alle kommunens rutiner og prosedyrebeskrivelser, reglementer, styringsbeskrivelser og instruksjoner, er viktig for å sikre at kommunedirektøren har betryggende kontroll. I det følgende vil vi se nærmere på dette systemet i Nes kommune, herunder om internkontrollen er samlet, tilgjengelig og oppdatert, det vil si i hvilken grad den er formalisert.

Følgende problemstilling med tilhørende revisjonskriterier legges til grunn i dette delkapitlet:

Problemstilling 1	
Er det etablert en systematisk og formalisert internkontroll i kommunen?	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Kommunen bør ha på plass et internkontrollsystem som sikrer at rutiner og prosedyrer er: <ul style="list-style-type: none"> • dokumenterte • samlet og tilgjengelige • oppdaterte og relevante ➔ Kommunen bør ha på plass sentrale sektorovergripende reglementer, rutiner og prosedyrer, som blant annet bidrar til at oppgave- og ansvarsfordeling er avklart.

4.1.1 Systematisk og formalisert internkontroll – dagens system i Nes kommune

Revisjonen sendte i oppstarten av prosjektet en dokumentbestilling til administrasjonen i kommunen der vi etterspurte både sentrale sektorovergripende reglementer, rutiner og prosedyrer, samt beskrivelser av hvordan internkontrollsystemet i Nes kommune er organisert. Kvalitetssjef i administrasjon og styring, avdeling fellestjenester, oppgir at internkontrollsystemet i Nes i dag består av mange ulike deler. Det pekes på at rutiner, retningslinjer og prosedyrer «er fordelt på ulike fagområder og at systemet ikke består av en samlet eller enhetlig struktur» (notat fra kvalitetssjefen 17.9.20, 1).

Revisjonen har fått oversendt etterspurt dokumentasjon og informasjon om hvor de enkelte rutiner, retningslinjer og prosedyrer er lokalisert. Man kan dele disse dokumentene inn i to typer:

1. De prosedyrene og reglementene som alle ansatte i kommunen har behov for å ha tilgang til, som sentrale sektorovergripende reglementer (etisk reglement, delegeringsreglement) og

andre overordnede prosedyrer. I det følgende vil disse dokumentene omtales som sektorovergripende rutiner og prosedyrer.

2. De rutinene og retningslinjene som gjelder spesifikt for de ansatte i den enkelte sektor, virksomhet og/eller avdeling. I det følgende omtales disse som virksomhetsspesifikke rutiner og prosedyrer.

Revisjonen har fått oppgitt i svaret på dokumentbestillingen, samt i intervju med kvalitetssjefen, at disse rutinene og prosedyrene er lokalisert på seks forskjellige steder:

1. Ansattportalen
2. Innbyggerportalen
3. Intern sone/fellesområdet (F:/)
4. Sak-/arkivsystemet ePhorte
5. Lokal lagring på H:\-området
6. TQM – kommunens nye kvalitets- og internkontrollsystem

Tabellen under viser de sektorovergripende rutinene, prosedyrene og retningslinjene revisjonen har fått oversendt og hvor disse er lokalisert.

Tabell 1 Sektorovergripende rutiner og prosedyrer	
Dokument/dokumenter	Lokalisering
Delegeringsreglement	Innbyggerportalen
Etiske retningslinjer i Personalhåndboka	Ansattportalen
Personalforvaltning og arbeidsgiverområdet <ul style="list-style-type: none"> • Personalhåndboka • HMS-håndboka • Prosedyre for HMS-handlingsplan og rapportering 	Ansattportalen
Økonomi og finansforvaltning <ul style="list-style-type: none"> • Økonomihåndboka på ansattportalen • Økonomirapportering – rutine/brukerveiledning • Rapportering på investeringer – rutine/brukerveiledning • Årshjul for virksomhetsstyring og rapportering 2020 • Fullmaktsskjema for å melde inn attestant og anviser (økonomi og lønn/personal) • Finansreglement • Rutiner for finansforvaltning • Utkast til økonomireglement – under arbeid • Kontroll av lønn, månedlig kontrollrutine for alle ledere 	Ansattportalen
Datasikkerhet og personvern – prosedyrer og sjekklister	TQM
Rutine for varsling av kritikkverdige forhold	Ansattportalen og innbyggerportalen
Organisasjonskart	Innbyggerportalen
Avviks- og tiltaksmelding – HMS/arbeidsmiljø	Ansattportalen
Prosedyrer, samt felles fundament, knyttet til innføringen og bruk av det nye kvalitets- og internkontrollsystemet TQM	TQM

I svaret på dokumentbestillingen opplyses det ellers om at en del informasjon og dokumentasjon er lagret i intern sone/fellesområdet og at noe er lagret i sak-/arkivsystemet ePhorte. Handlingsplaner, kommuneplaner og temaplaner er å finne på innbyggerportalen (notat fra kvalitetssjefen 17.9.20, 1).

Videre har de ulike virksomhetsområdene sine kvalitetssystemer med egne prosedyrer i egne fagsystemer eller mappestrukturer på ulike områder. Som eksempel på dette viser kvalitetssjefen til at virksomheter som sykehjemmet og hjemmetjenesten har bygget opp egne kvalitetssystemer med egne prosedyrer, der noe finnes på fellesområdet og noe i ansattportalen (ibid).

Kvalitetssjefen peker imidlertid på at «enkelte viktige grunnpilare i et internkontrollsystem mangler. Dette er under utvikling/utarbeidelse, for eksempel økonomireglement, administrativ delegering ([kommunedirektørens] videredelegering) og beskrivelse av oppgave- og ansvarsfordelingen i organisasjonen» (ibid).

4.1.2 Hovedutfordringer med dagens system

Kvalitetssjefen opplyser at dagens system for den formaliserte internkontrollen har følgende hovedutfordringer (notat fra kvalitetssjefen 17.9.20 og intervju 24.3.21):

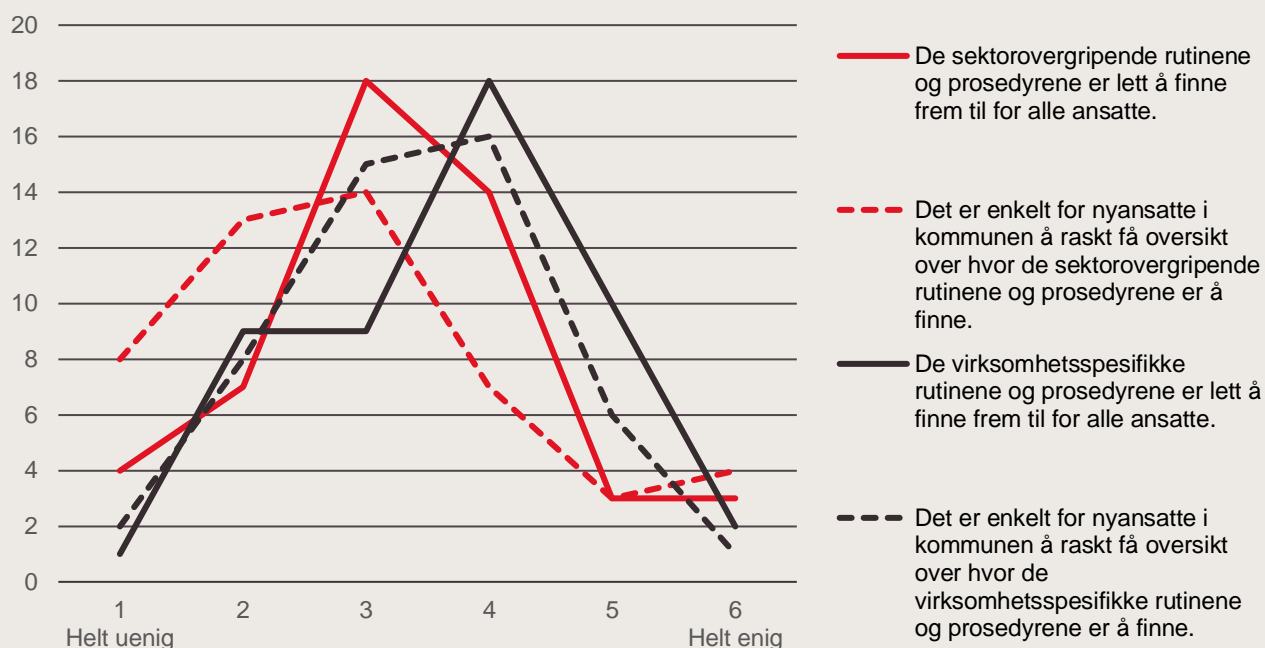
- Manglende sammenheng og struktur i den formaliserte internkontrollen fører til at det blir vanskelig for både de ansatte og overordnet ledelse å finne frem.
- Søkefunksjonene i ansattportalen, der overordnede rutiner skal ligge, fungerer dårlig.
- Skolene i kommunen har hatt utfordringer med å logge seg på ansattportalen.
- Det mangler en ensartet praksis med hensyn til systematisk å oppdatere og godkjenne overordnede rutiner i kommunen.
- Ingen systematisk versjonskontroll eller metadata som følger dokumentene, noe som skaper usikkerhet rundt hva som er siste gjeldende versjon.
- Lokal lagring av rutiner og retningslinjer medfører risiko for at vedtatte dokumenter endres lokalt, det vil si at man mister kontroll over versjonene.

Revisjonen har gjennomført en spørreundersøkelse blant alle virksomhets- og avdelingsledere i Nes kommune. Svarene er sammenfallende med kvalitetssjefens oppfatning av hovedutfordringene listet opp over. I det følgende vil vi gjengi tilbakemeldinger lederne har gitt i spørreundersøkelsen knyttet til om rutiner og prosedyrer er samlet, tilgjengelig, oppdaterte og relevante, samt hvordan lederne vurderer innholdet, og eventuelle mangler, i den formaliserte internkontrollen.

Samlet og tilgjengelig internkontroll

I spørreundersøkelsen til virksomhets- og avdelingslederne i kommunen ba vi dem ta stilling til noen påstander vedrørende både de sektorovergripende og de virksomhetsspesifikke rutine og retningslinjene i kommunen. I diagrammet under ser vi at det er svært få ledere som er helt enige i at disse rutine og prosedyrene er lett tilgjengelig for de ansatte. Som de røde linjene indikerer kan det se ut som at lederne opplever de sektorovergripende rutine som noe mer utilgjengelige enn de virksomhetsspesifikke rutine.

Diagram 1 Tilgjengelige rutiner og prosedyrer



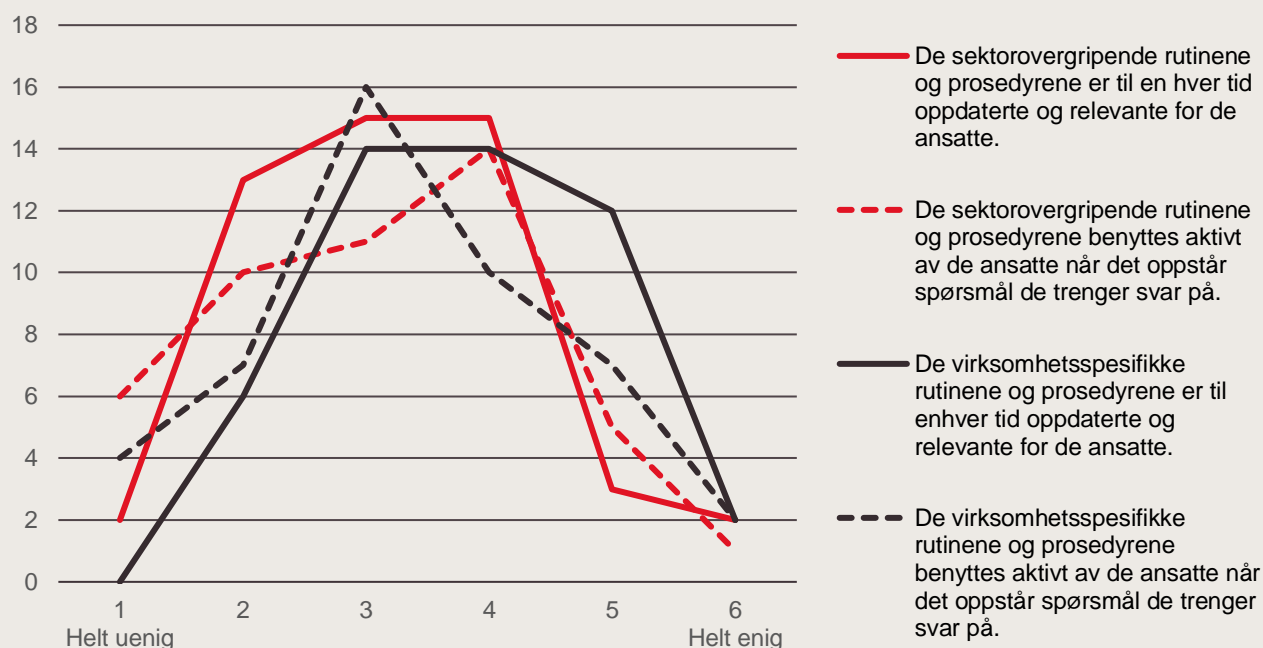
Kilde: RRI 2021, N=52. Tre til fire ledere valgte svaralternativet «Ingen formening».

I undersøkelsens kommentarfelt trekker flere ledere frem vanskeligheter med å finne frem til rutinene. Det pekes blant annet på at man ikke vet hvor rutinene ligger, at det er vanskelig å søke etter dem og at det generelt er vanskelig å finne frem, for eksempel på ansattportalen. Flere peker også på at en årsak til at det er krevende å finne frem er at rutiner og prosedyrer ligger flere steder og det er vanskelig å vite hva som er å finne hvor.

Oppdaterte og relevante rutiner

Revisjonen ba videre lederne ta stilling til noen påstander om rutinene og prosedyrene oppleves som oppdaterte og relevante for de ansatte. Svarene går frem av diagrammet under.

Diagram 2 Oppdaterte og relevante rutiner og prosedyrer



Kilde: RRI 2021, N=52. Henholdsvis to, fem, fire og seks ledere valgte svaralternativet «Ingen formening».

Som svarene viser, er også svært få ledere helt enige i disse påstandene. I likhet med diagrammet over kan svarene tyde på at lederne er noe mer positive til de virksomhetsspesifikke rutiner, og vurderer disse som mer oppdaterte og relevante enn de sektorovergripende rutiner og prosedyrer.

I undersøkelsens kommentarfelt kommenterer flere av lederne mangler når det gjelder rutinenes og prosedyrenes oppdatering og relevans. En av lederne kommenterer at hun/han savner følgende:

At det står konkret når rutinen er oppdatert. Som et eksempel står en rutine med dato fra 2002. Da lurer jeg på om det fortsatt gjelder...

Videre kommenterer en annen leder:

Virksomheten sin side på ansattportalen blir sjelden oppdatert. Oppdaterte prosedyrer og reglementer er stort sett å finne i permer på den enkelte avdeling.

En tredje leder kommenterer følgende når det gjelder de sektorovergripende rutinenes relevans for sitt sektorområde:

[...] Innen [sektorområdet] er tjenestene svært forskjellige, både fra hverandre og til andre virksomheter. Prosedyrer og retningslinjer blir i liten grad tilpasset vår særegenhet og blir ofte innført ut ifra ett syn i organisasjonen.

Innhold og mangler

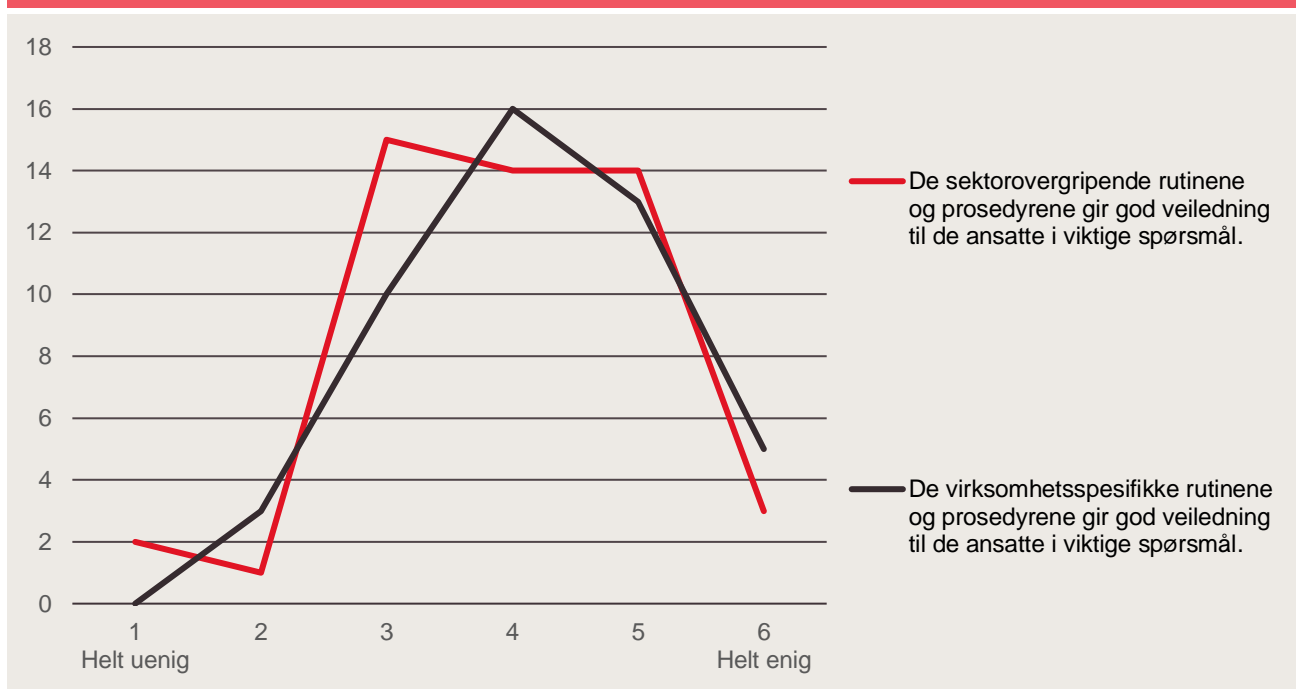
Over har det blitt nevnt at det er mangler i kommunen knyttet til den formaliserte internkontrollen, herunder manglende økonomireglement, kommunedirektørens administrative videredelegering og beskrivelse av oppgave- og ansvarsfordelingen i organisasjonen. I revisjonens spørreundersøkelse

til virksomhets- og avdelingslederne i kommunen kommenteres følgende mangler, eller rutiner de savner, når det gjelder de sektorovergripende rutinene og prosedyrene:

- Rutine for ivaretagelse av nyansatte og opplæring (flere ledere peker på dette som en mangel)
- Oppdatert HMS-håndbok, ikke revidert siden 2013
- Rutiner når det gjelder personal, herunder lederes ansvar og oppgaver for oppfølging av syke

I revisjonens spørreundersøkelse ble lederne videre bedt om å ta stilling til hvorvidt de er enig eller uenig i at de ulike rutinene og prosedyrene (som er på plass) gir god veiledning til de ansatte i viktige spørsmål.

Diagram 3 Rutiner og prosedyrer som gir god veiledning



Kilde: RRI 2021, N=52. Henholdsvis tre og fem ledere valgte svaralternativet «Ingen formening».

Som diagram 3 viser er en majoritet av lederne helt eller delvis enige i disse påstandene. Revisjonen spurte videre om hvor enig eller uenig lederne er i påstanden om at de virksomhetsspesifikke rutinene og prosedyrene legger til rette for ensartet praksis i tjenesten. Her valgte 28 av 52 ledere svaralternativ 4 eller 5, og seks ledere valgte svaralternativ 6, det vil si at de er delvis eller helt enige i påstanden. Dette tyder på at lederne mener at innholdet i rutinene er ganske bra. En leder kommenterer følgende i undersøkelsens kommentarfelt:

De er ganske vanskelig å finne fram til. Men når man først har funnet riktig prosedyre/retningslinje, så er innholdet bra.

4.1.3 *Kommunedirektørens kommentar til status på området*

I intervju med revisjonen den 24.3.21 opplyser kommunedirektøren at da han startet som rådmann i Nes i oktober 2018 opplevde han at det var et stort behov for å styrke og skape mer helhet og sammenheng i kommunens internkontroll. Det var behov for flere felles prosedyrer, mer ensartet

praksis på tjenesteområder og i virksomheter og bedre informasjonsflyt og kommunikasjon på tvers mellom enheter på overordnet nivå.

I 2019-2020 var det ifølge kommunedirektøren fortsatt behov for å ha fokus rettet mot organisasjonsendringer og effektivisering. For å bedre helhetsperspektivet på kommunens virksomhet, ble området administrasjon og styring gjort om til et eget kommunalområde. Området var ifølge kommunedirektøren i for stor grad preget av «silotenkning» og mangel på sammenheng og helhet. I tillegg ble det, etter en politisk bestilling fra 2017, gjennomført en større omorganisering av helse- og velferdsområdet, etter «en dør inn»-prinsippet.

Arbeidet med kommunens økonomistyring, herunder økonomirapportering til politikken, har hatt høy prioritet. Kommunedirektøren peker i den forbindelse på viktigheten av å få på plass et økonomireglement. Forslag til nytt reglement skal til politisk behandling i mai/juni. I forlengelsen av dette skal det også på plass et nytt delegeringsreglement, noe som ifølge kommunedirektøren vil bidra til å tydeliggjøre fullmaktstrukturen i kommunen.

4.2 Systematiske risikovurderinger

Det er en grunnleggende forutsetning for en god og velfungerende internkontroll at det gjennomføres risikovurderinger. Å jevnlig gjøre vurderinger av hva som kan gå galt i en virksomhet er viktig slik at det kan settes inn tiltak som forebygger eller forhindrer at uønskede hendelser inntreffer. I tillegg til at hver enkelt virksomhet/avdeling gjennomfører slike vurderinger bør det gjøres vurderinger på overordnet nivå i kommunen, det vil si at kommunedirektøren foretar egne vurderinger som omfatter hele kommunen, og som blant annet er basert på vurderingene på tjenestenivå.

Følgende problemstilling med tilhørende revisjonskriterier legges til grunn i dette delkapitlet:

Problemstilling 2	
Gjennomføres det systematiske risikovurderinger på overordnet nivå i kommunen?	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Det bør være dokumenterte rutiner for risikovurderinger på kommunedirektørnivå. ➔ Risikovurderingene bør blant annet omfatte helheten i systemet for internkontroll og bygge på risikovurderinger på de ulike tjenesteområdene.

4.2.1 Risikovurderinger på overordnet nivå i kommunen

Revisjonen har bedt administrasjonen om å oversende beskrivelse av systemer og rutiner for risikovurderinger på overordnet nivå. I notat fra kvalitetssjefen opplyses det om at det ikke foreligger noen skriftlige rutiner eller prosedyrer for risikovurderinger på overordnet nivå i dag. Videre opplyser hun at risikovurderinger gjøres på tjenestenivå, men at det ikke gjennomføres systematiske risikovurderinger på overordnet nivå som er basert på disse. I den forbindelse pekes det også på at det er en utfordring at risikovurderingene som gjennomføres på tjenestenivå er manuelle, eller papirbaserte, og at det vanskeliggjør tilgangen for overordnet ledelse når dette ikke skjer i et felles system.

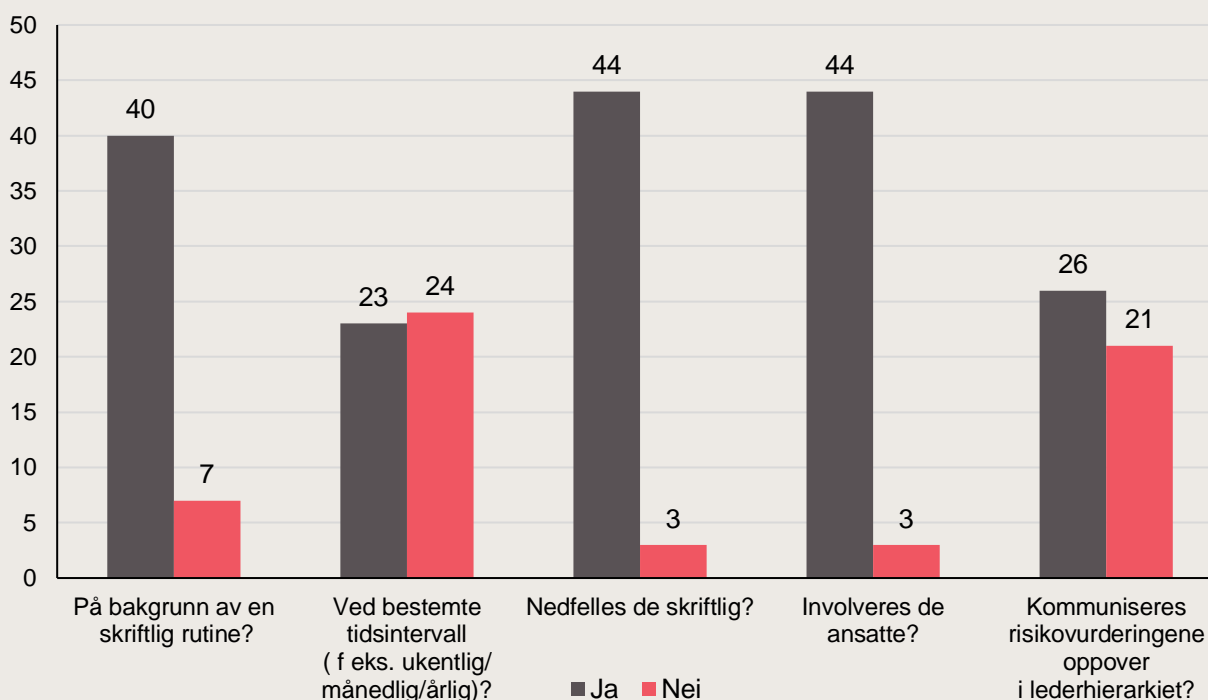
Det oppgis imidlertid at det gjennomføres systematiske risiko- og sårbarhetsanalyser innenfor HMS på tjenestenivå. Revisjonen har mottatt en prosedyre for HMS-plan og rapportering, samt kommunens Helhetlige risiko- og sårbarhetsanalyse fra 2018.

4.2.2 Risikovurderinger på virksomhetsnivå i kommunen

Selv om det foreløpig ikke gjennomføres systematiske risikovurderinger på overordnet nivå, er det en viktig forutsetning at det er rutiner og praksis for dette på virksomhetsnivå, dersom kommunen skal kunne gjennomføre gode overordnede risikovurderinger på sikt. Revisjonen har derfor i sin spørreundersøkelse til virksomhets- og avdelingslederne i kommunen stilt noen spørsmål om hvorvidt det gjennomføres risikovurderinger i tjenestene.

Risikovurderinger kan gjøres på mange måter. Det kan skje systematisk etter en skriftlig rutine eller mer uformelt etter opplevd behov, nedfelles skriftlig eller skje muntlig i et møte eller en samtale osv. Med dette som bakteppe spurte revisjonen lederne om det blir gjennomført noen form for risikovurderinger i den aktuelle virksomhet eller avdeling. 47 av 52 ledere svarte «ja» på dette spørsmålet, og fem svarte «vet ikke». De som svarte «ja» fikk spørsmål om hvordan de viktigste risikovurderingene skjer i virksomheten eller avdelingen vedkommende er leder for. Svarene gjengis i diagrammet under.

Diagram 4 Risikovurderinger på virksomhetsnivå



Kilde: RRI 2021. N=47.

Som svarene gjengitt i diagrammet viser er det høy grad av skriftlighet og involvering av de ansatte i risikovurderingene som gjennomføres på virksomhets- og avdelingsnivå i kommunen. 40 av 47 oppgir at risikovurderingene gjennomføres på bakgrunn av en skriftlig rutine. Svarene er imidlertid noe mer delt når det gjelder spørsmålet om risikovurderingene gjennomføres ved bestemte tidsintervall og om risikovurderingene kommuniseres oppover i lederhierarkiet.

4.3 Avvikssystem

Noen ganger går ting galt, til tross for at man forsøkte å ta forhåndsregler ved blant annet å gjennomføre risikovurderinger og foreta andre kontrollhandlinger. Det er viktig å legge til rette for god praksis for å melde fra om avvik, samt ha rutiner for å sette inn tiltak, lære av det som gikk galt og eventuelt justere internkontrollen og kommunens samlede virksomhet.

Følgende problemstilling med tilhørende revisjonskriterier legges til grunn i delkapitlet:

Problemstilling 3	
Er det etablert et helhetlig avvikssystem i kommunen?	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Det bør være etablert et felles system og rutiner for hvordan avvik fra de ulike tjenesteområdene skal meldes og følges opp. ➔ Aggregerte avvik bør benyttes i arbeidet med jevnlig å evaluere kommunens internkontroll og samlede virksomhet.

4.3.1 Felles system for å melde og følge opp avvik

Revisjonen har bedt administrasjonen om å oversende beskrivelse av systemer og rutiner for å melde og følge opp avvik på tjenestenivå. I notat fra kvalitetssjefen opplyses det om at avvik meldes og følges opp manuelt, på papirskjema som registreres/journalføres i kommunens sak-/arkivsystem. Dette er i hovedsak et skjema som er utarbeidet for HMS-avvik, men det blir benyttet i flere sammenhenger ved avvik på tjenestenivå. Kvalitetssjefen har oversendt revisjonen dette skjemaet (Avviks- og tiltaksmelding – HMS/arbeidsmiljø). Avvikene rapporteres i HMS-rapporteringen som behandles i HMS-utvalgene, arbeidsmiljøutvalget (AMU) og Administrasjonsutvalget. Avvikene omtales også i årsmeldingen hvert år (notat fra kvalitetssjefen 19.9.29, 3-4).

Ellers oppgis det at avvik i tjenesteproduksjonen registreres i fagsystemer i de tjenestene der avvik oppstår, dersom det er brukerrelatert (for eksempel i CosDoc i pleien og Visma i elevsaker i skolen). Det samme gjelder innenfor Kommunalteknikk, der for eksempel avvik knyttet til vannkvalitet rapporteres i eget system (ibid, 4).

Når det gjelder avvik på økonomi følges disse opp månedlig i økonomirapporteringen, men det registreres ikke, eller føres ikke statistikk, på slike avvik (ibid).

I revisjonens spørreundersøkelse til virksomhets- og avdelingslederne spurte vi hva som er hovedfremgangsmåten de ansatte bruker for å melde fra om avvik til leder i den aktuelle virksomhet eller avdeling. Av 52 ledere svarte 24 at dette skjer via et system for å melde avvik, som fagsystemer eller lignende. Ti oppgir at hovedfremgangsmåten for å melde avvik var skriftlig på e-post, mens seks oppgir at dette skjer muntlig. Tolv av 52 ledere oppgir at det i liten grad meldes avvik i den aktuelle virksomheten.

Revisjonen spurte videre i spørreundersøkelsen om det er på plass en skriftlig prosedyre for når og hvordan det skal meldes avvik i virksomheten eller avdelingen. 30 av 52 ledere bekrefter dette, og

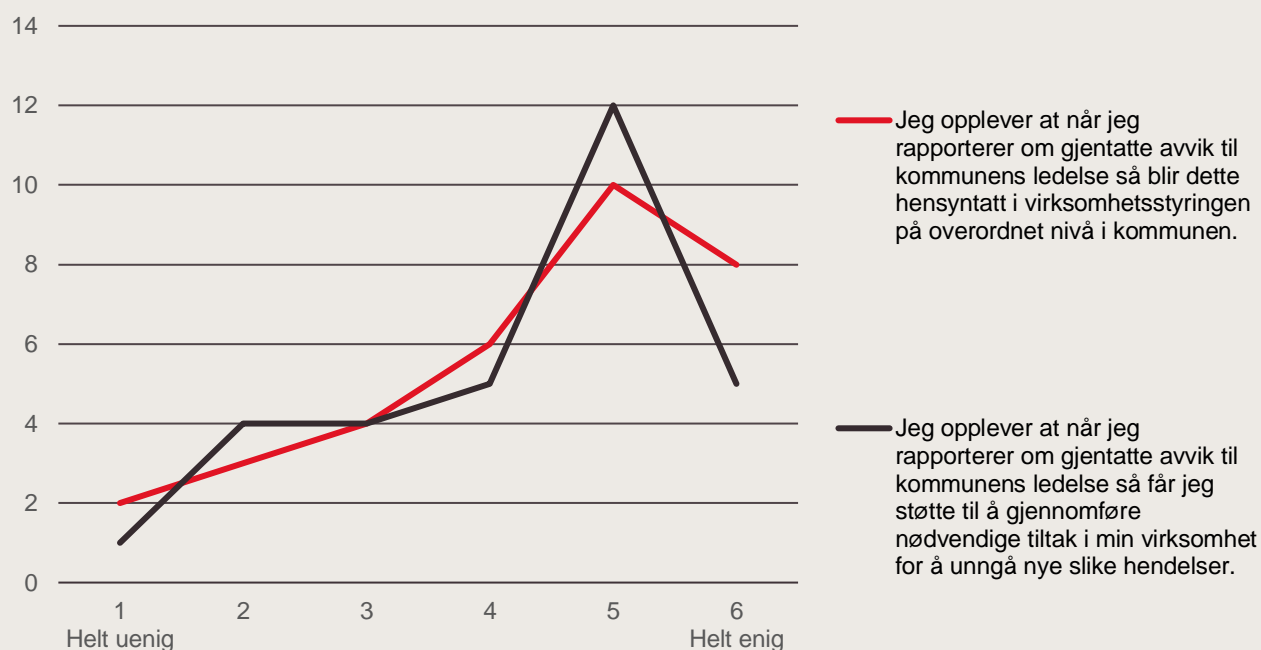
oppgir videre at de ansatte helt eller delvis følger denne prosedyren³. 15 av lederne oppgir at det er ingen prosedyre, men at det er en omforent praksis rundt dette i virksomheten. Syv av 52 ledere oppgir at det verken er en skriftlig prosedyre eller en omforent praksis i virksomheten rundt dette.

4.3.2 Avvik som kilde til evaluering for overordnet ledelse

Kommunedirektøren oppgir i intervju med revisjonen at det er et forbedringspotensial knyttet til praksisen for avviksmelding og håndtering av avvik, og at de er behov for et helhetsperspektiv på området. Han oppgir at HR har hatt oversikt over avvik, og rapportert tertialvis til administrasjonsutvalget, men det har vært ulike måter for innrapporteringer fra tjenesteområdene. Slik revisjonen oppfatter det er det ikke per dags dato noen rutine eller system utover dette for å benytte avvik på overordnet nivå for å evaluere kommunens internkontroll og samlede virksomhet.

I revisjonens spørreundersøkelse til virksomhets- og avdelingslederne oppgir 42 av lederne at de rapporterer «trender» eller gjentatte avvik opp til overordnet ledelse i kommunen, mens de resterende 10 lederne svarer «nei» på dette spørsmålet. De lederne som oppgir at de rapporterer om avvik til kommunens ledelse ble videre bedt om å ta stilling til to påstander om hvordan dette håndteres på overordnet nivå.

Diagram 5 Rapportering av gjentatte avvik til kommunens ledelse



Kilde: RRI 2021. N=42. Henholdsvis ni og seks ledere hadde ingen formening om påstandene.

Som svarene i diagrammet viser er det en stor majoritet helt, eller delvis enig i, at rapporterte gjentatte avvik hensyntas i virksomhetsstyringen på overordnet nivå i kommunen. Videre tyder svarene på at en stor majoritet opplever at de får støtte til å gjennomføre nødvendige tiltak i den aktuelle virksomheten for å unngå nye slike hendelser.

³ Én leder svarte nei på spørsmålet om det er leders inntrykk at de ansatte i virksomheten følger prosedyren.

5 VEIEN VIDERE – IMPLEMENTERING AV TQM

5.1.1 *Bakgrunn for valget av TQM*

Det tok flere år før Nes kommune anskaffet et egnet verktøy for internkontroll. Kvalitetssjefen viser i intervju til at TQM ble valgt som kvalitetssystem av tre andre kommuner på Øvre Romerike i 2012-2013. Nes kommune deltok i 2014 i KS-nettverket «Orden i eget hus», og satset på å bygge internkontroll uten et eget digitalt verktøy for dette. Kommunen anskaffet etter hvert Kommuneforlagets kvalitetssystem, men kom aldri ordentlig i gang med å ta dette i bruk.

Kvalitetssjefen oppgir videre at ytterligere to andre kommuner på Øvre Romerike etter hvert tok i bruk TQM. Nes hadde opsjon på anskaffelse og en arbeidsgruppe anbefalte at også Nes kommune tok i bruk TQM. Det ble vurdert som en fordel av systemet var prosessbasert og at alle de andre kommunene i Gardermoregionen og DGI har samme system. Det er etablert et eget nettverk på tvers av kommunene, TQM-forum, som samarbeider om utvikling og bruk av kvalitetssystemet. Det er vedtatt flere felles prosedyrer på ulike områder. Kommunen anskaffet TQM i desember 2018.

5.1.2 *TQMs tiltenkte rolle i internkontrollen*

TQM er et modulbasert system, med en dokumentmodul, risikovurderingsmodul, avviksmodule og en aktivitetsmodul. I notat fra kvalitetssjefen oppgis det at TQM «skal bidra til at internkontrollen gjennomføres på en enhetlig måte i alle virksomheter og tjenesteområder, og at internkontrollen er formalisert og dokumentert» (s. 1). Videre oppgis det at kommunens internkontrollrutiner skal samles i TQM fullt ut. Kommunedirektøren oppgir i intervju med revisjonen at TQM vil bidra til en samlet internkontroll, i et helhetlig system som gir bedre oversikt over oppgaver og ansvarsfordeling, samt til bedre samordning av kommunens virksomhet. Videre peker han på at TQM vil bidra til å styrke praksis for avviksmelding- og håndtering av avvik. For eksempel gir systemet muligheter for å aggregere opp og samle avviksmeldinger slik at tendenser kan undersøkes nærmere på overordnet administrativt nivå. I tillegg vil risikovurderingsmodulen styrke gjennomføringen av systematiske risikovurderinger på overordnet nivå i kommunen.

I revisjonens spørreundersøkelse til virksomhets- og avdelingsledere svarer 43 av 53 ledere at de tenker TQM er et verktøy som kan bidra til bedre internkontroll i den aktuelle virksomheten eller avdelingen. Åtte ledere hadde ingen formening om dette og én leder svarte nei.

5.1.3 *Implementering av TQM i Nes*

Arbeid for å sikre en samlet, tilgjengelig og oppdatert internkontroll

Kvalitetssjefen oppgir i intervju at man valgte å starte med implementering av dokumentmodulen, som ble tatt i bruk i desember. Alle kommunalområder har hatt opplæring i bruk av modulen. Hun peker på at det varierer hvor langt de ulike områdene har kommet når det gjelder opplasting i modulen, men mye skal være på plass frem mot sommeren.

Kvalitetssjefen understreker at implementeringen av TQM samtidig innebærer en revisjon, ryddejobb og kritisk gjennomgang av eksisterende internkontrollrutiner i hele kommunen. Det er med andre ord ikke bare snakk om å legge inn i dokumentmodulen «det man har».

Kvalitetssjefen opplyser videre at til grunn for arbeidet ligger et felles fundament med fire punkter som alle må forholde seg til i utarbeidelsen av prosedyrer og bruk av dokumentmodulen. Fundamentet er forankret i kommunedirektørens ledergruppe. Det er bestemt at «alt som kan være felles, skal være felles» og at kommunen ikke skal ha flere prosedyrer enn de man trenger for god og effektiv drift av kommunen. Dette innebærer at det må samarbeides på tvers av virksomheter og kommunalområder der prosedyrene berører flere. Arbeidet i dokumentmodulen styres av en felles prosedyre for dokumentstyring som er lik for alle kommunene i Gardermoregionen.

Kvalitetssjefen peker på at det ikke er om å gjøre å ha flest mulig rutiner, snarer tvert imot. Tjenesteområder og virksomheter må finne sine «nivåer» når det gjelder hvilke rutiner som bør være på plass, og hvordan disse skal være. Virksomhetslederne skal godkjenne rutinene. Det må bygges nye felles strukturer for rutiner for eksempel for skole og helse. Det benyttes en standard prosedyremal som er lik for alle kommunene i Gardermoregionen, men prosedyrer kan også vises som flytskjemaer eller videoer. På flere områder abonnerer kommunen på ferdige fagprosedyrer og kunnskapsdatabaser som det lenkes til fra TQM. Eksempler på dette er VARnett, Kompetansebroen og KS Læring. I helse og velferd jobbes det med å omarbeide flere sentrale felles prosedyrer inn i flytskjemaer.

Når det gjelder status for arbeidet oppgir kvalitetssjefen at de felles overordnede dokumentene skulle vært på plass i dokumentmodulen i desember. Kommunen er ikke helt i mål med dette. Noen er lagt inn, for eksempel på lønnsområdet. Kvalitetssjefen peker på at det også vil være flere overordnede prosedyrer som må utarbeides etter at nytt økonomireglement er politisk vedtatt. Det er et mål at så mye som mulig er gjort inn mot sommeren.

Risikovurderinger i TQM

Kvalitetssjefen opplyser i intervju med revisjonen at det er meningen at alle risikovurderinger i kommunen etter hvert skal skje i TQM. Kommunen har imidlertid ikke kommet i gang med å bruke risikovurderingsmodulen i TQM, og kvalitetssjefen oppgir at dette vil kunne skje mot slutten av inneværende år. Hun viser videre til at det ble prioritert å ta i bruk avviksmodulen før risikovurderingsmodulen. Kvalitetssjefen peker på at risiko og avvik henger sammen, og at god praksis for avviksmelding er et viktig utgangspunkt for å kunne gjøre gode risikovurderinger. I tillegg vil avviksrapporingen kunne si noe om internkontrollrutinene fungerer etter hensikten.

Avviksmelding og avvikshåndtering i TQM

Når det gjelder avvik i TQM opplyser kvalitetssjefen i intervju at all registrering, behandling og lukking av hendelser i avviksmodulen⁴, styres av en felles prosedyre for hendelses- og avviksbehandling som er lik for alle kommunene i Gardermoregionen. Prinsipper for registrering og behandling av avvik i fagsystem og TQM kan oppsummeres slik:

- a) Et avvik som er en del av tjenesteproduksjonen, for eksempel bruker- eller personrelaterte avvik som får direkte konsekvens for bruker, behandles og dokumenteres i sak-/arkivsystem/fagsystem.

⁴ Kalles «hendelsesmodulen» i TQM.

- b) Avviket i seg selv skal registreres, behandles og lukkes i TQM for samlet oversikt og oppfølging, samt faktagrunnlag for det kontinuerlige forbedringsarbeidet av tjenesteutøvelse og prosedyrer.

Det er i utgangspunktet lagt opp til at all avviksmelding skal skje i TQM. Et unntak er meldinger som inneholder personopplysninger, for eksempel vedrørende pasienter eller elever. Disse skal meldes i egne fagsystemer, mens årsaken til hendelsen skal meldes anonymisert i TQM. Det blir med andre ord avviksmelding to steder i slike tilfeller, opplyser kvalitetssjefen.

Videre peker kvalitetssjefen på at bruken av avviksmodulen i TQM har vært prioritert og var opprinnelig planlagt tatt i bruk fra januar i år. Dette er forsinket. Kvalitetssjefen presiserer i e-post 15.3.21 at forsinkelsen skyldes store kapasitets-/ ressursutfordringer flere steder i administrasjonen. Modulen er imidlertid åpnet, og det er registrert noen få hendelser hittil i år. Det er besluttet at Familiens Hus skal brukes som «pilot» for andre områder og virksomheter. Det er gjennomført opplæring av ledere og i et felles personalmøte i april skal ansatte få opplæring. Piloten vil gå i mai-juni og eventuelle tilpasninger i innstillinger mv. vil skje etter hvert som Familiens hus høster erfaringer. Det forventes at alle har kommet i gang med å bruke modulen inn mot sommeren, slik at kommunen får minst et halvt års drift av denne modulen i 2021.

I notat fra kvalitetssjefen vises det til punkt 6 i prosedyre for hendelses- og avviksbehandling, nevnt over, for å beskrive hvordan det er tenkt at man skal bruke avvikene som meldes på tjenestenivå til å jevnlig evaluere kommunens internkontroll og samlede virksomhet. Her fremgår det at statistikk over registrerte hendelser og oppfølging av disse skal være et fast regelmessig rapporteringspunkt i egnet lederforum i virksomheten. Hensikten er

- Å få dokumentert fakta for reelle hendelser
- Å vurdere om omfang registrerte hendelser er representativt
- Å avdekke negative trender eller risikoheftede forhold
- Å få et beslutningsgrunnlag for ledere for prioriteringer av forbedringsområder

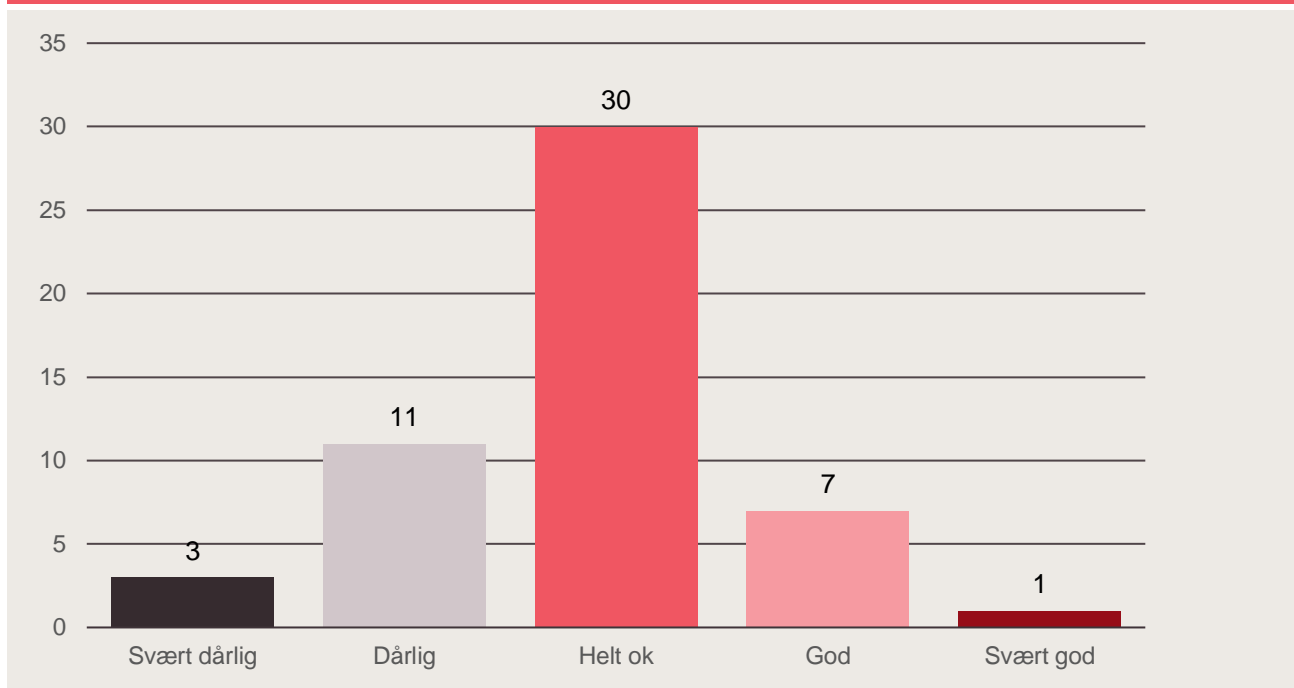
Rapport over hendelser skal i henhold til prosedyren gjennomgås på ledelsens gjennomgang. Kvalitetssjefen peker videre på at det påhviler hver enkelt linjeleder å følge opp rapporteringen. Virksomhetsledere har ansvaret for totalbildet i sin egen virksomhet, kommunalsjef har ansvaret for totalbildet i sitt kommunalområde og rådmannens ledergruppe har ansvaret for å evaluere kommunens samlede virksomhet. Kommunen har også en prosedyre for intern revisjon i kommunen. Avvik og forbedringsforslag som fanges opp i den interne revisjonen skal registreres i TQM, som et ledd i kommunens evalueringsarbeid.

Til sist oppgir kvalitetssjefen i notatet at man vurderer muligheten for å ta i bruk måleparametere i avviksmeldinger. Dette er en mulighet som ligger i systemet til å spesifisere nærmere parametere på områder som ledelsen ønsker fokus på. Dersom dette tas i bruk, forutsetter det også opplæring av ansatte i hvordan det skal fylles inn og opplæring av linjeledere i hvordan det skal benyttes i oppfølging. Måleparametere kan være en god måte å skaffe aggregert oversikt over tilstanden i organisasjonen på ulike fokusområder.

Prosesen med å implementere TQM

I revisjonens spørreundersøkelse til virksomhets- og avdelingsledere i kommunen stilte vi spørsmål om hvordan de opplever prosessen med å implementere TQM så langt. Svarene går frem av diagrammet under.

Diagram 6 Prosesen å implementere TQM



Kilde: RRI 2021. N=52

Som diagrammet viser mener en stor majoritet av lederne at prosessen har vært «Helt ok» eller «God». Til sammen 14 ledere har valgt svaralternativene «Dårlig» eller «Svært dårlig».

I spørreundersøkelsens kommentarfelt peker flere ledere på at prosessen har tatt lang tid, og at man «glemmer på veien og det føles som å begynne på nytt flere ganger». I tillegg etterlyser flere ledere bedre, eller mer, opplæring. Mange peker på utfordringer knyttet til lite ressurser og at arbeidet er svært tidkrevende, særlig i den situasjonen kommunen er i nå med hensyn til merarbeid i en pandemisituasjon. Generelt bærer kommentarene preg av at kommunen er i startgropa med å implementere systemet, da flere peker på at man ikke har kommet skikkelig i gang. Samtidig uttrykker mange ledere at de har inntrykk av at systemet virker som et nyttig verktøy som vil kunne ha høy nytteverdi for tjenestene hvis man greier å få implementert det skikkelig helt ut i tjenestene.

I intervju med revisjonen oppgir kommunedirektøren at implementeringen av TQM er noe forsinket, blant annet på grunn av Corona-situasjonen og sykefravær. De siste årene har det vært fokus på nedbemanning og å effektivisere i kommunen, og det har vært krevende å finne ressurser til jobben med å implementere et nytt internkontroll- og kvalitetssystem i hele kommunen. Nå er det imidlertid ansatt en person på heltid (kvalitetssjefen) som har dette som sin hovedoppgave. Kommunedirektøren understreker at arbeidet krever en porsjon tålmodighet og at det må brukes tilstrekkelig tid til å sikre god kvalitet på både prosess og resultat. Ikke minst er det viktig å sikre riktig rekkefølge på innfasingen av de ulike elementene i et nytt internkontrollsystem.

6 REVISJONENS VURDERING OG KONKLUSJON

Kommunens system for internkontroll skal bidra til at kommunestyrets politikk blir gjennomført, at innbyggerne får de tjenestene de har krav på, at andre lovpålagte plikter blir ivaretatt og at ressursene forvaltes på en effektiv måte. Kommunedirektøren har ifølge kommuneloven et overordnet ansvar for internkontrollsystemet i kommunen, og har en avgjørende rolle som pådriver og tilrettelegger i arbeidet med kontinuerlig å forbedre og oppdatere internkontrollen.

Revisjonen har sett nærmere på om det er etablert en systematisk og formalisert internkontroll i kommunen. Undersøkelsen viser at det er mange dokumenterte rutiner og prosedyrer i Nes som oppleves som nyttige, men at disse i liten grad er samlet og tilgjengelige. I undersøkelsen går det også frem at flere rutiner og prosedyrer er utdaterte, og i varierende grad oppleves som relevante. Videre mangler det flere sentrale sektorovergripende reglementer i kommunen, samt beskrivelser av oppgave- og ansvarsfordeling i organisasjonen.

Revisjonen har videre sett på om det gjennomføres systematiske risikovurderinger på overordnet nivå i kommunen. Undersøkelsen viser at kommunen ikke har noen skriftlige rutiner for risikovurderinger på overordnet nivå. Det gjennomføres heller ingen dokumenterte risikovurderinger på overordnet nivå som omfatter helheten i systemet for internkontroll, eller som bygger på risikovurderinger på de ulike tjenesteområdene, utover på HMS-området. Det gjennomføres imidlertid risikovurderinger på tjenestenivå, men disse er vanskelig tilgjengelig for den overordnede ledelsen, all den tid de ikke dokumenteres i et felles system.

Til sist har revisjonen sett på om det er etablert et helhetlig avvikssystem i kommunen. Undersøkelsen viser at det er ulike systemer for å melde avvik i kommunen. HMS-avvik meldes ved hjelp av et papirskjema og følges opp manuelt, mens andre avvik meldes i den aktuelle tjenesten sitt fagsystem. Revisjonens spørreundersøkelse viser videre at det varierer i hvilken grad det meldes avvik, og hvordan dette skjer, samt at det for mange virksomheter mangler skriftlige prosedyre for når og hvordan avvik skal meldes. En stor majoritet av lederne i kommunen oppgir at de rapporterer om «trender» eller gjentatte avvik til overordnet ledelse. Det er imidlertid ikke på plass noen rutiner på overordnet nivå for å benytte avvikene det rapporteres om til jevnlig å evaluere kommunens internkontroll og samlede virksomhet.

Revisjonens vurdering er at det er grunnleggende svakheter og mangler i den overordnede internkontrollen i kommunen. Samtidig viser undersøkelsen at kommunen nå er i gang med å implementere kvalitets- og internkontrollsystemet TQM. Kommunen har vært igjennom større omorganiseringer for å tydeliggjøre oppgave- og ansvarsfordelingen i organisasjonen. Implementeringen av TQM er en del av et arbeid med å formalisere ny organisering og å gjennomgå og rydde opp i eksisterende internkontrollrutiner i hele kommunen. At rutiner og prosedyrer, risikovurderinger og avviksmeldinger samles på ett sted vil etter revisjonens vurdering være et viktig bidrag til å styrke den overordnede internkontrollen i kommunen. Det vil gi den øverste ledelsen i kommunen mulighet for bedre oversikt og grunnlag for en mer systematisk oppfølging og kontroll med administrasjonens virksomhet.

Etter revisjonens vurdering viser undersøkelsen at det skjer mye godt arbeid i tjenestene på internkontrollområdet. Det er derfor mye god praksis å bygge på i arbeidet med å innføre et felles

kvalitets- og internkontrollsystem. Revisjonens inntrykk er at det er lagt opp til et godt løp for implementeringen av TQM, som er et omfattende og tidkrevende arbeid, der det er viktig med gode prosesser. Undersøkelsen viser imidlertid at implementeringen er forsinket. Kommunedirektøren peker på at det blant annet har vært utfordringer knyttet til ressurser dedikert til denne oppgaven, men at dette nå er på plass. Revisjonen mener at det er behov for en oppdatert, konkret og forpliktende framdriftsplan for arbeidet med å implementere TQM.

På bakgrunn av dette er revisjonens anbefaling:

Kommunedirektøren bør få på plass en forpliktende fremdriftsplan for å slutføre arbeidet med å implementere TQM i kommunens organisasjon.

LITTERATUR- OG KILDELISTE

Lov og forskrift

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

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) 2020. Prop. 81 L – Endringer av internkontrollregler i sektorlovgivningen.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) 2018. Prop. 46 L – Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).

Nasjonale veiledere

Kommunesektorens organisasjon (KS) 2020. *Kommunedirektørens internkontroll. Hvordan få orden i eget hus?*

<https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/lokaldemokrati/internkontroll/Kommunedirektorens-internkontroll-veileder-08092020.pdf> [15.4.21].

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) 2020. *Veileder i internkontroll.*

<https://dfo.no/fagomrader/internkontroll/veileder-i-internkontroll/innledning> [15.4.21].

Kilder fra Nes kommune

E-post fra kvalitetssjefen 15.3.21.

Notat fra kvalitetssjefen 17.9.20. *Dokumentasjon til forvaltningsrevisjonen – «Overordnet internkontroll» i Nes kommune 2020.*

Nes kommune 2020a. *Prosedyre for dokumentstyring i kvalitetssystemet.*

Nes kommune 2020b. *Prosedyre for hendelses- og avviksbehandling i kvalitetssystemet.*

Nes kommune 2018. *ROS 2018. Helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse.*

Nes kommune 2016. *Avviks- og tiltaksmelding – HMS/arbeidsmiljø.*

Nes kommune 2013. *Prosedyre for intern revisjon av kvalitetssystemet.*

Nes kommune 2020. *Prosedyre for HMS-plan og rapportering.*

Nes kommune 2020. *Felles fundament for kvalitets- og avvikshåndteringssystemet TQM.*

Revisjonens egenproduserte datakilder

RRI 2021. Spørreundersøkelse virksomhets- og avdelingsledere gjennomført i tidsrommet 17.-30. mars: *Internkontroll i Nes kommune.*

Intervju med kvalitetssjef (i sektor for administrasjon og styring, avdeling fellestjenester) gjennomført 24.3.21.

Intervju med kommunedirektøren gjennomført den 24.3.21.

VEDLEGG – KOMMUNEDIREKTØRENS HØRINGSSVAR



NES
KOMMUNE

Kvalitet og eierstyring

Romerike revisjon IKS
Ringveien 4
2050 Jessheim

Deres ref.:
e4c7afa9-a909-4f14-
ab6d-9c8a34c7a9e6

Vår ref.:
21/2706 - 6

Saksbehandler:
Hege Holth

Dato:
30.04.2021

Høringsuttalelse til forvaltningsrevisjonsrapport overordnet internkontroll

Vi viser til mottatt utkast av forvaltningsrevisjonsrapport overordnet internkontroll i Nes kommune.

Vi mener at rapporten beskriver situasjonen i Nes og har ingen ytterligere kommentarer til de forhold som kommer frem i rapporten.

Arbeidet med å implementere TQM som kommunens fullverdige kvalitets- og avvikshåndteringssystem har høy prioritet. Vi tar anbefalingen med oss og vil utarbeide en forpliktende framdriftsplan med innfasing av alle tre modulene i systemet innen 1.1.2022.

Med hilsen

Jon Sverre Bråthen
Kommunedirektør

Hege Holth
Kvalitetssjef

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen signatur

Postadresse
Postboks 114
2131 ÅRNES

Besøksadresse

Telefon
+47

Kontonr.
8801 41 62811
Org.nr.
938 679 088

E-post
Internett
www.nes.kommune.no