

Helhetlig og overordnet internkontrollsystem

Buskerud fylkeskommune

Sammendrag

Bestilling

Kontrollutvalget
sak 46/2024 den
8.10.2024

Formål

Formålet med
undersøkelsen har vært å
vurdere i hvilken grad
Buskerud fylkeskommune
har et helhetlig og
overordnet
internkontrollsystem

Problemstillinger

Undersøkelsen har besvart følgende hovedproblemstillinger:

1. I hvilken grad er nødvendig styringsinformasjon tilgjengelig for å sikre god internkontroll?
2. I hvilken grad er sentrale rutiner og prosedyrer utarbeidet og tilgjengelig?
3. I hvilken grad gjennomføres systematiske risikovurderinger på overordnet nivå?
4. I hvilken grad er det etablert en praksis for avvikshåndtering på overordnet nivå?

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

Revisjonskriterier

Som kilder for revisjonskriteriene i dette prosjektet har vi i hovedsak benyttet kommuneloven, og veiledere om internkontroll.

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 med utvalgte virksomhetsledere innenfor eiendom, skole, og tannhelse. Det er også gjennomført samtale med to fylkesdirektører, samt fylkeskommunedirektør. Det er videre gjennomført en spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen ble sendt til alle ansatte i fylkeskommunen med stillingsprosent på over 20 % basert på en oversikt over mottatt fra fylkeskommunen. Den ble sendt til 2 419 personer, hvorav 594 svarte. Dette gir en svarprosent på om lag 25 %.

Oppsummering og konklusjoner

Buskerud fylkeskommune har etablert flere prosesser og rutiner som gir et godt grunnlag for å etablere et helhetlig og overordnet internkontrollsystem. Arbeidet med å utvikle et samordnet plan- og styringssystem er godt i gang, og det er igangsatt tiltak som kan styrke mål- og resultatstyringen. Likevel er flere av de sentrale elementene i internkontrollsystemet fortsatt under utvikling og ikke fullt ut implementert. 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 av systemet i organisasjonen. Dette innebærer at potensialet i fylkeskommunens internkontrollsystem per i dag ikke fullt ut hentes ut på alle områder.

Styringsinformasjon og overordnet internkontroll

Fylkeskommunedirektøren har i all hovedsak tilgang til nødvendig styringsinformasjon, og det er etablert gode rapporteringslinjer. Det er imidlertid viktig at arbeidet med målstruktur, virksomhetsstrategi, felles risikoverktøy og enhetlig bruk av kvalitetssystemet fortsetter, og at fylkeskommunedirektør sørger for kontinuerlig forbedring av kontroll- og styringssystemene.

Rutiner og prosedyrer

Fylkeskommunen har et relevant kvalitetssystem som, dersom det benyttes enhetlig og fullt ut, i stor grad vil sikre at rutiner og prosedyrer er samlet, tilgjengelige og oppdaterte. Bruken av systemet er i dag fragmentert, og mange dokumenter lagres i alternative løsninger. Dette svekker fylkeskommunedirektørens mulighet til å internkontroll med sentrale rutiner og prosedyrer, og innebærer at systemets fulle potensial som verktøy for internkontroll ikke er realisert.

Risikovurderinger

Det er etablert et sentralt rammeverk for risikovurderinger med felles verktøy og rutiner, som gir et godt utgangspunkt for helhetlig risikostyring og internkontroll. Implementeringen er imidlertid i tidlig fase, og risikovurderinger knyttet til måloppnåelse og kritiske driftsoppgaver gjennomføres ikke systematisk på alle nivåer. Manglende etterlevelse reduserer potensialet for å bruke risikovurderinger aktivt som styringsverktøy.

Avvikshåndtering

Fylkeskommunen har et godt utformet avvikssystem med klare rutiner og ansvarsforhold. Systemet benyttes imidlertid i varierende grad på tvers av tjenesteområdene, og det er indikasjoner på underrapportering, særlig utenfor HMS-området. Svak meldekultur i enkelte enheter og usikkerhet om oppfølging svekker systemets funksjon som grunnlag for forbedringsarbeid.

Anbefalinger

Med bakgrunn i vår gjennomgang vil vi anbefale fylkeskommunedirektøren i Buskerud fylkeskommune å gjennomføre følgende:

1. Fylkeskommunedirektøren bør etablere en enhetlig praksis for lagring og oppdatering av rutiner og prosedyrer som sikrer at kvalitetssystemet benyttes som eneste lagringssted for alle sentrale styringsdokumenter.
2. Fylkeskommunedirektøren bør sørge for at risikovurderinger gjennomføres regelmessig på alle relevante områder og nivåer, og at de også omfatter måloppnåelse og kritiske driftsoppgaver. Fylkeskommunedirektøren bør videre sørge for at ledere får nødvendig opplæring og veiledning slik at risikovurderingene kan benyttes aktivt som verktøy for å oppnå mål og sikre kvalitet i tjenestene.
3. Fylkeskommunedirektøren bør styrke meldekulturen gjennom å
 - a. gjennomføre målrettet kompetansehevingstiltak i tjenesteområder med lav rapporteringsgrad.
 - b. sørge for at avviksstatistikken analyseres systematisk og brukes aktivt som grunnlag for forbedringstiltak og kvalitetsutvikling i tjenestene.

Et utkast til rapport har blitt oversendt Fylkeskommunedirektøren til uttalelse. Fylkeskommunedirektørens uttalelse er mottatt i epost 8.9.2025 og er vedlagt rapporten.

Innhold

Sammendrag.....	2
1. Innledning.....	8
1.1. Bakgrunn for prosjektet	8
1.2. Formål og problemstillinger	8
1.3. Avgrensning av undersøkelsen	8
1.4. Beskrivelse av Buskerud fylkeskommune	8
2. Metode	10
3. Revisjonskriterier	12
3.1. Utledelede revisjonskriterier	18
4. Styringsinformasjon/overordnet internkontroll	19
4.1. Fakta.....	19
4.2. Vurdering.....	23
5. Rutiner og prosedyrer	24
5.1. Fakta.....	24
5.2. Vurdering.....	28
6. Risikovurderinger	30
6.1. Fakta.....	30
6.2. Vurdering.....	32
7. Avvikshåndtering	34
7.1. Fakta.....	34
7.2. Vurdering.....	40
8. Oppsummering og konklusjon	42
9. Anbefalinger	43
Referanser	44
Vedlegg 1 – Uttalelse fra fylkeskommunedirektøren.....	45

Tabelloversikt

Tabell 1 Mappestruktur.....	25
Tabell 2 Utvikling i antall avvik.....	36
Tabell 3 Fordelte avvik på områder	36
Tabell 4 Kategorier avvik	36
Tabell 5 Områder hvor det er meldt avvik med høy alvorlighetsgrad.....	36

Figuroversikt

Figur 1 Modenhetsnivå internkontroll.....	14
Figur 2 Forholdet mellom internkontroll etter kommuneloven, øvrig internkontroll og styring/ledelse (KMD)	17
Figur 3 Tilstrekkelig internkontroll. (N = 591).....	21
Figur 4 Kvalitetssystemet brukes i stor grad til å lagre prosedyrer og rutiner for min enhet. (N = 587) ...	25
Figur 5 Jeg er godt kjent med hvor aktuelle rutiner og prosedyrer er lagret i kvalitetssystemet . (N = 587)	26
Figur 6 Det er utarbeidet tilstrekkelig med skriftlige rutiner og prosedyrer i forbindelse med mine oppgaver . (N = 587).....	26
Figur 7 Rutiner og prosedyrer er tilstrekkelig oppdatert. (N = 587).....	27
Figur 8 Det gjennomføres risikovurderinger opp mot å nå målene (N= 587).....	32
Figur 9 Jeg er godt kjent med rutiner for å melde avvik (N=587)	37
Figur 10 Jeg melder alltid avvik de tilfeller det oppstår (N=587)	38
Figur 11 Meldte avvik blir håndtert på en måte som forbedrer tjenestene og forebygger mot nye avvik (N =587):	38
Figur 12 Avvik som blir meldt følges alltid opp av ledelsen i tilstrekkelig grad (N=587)	39
Figur 13 Jeg opplever at ledelsen ønsker at oppståtte avvik meldes i avvikssystemet (N= 587)	39

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for prosjektet

Kontrollutvalget i Buskerud fylkeskommune vedtok i sitt møte den 8. oktober 2024, sak 46/24, at Viken kommunerevisjon IKS (VKR) skulle gjennomføre en forvaltningsrevisjon av internkontroll i Buskerud fylkeskommune.

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 har vært å vurdere i hvilken grad Buskerud fylkeskommune har et helhetlig og overordnet internkontrollsystem.

Undersøkelsen har besvart følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad er nødvendig styringsinformasjon tilgjengelig for å sikre god internkontroll?
2. I hvilken grad er sentrale rutiner og prosedyrer utarbeidet og tilgjengelig?
3. I hvilken grad gjennomføres systematiske risikovurderinger på overordnet nivå?
4. I hvilken grad er det etablert en praksis for avvikshåndtering på overordnet nivå?

1.3. Avgrensning av undersøkelsen

Som det går fram av problemstillingene i kulepunktene i kapittel 1.2, er det vedtatt relativt konkrete problemstillinger for forvaltningsrevisjonen. Vi presiserer at prosjektet kun tar for seg de områder og temaer som faller inn under de problemstillingene som fremgår av kapittel 1.2. Vurderinger og konklusjoner omfatter derfor bare disse avgrensede definerte områdene eller temaene.

1.4. Beskrivelse av Buskerud fylkeskommune

Den administrative ledelsen, fylkeskommunedirektørens ledergruppe, er inndelt i følgende funksjoner:

- Fylkeskommunedirektør
- Fylkesdirektør for Finans og organisasjon
- Fylkesdirektør for Kultur, næring og klima
- Fylkesdirektør for Opplæring og kompetanse
- Fylkesdirektør for Samferdsel
- Fylkesdirektør for Samfunn, plan og tannhelse

- Direktør for Kommunikasjon, sikkerhet og myndighetskontakt

Fylkeskommunedirektørens stab har følgende hovedoppgaver:

- Kommunikasjon, sikkerhet og myndighetskontakt
- Strategisk toppleder- og politikerstøtte
- Administrativ støtte og sekretariatstøtte til politisk og administrativ ledelse
- Prosess-støtte og sakskontroll
- Personvern

Staben har også ansvar for strategisk støtte knyttet til politisk deltagelse i eksterne samarbeid og i kommuneregionene, og for fylkeskommunens valgorganisasjon.

Avdeling finans og organisasjon

Avdeling finans og organisasjon har ansvar for oppgaver innenfor HR, økonomi, eiendom, virksomhetsstyring og bærekraft, samt fellestjenester som kantine, service- og dokumentssenter.

Avdeling for samferdsel

Avdeling samferdsel har oppgaver innen mobilitet, vei, veipakker, kollektivtransport, luftfart- /infrastruktur, sjøtransport/ferge/havn og bredbånd.

Avdeling for opplæring og kompetanse

Avdeling opplæring og kompetanse har ansvar for at innbyggerne i Buskerud skal få et godt videregående opplæringstilbud i skole og i bedrift for ungdom og voksne med rett til videregående opplæring. Avdelingen har også ansvar for høyere yrkesfaglig utdanning (fagskole) som skal dekke lokale, regionale og nasjonale behov.

Til avdelingens ansvar hører 12 videregående skoler, Karriere Buskerud, Pedagogisk psykologisk tjeneste og oppfølgingstjenesten (PPOT), Ung Invest AiB, og Lerberg skole- og kompetansesenter. Sistnevnte gir grunnskoleopplæring i helse- og barnevernsinstitusjoner også

Avdeling for kultur, næring og klima

Avdeling for kultur, næring og klima har ansvar for mange tema som alle bygger opp om samfunnsutviklingen i Buskerud. Avdelingen jobber tett sammen med både offentlige aktører, næringsliv, kulturliv og frivilligheten i sitt arbeid.

Avdelingen har ansvar for næring, klima, kultur, friluftsliv, idrett, kulturarv og fylkesbibliotek.

Avdeling for samfunn, plan og tannhelse

Avdelingen har ansvar for tannhelsetjenester, folkehelsearbeid, integrering og bosetting, internasjonalt arbeid, innbyggermedvirkning, kommuneregionsamarbeidet, regional planlegging, planveiledning overfor kommune og miljøoppgaver innenfor vann-, fisk- og viltforvaltning.

Fylkesadvokaten

Fylkesadvokaten i Buskerud er fylkeskommunens eget advokatkontor. Kontoret skal ivareta en rekke oppgaver i organisasjonen som juridisk rådgivning til Fylkestinget, fylkesutvalget og andre folkevalgte

organ, men også ved administrativ saksforberedelse og i administrative beslutningsprosesser. Fylkesadvokaten forbereder og innstiller i alle saker til Klagenemnda.

Kontoret representerer fylkeskommunen i tvister for domstolene, men også i forhandlinger både før og etter at søksmål er tatt ut. Fylkesadvokaten er leder for kontoret, og hennes nærmeste leder er fylkeskommunedirektøren. For å ivareta reglene om advokaters uavhengighet, er fylkesadvokaten ikke en del av fylkeskommunedirektørens ledergruppe.

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" 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 fylkeskommunen. Det er videre gjennomført intervjuer med utvalgte virksomhetsledere innenfor eiendom, skole, og tannhelse. Det er også gjennomført intervju med to fylkesdirektører samt fylkeskommunedirektør. Det er skrevet referater fra intervjuene og disse er verifisert. Det er også gjennomført intervju og samtaler med kvalitetsleder som også har vært kontaktperson i prosjektet.

Det er videre gjennomført en spørreundersøkelse ved bruk av Questback. Undersøkelsen ble sendt til alle ansatte i fylkeskommunen med stillingsprosent på over 20 % basert på en oversikt over ansatte mottatt fra fylkeskommunen. Undersøkelsen ble sendt til 2 419 personer, det ble mottatt 594 svar. Dette gir en svarprosent på om lag 25 %.

Vi har fått tilgang til fylkeskommunens kvalitetssystem. Vi har også hentet ut diverse analyser og statistikk 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 aspekter ved fylkeskommunens internkontrollarbeid, 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 fordelen at alle får samme spørsmål. 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.

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

Revisjonen mener at denne undersøkelsen møter de krav satt til reliabilitet og validitet. Ved å bruke metodetriangulering, i dette tilfellet dokumentanalyse, intervjuer, spørreundersøkelse samt tilgang til- og observasjoner i kvalitetssystemet er funn og vurderinger gjort fra flere kilder. Svarprosenten til spørreundersøkelsen er relativt lave men likevel høye nok til at kan anses som valide, de må likevel tolkes og brukes med varsomhet.

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

Høringsprosess

Rapporten har vært til fakteverifisering, tilbakemelding fra fylkeskommunen ble gitt 22.8.25.

Et utkast til rapport har blitt oversendt fylkeskommunedirektøren til uttalelse. Fylkeskommunedirektøren har gitt uttalelse mottatt i epost 8.9.2025.

3. Revisjonskriterier

Som kilder for revisjonskriteriene¹ har vi i hovedsak benyttet kommuneloven² relevante veiledere og standarder for internkontroll.³

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 fylkeskommunedirektørens ansvar å sørge for at internkontrollen er systematisk, tilpasset fylkeskommunens størrelse, egenart og risikoforhold, og at denne er integrert i fylkeskommunens 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 fylkeskommunen 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.⁴

Internkontrollen må være organisert slik at fylkeskommunedirektøren får styringsinformasjon i tilstrekkelig grad slik at det er mulig å følge opp at lover og forskrifter etterleves, samt at fylkeskommunen når sine fastsatte mål.

Beskrivelse av hovedoppgaver, mål og organisering

I henhold til kommuneloven § 25-15 skal fylkeskommunedirektøren sørge for at det utarbeides en beskrivelse av fylkeskommunens hovedoppgaver, mål og organisering. Denne beskrivelsen gir en overordnet forståelse av hvilke oppgaver fylkeskommunen 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.

¹ Revisjonskriterier er en samlebetegnelse for krav og forventninger som benyttes for å vurdere fylkeskommunens 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.

² Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) - LOV- 2018-06-22-83

³ KS veileder (2020) *Orden i eget hus. Kommunedirektørens internkontroll*; COSO (2013) *Internkontroll - et integrert rammeverk*; KMD (2009) *85 tilrådninger for styrkt egenkontroll i kommune*

⁴ Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 412.

⁵ Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) – LOV- 2018-06-22-83. §25-1 bokstav a.

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 fylkeskommunen. Dette kan for eksempel gjøres som en oversikt over lederstrukturer, rapporterings- og styringslinjer, delegering og funksjonsbeskrivelser.⁶

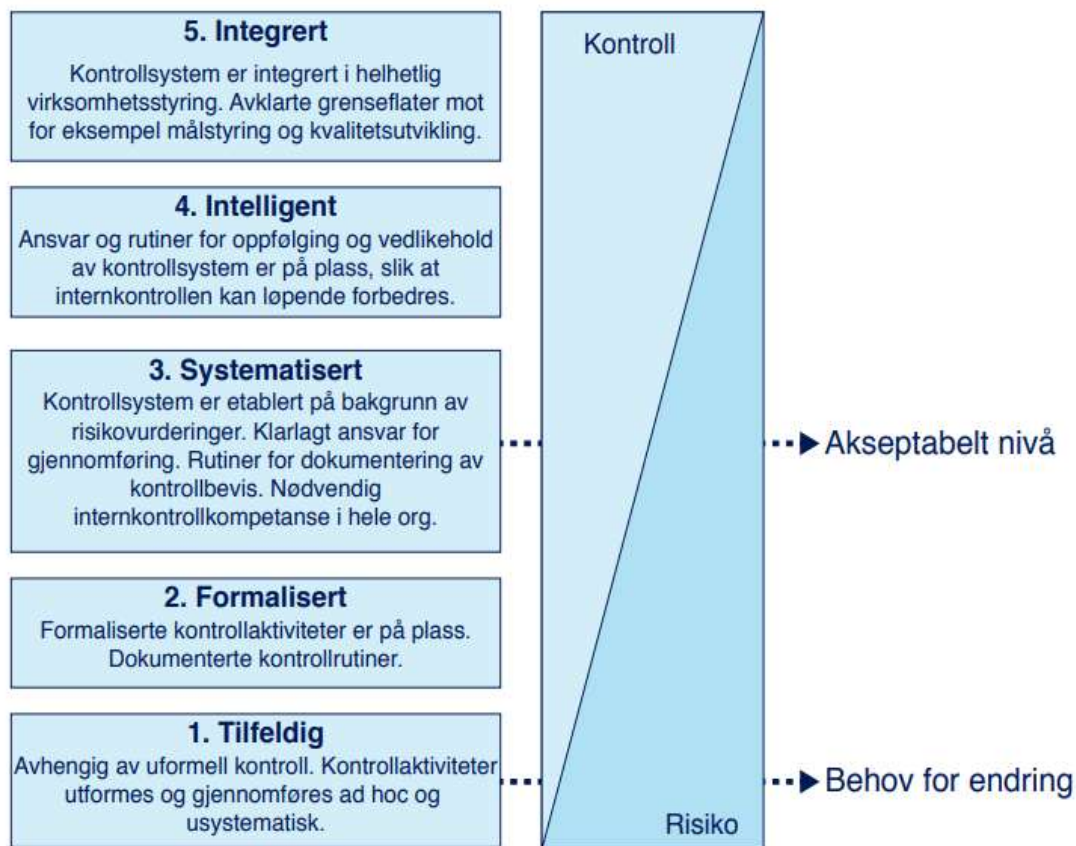
For å sikre at internkontrollen fungerer godt, er det avgjørende at fylkeskommunen har et klart definert organisasjonskart som viser hvilke enheter som er ansvarlige for hvilke oppgaver. Dette omfatter også delegering av myndighet og tydelige rapporteringslinjer, slik at det er klart hvem som har ansvar 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 uformell styrings- og kontrollmiljøet i virksomheten.⁷

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

⁷ DFØ (2021) Veileder i internkontroll

Figur 1 Modenhetsnivå internkontroll.



Rutiner og prosedyrer

I henhold til kommuneloven § 25-18, skal fylkeskommunedirektøren sørge for nødvendige rutiner og prosedyrer for internkontroll. Rutiner og prosedyrer er sentrale verktøy i internkontrollen, da de sørger for at fylkeskommunen 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.⁹

Ifølge forarbeidene¹⁰ 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.

⁸ Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) – LOV- 2018-06-22-83. §25-1 bokstav b

⁹ <https://tidsskriftet.no/2018/01/sprakspalten/veileder-retningslinje-prosedyre>

¹⁰ Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 412.

KMDs veileder¹¹ 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.

KS veileder¹² påpeker at rutinene og prosedyrene skal være risikobaserte og tilpasses fylkeskommunens 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-rammeverket¹³ 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 § 25-1¹⁴ er nødvendige for å identifisere områder med høy risiko for avvik, og for å sette inn nødvendige tiltak for å redusere denne risikoen.

Ifølge forarbeidene¹⁵ innebærer dette at fylkeskommunedirektør både skal korrigere oppståtte feil samtidig som framtidige feil forebygges. Fylkeskommunedirektøren 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 veileder¹⁶ 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 fylkeskommunen. KS veileder¹⁷ påpeker at risikovurderingene bør baseres på fylkeskommunens kjerneprosesser, slik at risikohåndteringen fokuserer på de områdene som er mest kritiske for måloppnåelsen.

COSO-rammeverket¹⁸ 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

¹¹ KMD (2009) *85 tilrådninger for styrkt egenkontroll i kommunane*

¹² KS veileder (2020) *Orden i eget hus. Kommunedirektørens internkontroll*

¹³ COSO (2013) *Internkontroll - et integrert rammeverk*

¹⁴ Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) – LOV-1992-09-25-107. §25-1 bokstav c.

¹⁵ Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 413.

¹⁶ KMD Internkontroll i kommunesektoren okt. 2021

¹⁷ KS veileder (2020) *Orden i eget hus. Kommunedirektørens internkontroll*

¹⁸ COSO (2013) *Internkontroll - et integrert rammeverk*

kontrolltiltak implementeres for å redusere risikoen til et akseptabelt nivå.

Dokumentasjon av internkontroll

Kommuneloven § 25-1¹⁹ stiller krav om at fylkeskommunen 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 tjenestoområde tilsier at fylkeskommunen må skriftlig gjøre rutiner og prosedyrer.²⁰

Dokumentasjonen skal være tilstrekkelig for at det kan evalueres om de etablerte kontrollsystemene fungerer som de skal. KMDs veileder²¹ 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 fylkeskommunen kan forbedre internkontrollen basert på erfaringer og evalueringer.

Evaluering og forbedring av internkontroll

Kommuneloven § 25-1²² pålegger fylkeskommunen 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 fylkeskommunen. Dette kan innebære både interne og eksterne revisjoner, samt oppfølging av risikovurderinger og avviksbehandling.

Ifølge forarbeidene²³ skal skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll evalueres og ved behov forbedres. Fylkeskommunen skal evaluere hvordan virksomheten jobber med internkontroll, og nødvendig forbedringer gjøres innenfor tidsrammer, kostnadsrammer og prioriteringer i fylkeskommunen.

Fylkestinget er det øverste organ i fylkeskommunen jf. kommuneloven § 5-3.²⁴ Dette innebærer at all utøving av fylkeskommunal kompetanse skjer på fylkestingets vegne og under fylkestingets ansvar.²⁵ Fylkestingets tilsynsansvar innebærer blant annet at fylkestinget må sørge for at fylkeskommunen er organisert og drives slik at lover og forskrifter holdes, samt at mål nås.

I henhold til kommuneloven § 14-7²⁶ skal fylkeskommunen 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 fylkeskommunen. Bestemmelsen gir fylkeskommunene stort rom for skjønn til å avgjøre hvilke opplysninger som skal gis i årsberetningen om fylkeskommunens tjenester mv.

¹⁹ Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) – LOV- 2018-06-22-83. §25-1 bokstav d.

²⁰ Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 413.

²¹ KMD (2009) *85 tilrådsninger for styrkt egenkontroll i kommunane*

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

²³ Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 413.

²⁴ Prop. 46 L (2017–2018) s. 259

²⁵ Norsk lovkommentar § 5-2

²⁶ Prop. 46 L (2017–2018) Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven), s. 196.

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 § 25-2²⁷ skal fylkeskommunedirektøren også rapportere til fylkestinget 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 fylkeskommunenes 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 2.²⁸

Figur 2 Forholdet mellom internkontroll etter kommuneloven, øvrig internkontroll og styring/ledelse (KMD)



Det er viktig at internkontrollen evalueres jevnlig, slik at fylkeskommunen kan tilpasse kontrolltiltakene etter eventuelle endringer i organisasjonens struktur eller eksterne forhold.²⁹ COSO-rammeverket³⁰ understreker at evaluering og forbedring er en sentral del av internkontrollsystemet. Kontinuerlig evaluering gir fylkeskommunen mulighet til å justere og forbedre kontrollsystemene slik at de forblir relevante og effektive.

²⁷ KS (2020) *Orden i eget hus*, s. 128.

²⁸ Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2021) Internkontroll i kommunesektoren

²⁹ KS (2020) *Orden i eget hus*

³⁰ COSO (2013) *Internkontroll - et integrert rammeverk*

3.1. Utledelede revisjonskriterier

På bakgrunn av gjennomgangen ovenfor utledes følgende revisjonskriterier

Tekstboks 1.1 Utledelede revisjonskriterier

- Internkontrollen må være organisert slik at fylkeskommunedirektøren får styringsinformasjon i tilstrekkelig grad slik at det er mulig å følge opp at lover og forskrifter etterleves samt at fastsatte mål nås
- Fylkeskommunen bør sikre at sentrale rutiner og prosedyrer er tilgjengelig og oppdatert
- Fylkeskommunen bør ha dokumenterte rutiner for risikovurderinger på overordnet nivå
- 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 fylkeskommunens internkontroll

4. Styringsinformasjon/overordnet internkontroll

Dette kapittelet fokuserer på følgende problemstillinger:

- I hvilken grad er nødvendig styringsinformasjon tilgjengelig for å sikre god internkontroll?

4.1. Fakta

Årsrapportering

Det går fram av årsrapporten for 2024 at Buskerud fylkeskommune har igangsatt arbeid med å etablere et felles verktøy for risikovurderinger og styrende dokumenter for risikostyring. I andre halvdel av 2024 har fylkeskommunedirektøren iverksatt tiltak for å styrke avvikskulturen, med mål om å forbedre innmelding og håndtering av avvik. Det ble registret litt over 1000 avvik i avvikssystemet i 2024. Om lag 95 prosent av disse er håndtert og lukket, mens resterende behandles fortløpende. Nesten halvparten av avvikene gjelder vold og trusler mot ansatte. Fysisk og kjemisk arbeidsmiljø, samt elev- og studentatferd utgjør de neste største kategoriene.³¹

Videre framgår det av årsrapporten at Buskerud fylkeskommune bruker samme kvalitetssystem (Netpower) som ble benyttet før oppløsningen av Viken fylkeskommune. Mye av dokumentene og prosessbeskrivelsene i applikasjonen ble også overført til nye Buskerud fylkeskommune. Det er satt i gang forbedringsprosesser knyttet til dokumentmodulen og avviksmodulen i systemet. Dette arbeidet vil videreføres i 2025.

I 2024 ble det påbegynt et arbeid med å kartlegge øvrig internkontroll i Buskerud fylkeskommune. Det ble utarbeidet en spørreundersøkelse som skal undersøke hvordan det jobbes med internkontroll. Undersøkelsen sendes ut i begynnelsen av 2025, og vil danne utgangspunkt for videre prioriteringer og forbedringsarbeid.

Overordnede dokumenter

Fylkeskommunedirektør opplyser i intervju at organisasjonen er ung og det har vært en omfattende delingsprosess. Det er derfor viktig å få etablert et felles situasjonsbilde. Det har derfor vært viktig å få utarbeidet en virksomhetsstrategi. Strategien er administrativt forankret og består av et rammeverk bestående av visjoner, politiske mål og strategiske mål. Ifølge fylkeskommunedirektøren er det en tydelig kobling mellom virksomhetsstrategien og politiske utviklingsmål og budsjettprioriteringer. Bærekraft er et grunnleggende prinsipp for hele organisasjonen, og en grunnmur i virksomhetsstrategien. Det har vært viktig å ha et bevist forhold til hvilke planer som er nødvendige.

- Delegeringsreglement
- Arkivplan
- Helhetlig risiko og sårbarhetsanalyse
- Overordnet beredskapsplan

³¹ Buskerud fylkeskommune (2024) Årsrapport

Internkontrollsystem

Buskerud fylkeskommune sitt kvalitetssystem har flere funksjoner og er et styringssystem for kvalitet og forbedringer. Fylkeskommunen bruker kun modulene for dokument og prosess, samt avvikshåndtering. Modulen for dokumenthåndtering skal samle all kvalitetsdokumentasjon i fylkeskommunen og sikre at fylkeskommunen har oppdaterte lovpålagte prosedyrer og dokumentasjon tilgjengelig. I modulen for avvikshåndtering kan alle avvik meldes, og håndteres.

På fylkeskommunens ansattportal kan ansatte søke opp dokumenter som ligger i kvalitetssystemet, man blir videre dirigert inn i dokumentet direkte. Link for melding av avvik ligger også på intranettsiden. Her er det også en del informasjon om hvordan avvik skal meldes.

Organisering

Flere sentrale oppgaver knyttet til interkontroll og virksomhetsstyring, blant annet å følge opp kvalitetssystemet, er lagt til seksjon virksomhetsstyring og bærekraft. Kvalitetsleder er plassert i denne seksjonen. Seksjonen har systemansvar for virksomhetsstyring, kvalitetssystemer, eierstyring og forvaltning av fylkeskommunens eierinteresser. Seksjonen er videre porteføljeforvalter av IT porteføljen med ansvar for innovasjon og tjenstedesign og har styringsfunksjonen mot FRID IKS.³²

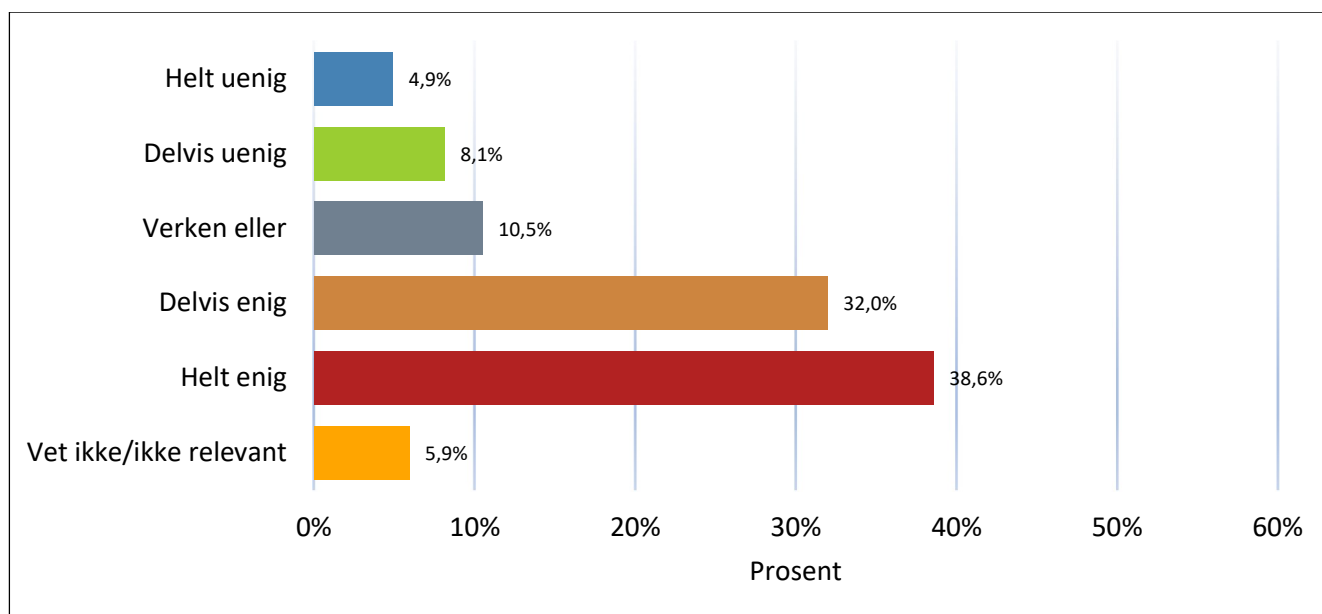
Spørreundersøkelse

I den gjennomførte spørreundersøkelsen ble det stilt en del spørsmål rundt fylkeskommunens internkontroll:

Det ble stilt spørsmål kunnskap om internkontroll. Spørsmålet ble stilt som påstand: *Vi har tilstrekkelig god internkontroll i min enhet som sikrer gode tjenester.* I diagrammet under vises svarene:

³² FRID IKS lever IKT- og digitaliseringstjenester til Oslo-, Østfold og Buskerud fylkeskommune

Figur 3 Tilstrekkelig internkontroll. (N = 591)



Av diagrammet ser vi at de aller fleste av de som har svart er enig eller delvis enig i påstanden. Om lag 13 % har svart at de er helt eller delvis uenig i påstanden.

På spørsmål om man har systemer og rutiner i enheten som sikrer at lover og regler blir overholdt ved utførelsen av tjenesten svarer over 81 % at de er enige i det. Kultur, næring og klima har de ansatte som er mest enige, her har 97% at det er helt eller delvis enig i påstanden. Samferdsel er det området som har lavest andel med 77 % men de har en relativt stor andel som har svart verken eller (17%).

Styringsinformasjon

Fylkeskommunedirektør er av den oppfatning at man begynner å få god kontroll på mål og resultatstyringen. Buskerud fylkeskommune er en ung organisasjon og styringsinformasjon er under utvikling. Dette innebærer at ikke all nødvendig styringsinformasjon var på plass fra dag én. Styringsinformasjon er noe som utvikles over tid og at de jobber med å få på plass systemer som sikrer god internkontroll, dette er en pågående prosess.

Fylkeskommunedirektøren forklarer videre at det er ukentlige ledermøter og møter med utvidet ledergruppe for å diskutere viktige saker og sikre at organisasjonen leverer det de skal. Fylkeskommunen har også system for å fange opp verbale vedtak og rapportere tilbake til politikken på gjennomføringen. Det politiske beslutningssystemet fungerer godt, det er et godt samarbeid mellom politikk og administrasjon.

Fylkeskommunedirektør mener det er viktig å ha gode styringsdata for å adressere oppmerksomheten på de rette områdene. På området sykefravær har man ikke god nok styringsinformasjon etter fylkeskommunedirektørens oppfatning, det er vanskelig å avdekke årsaker og eventuelle effekter av tiltak.

Fylkeskommunedirektøren mener at økonomioppfølging og rapportering på økonomi er sentral styringsinformasjon som er viktig, samtidig jobber man for å utvikle fylkeskommunens planverk, det er ønskelig å samle mest mulig i færre planer med vekt på kraft til å gjennomføre. For å ta gode beslutninger er man avhengig av gode vurderinger fra fagavdelingene.

Vi har gjennomført to intervjuer med fylkesdirektører. Fylkesdirektør for opplæring og kompetanse opplyser at rapporteringssystemet er hierarkisk organisert, det er strukturert rapporteringslinje, hvor rektorene rapporterer til lederen for virksomhetene, som igjen rapporterer til Fylkesdirektør. Seksjonslederne rapporterer direkte til fylkesdirektør, og enhetslederne rapporterer til sine respektive seksjonsledere. Enhetslederne er også med i ledergruppen med fylkesdirektør i ukentlige møter.

Det avholdes utvidet ledermøter hvor alle rektorer deltar ca. 7-8 ganger i året. Det gjennomføres også digitale møter med rektorene på fredagene.

Videregående opplæring er lovstyrt og gjenspeiler seg i delegasjonsreglementet som delegerer videre myndighet til ledere i sektorene. Fylkesdirektør for opplæring og kompetanse henviser også tertialrapporter og årsrapport som viktige kilder til måloppnåelse av driften. For videregående opplæring gjennomføres det også lovpålagt tilstandsrapportering, her kan det tas ut rapportering på ulike nivåer helt ned på programområdene. Det gjennomføres også årlige brukerundersøkelser som er viktige for å sikre kvaliteten på opplæringen.

Man har tre ulike informasjonspunkter gjennom året til fylkestinget. Det informeres bl.a. etter brukerundersøkelser, etter skoleårets slutt og en samlet rapport i desember. Dette gir etter fylkesdirektørens oppfatning tidsriktig og aktuell informasjon til politikerne.

Fylkesdirektøren for opplæring og kompetanse påpeker at styringssystemene er hentet fra gamle Viken og de gamle fylkene før det. Systemene er dermed velprøvde og kjente og gir den informasjonen de trenger for å sikre god internkontroll. Det er imidlertid et kontinuerlig arbeid å forbedre og tilpasse systemene for å sikre at de gir nødvendig styringsinformasjon. Dette inkluderer å oppdatere systemene ved behov. I det store bildet oppleves det at politikerne er fornøyde med den rapporteringen som gis.

Fylkesdirektør for samferdsel fremhever at økonomiplanen er fireårig, men revideres hvert år. Den inneholder resultatmål for hver avdeling, som igjen brytes ned til tiltak på seksjoner og virksomheter. Dette sikrer at alle nivåer i organisasjonen jobber mot de samme målene. Resultatmålene for hver avdeling følges opp gjennom virksomhetsplanene. Disse målene brytes ned til konkrete tiltak som gjennomføres på seksjons- og virksomhetsnivå. Det gjennomføres månedlige møter hvor det gjennomgås status og utfordringer for hver seksjon. Disse møtene sikrer at alt som er satt i bestilling følges opp og at eventuelle behov for endringer besluttes.

Rapportering og referater er en viktig del av oppfølgingssystemet. Det gjennomføres månedlige rapporteringer og referater som dokumenterer status og eventuelle avvik. Dette bidrar til å holde oversikt over fremdrift og sikre at tiltak gjennomføres som planlagt.

Seksjonslederne har ansvar for oppfølging av byggelederne. Dette inkluderer månedlige møter hvor de gjennomgår status og utfordringer for hver seksjon. Seksjonslederne sørger for at byggelederne følger opp kontraktene og at eventuelle behov for endringer besluttes.

Ledelsens gjennomgang skjer på månedlig basis og inkluderer oppfølging av budsjett, virksomhetsplan og eventuelle vesentlige endringer. Dette sikrer at fylkeskommunen har god styring og kontroll over arbeidet og at eventuelle avvik håndteres raskt. Vesentlige endringer rapporteres i linja fra fylkesdirektør til fylkeskommunedirektøren, samt at hovedutvalgsleder også varsles ved behov. Dette sikrer at viktige endringer blir håndtert raskt og effektivt. Styringsinformasjon er viktig for å sikre god internkontroll. Dette inkluderer rapportering på tertial- og årsbasis, samt løpende rapportering ved behov.

4.2. Vurdering

Buskerud fylkeskommune har etablert flere sentrale systemer, prosesser og planer som legger til rette for at fylkeskommunedirektøren får nødvendig styringsinformasjon for å følge opp måloppnåelse og etterlevelse av lover og forskrifter. Arbeidet med å utvikle et helhetlig plan- og styringssystem er godt i gang, og det er tatt grep som kan bidra til bedre samordning og effektivisering av styringsinformasjonen. Samtidig er fylkeskommunen en ung organisasjon, og enkelte områder er fortsatt under utvikling.

Fylkeskommunedirektøren har igangsatt etableringen av en målstruktur som knytter politiske mål til operativ oppgaveutførelse. Dette styrker grunnlaget for mål- og resultatstyring og bidrar til at styringsinformasjon blir mer målrettet. Arbeidet med virksomhetsstrategien, vil ytterligere tydeliggjøre retning og prioriteringer.

Årsrapportering og interne rapporteringslinjer fra enhetsnivå via fylkesdirektørene til fylkeskommunedirektøren fremstår som godt etablerte. Det er også positivt at et flertall av ansatte oppfatter internkontrollen i egen enhet som tilstrekkelig, og at det finnes rutiner for å sikre etterlevelse av lover og regler.

Samlet er revisjonens vurdering at fylkeskommunen i all hovedsak har etablert systemer og rutiner som gir fylkeskommunedirektøren tilgang til nødvendig styringsinformasjon, men det er fortsatt pågående arbeid som skal styrke måloppnåelse. Kvaliteten på styringsinformasjonen vil avhenge av fullføringen og implementeringen av målstruktur, virksomhetsstrategi, felles risikoverktøy og mer enhetlig bruk av kvalitetssystemet.

5. Rutiner og prosedyrer

Dette kapittelet fokuserer på følgende problemstilling:

- I hvilken grad er sentrale rutiner og prosedyrer utarbeidet og tilgjengelig?

5.1. Fakta

Som omtalt over har Buskerud fylkeskommune et kvalitetssystem hvor prosedyrer, rutiner og andre dokumenter kan systematiseres og arkiveres. Systemet er det samme som tidligere Viken fylkeskommune benyttet. Systemet er bygget opp med egne mapper som er sektorovergripende (røde) og egne mapper for den enkelte enhet (blå). Kvalitetsleder opplyser at ikke alle virksomheter benytter seg av systemet for å lagre interne dokumenter. Det er derfor et stort potensial med å ta i bruk dette systemet enda mere. Det må arbeides for å samle dokumenter, det må være en logisk sammenheng mellom dokumentene. Det er behov for et stort arbeid for å få ryddet opp i ulike dokumenter. Det er i dag ikke satt krav om at enhetene skal benytte seg av kvalitetssystemet. Det er opplyst at det fra januar 2027 vil bli et krav om at alle enheter har lagret alle sine interne dokumenter, som er prosedyrer og rutiner i systemet.

Mange enheter benytter seg av enten Sharepoint eller Teams når det gjelder lagring av dokumenter. Ifølge kvalitetsleder fungerer Sharepoint godt til mye, men kvalitetssystemet har en del innebygde kontrollfunksjoner som Sharepoint ikke har. Det blir bl.a. knyttet opp roller og ansvar til dokumenter som lagres i kvalitetssystemet, som bla. ansvaret for revidering og oppdateringer. Ifølge kvalitetsleder er kvalitetssystemet et viktig verktøy og en viktig brikke i prosessen med å sikre et godt internkontrollsystem.

Fylkeskommunen er i slutfasen med utarbeidelse av *Styringsdokument for dokumentrammeverk Buskerud fylkeskommune*. Styringsdokumentet har som formål å gi en oversikt over hvordan fylkeskommunen, lager benevner og håndterer dokumenter. Det beskriver godkjenningshierarki, ansvar og delegasjon. Det framgår bl.a. at *ledere på alle nivåer har ansvar for å sikre at dokumentforvaltningen etterleves i henhold til dette styringsdokumentet/reglementet innenfor sitt ansvarsområde. Dette inkluderer å sørge for at nødvendige dokumenter er utarbeidet, oppdaterte og tilgjengelige for ansatte og at disse etterleves.*

Det er videre utarbeidet en tabell som beskriver dokumenttyper og hvor disse skal lagres. Her framgår bla. hvilke typer dokumenter som skal lagres i fylkeskommunens kvalitetssystem.

Det er også utarbeidet en retningslinje for dokumentproduksjon i kvalitetssystemet. Her beskrives ulike dokumenttyper som skal arkiveres i kvalitetssystemet. Noen av dokumentene skal også arkiveres i arkivsystemet Elements. Videre beskrives mappestruktur og dokumenteierskap.

Revisjonsperiode skal normalt settes til 2 år. Dokumentet skal vurderes oppdatert når det kommer endringer i lovverket og i praksis. Det er definert ulike roller til de enkelte dokumenter.

Mappestrukturen i kvalitetssystemet for det enkelte område er fordelt på følgende områder:

Tabell 1 Mappestruktur

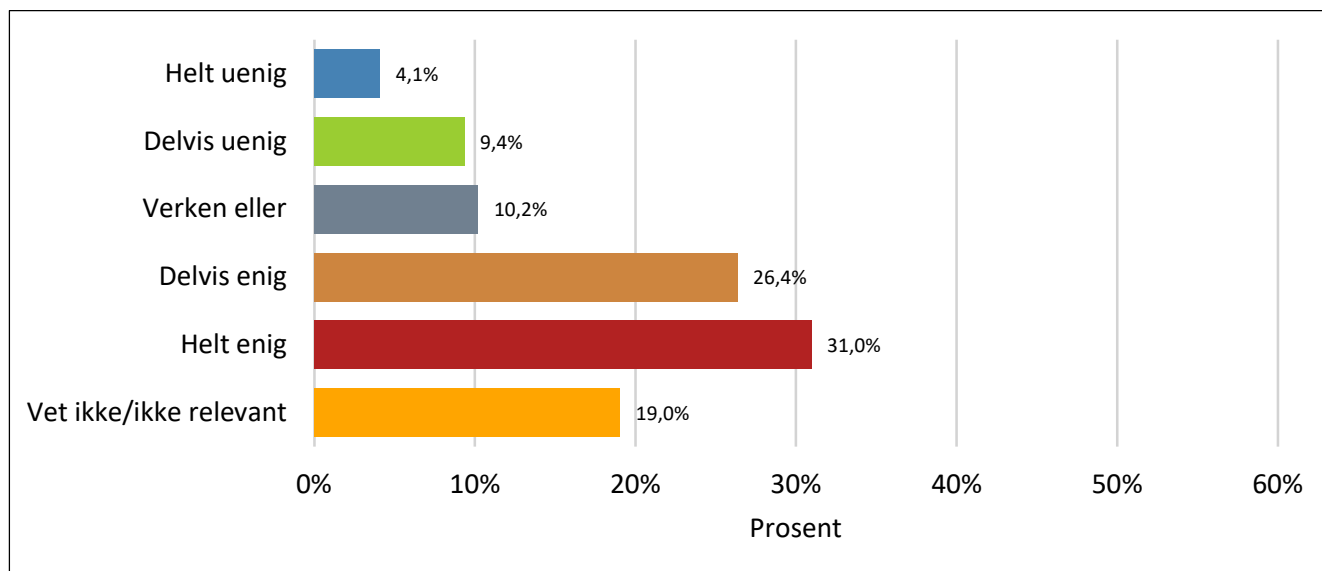
Område	Antall dokumenter
Opplæring og kompetanse	596
Samferdsel	405
Samfunn plan og tannhelse	108
Finans og organisasjon	76
Kultur næring og klima	19
Fylkeskommunedirektør	3
Anskaffelser	3
Fylkesbibliotek	0

Tabellen viser at det er samferdsel og opplæring og kompetanse som har arkivert flest dokumenter i kvalitetssystemet. Når det gjelder opplæring og kompetanse er dette i hovedsak felles dokumenter, men også noen seksjonsinterne dokumenter. Det er egne mapper for hver virksomhet der beredskapsdokumenter er lagret.

Spørreundersøkelse

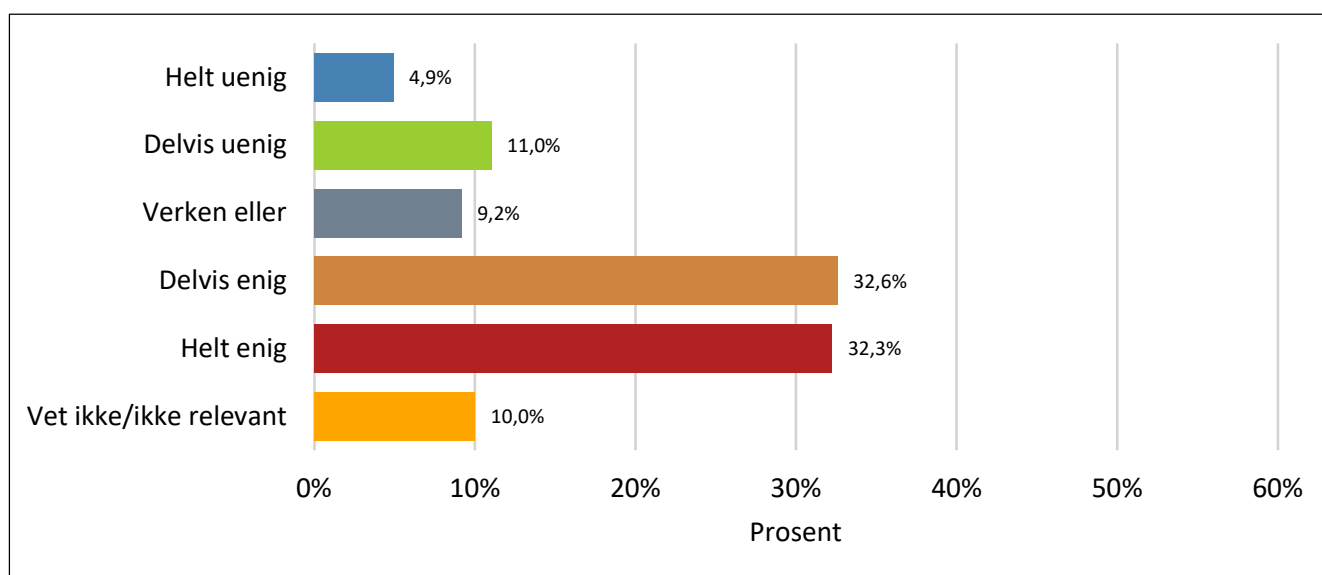
I spørreundersøkelsen til ansatte ble det stilt en del spørsmål rundt bruk av fylkeskommunens kvalitetssystem og håndtering av dokumenter, prosedyrer/ rutiner.

Figur 4 Kvalitetssystemet brukes i stor grad til å lagre prosedyrer og rutiner for min enhet. (N = 587)



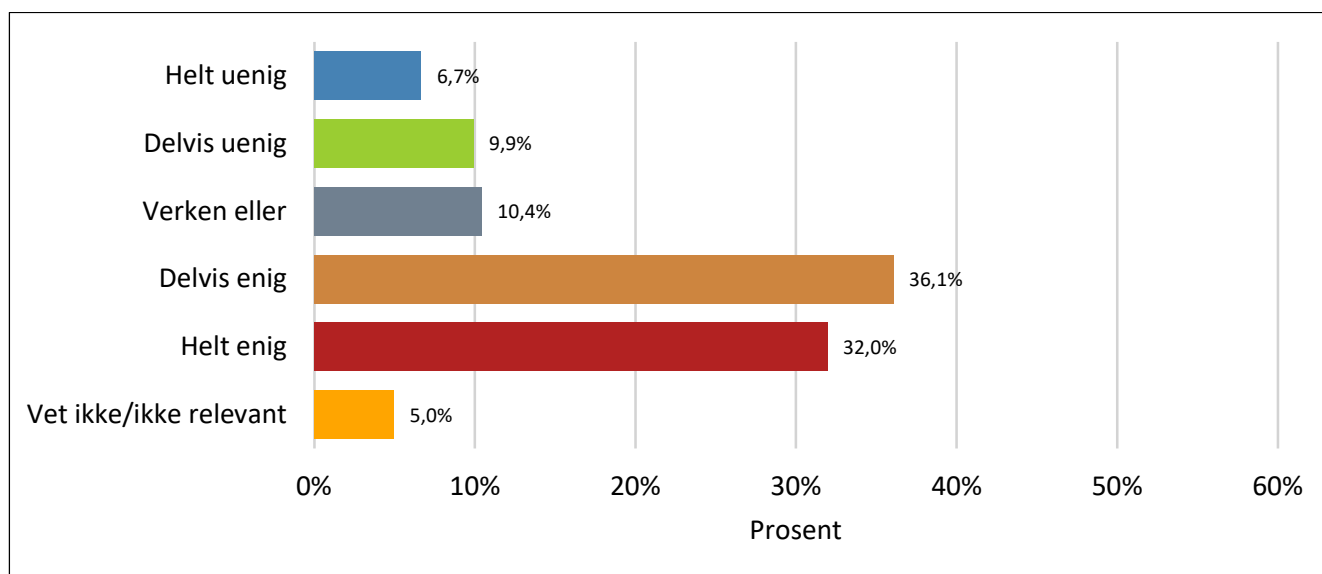
Av diagrammet ser vi at i overkant av 57% har svart at de er helt eller delvis enige i at fylkeskommunens kvalitetssystem i stor grad brukes til å lagre prosedyrer i egen enhet. Vi registrerer at det er 19 % som har svart vet ikke på spørsmålet mens ca. 14 % er helt eller delvis uenig i påstanden. Ansatte i enhetene Samferdsel (25 prosent) er i større grad uenig i påstanden

Figur 5 Jeg er godt kjent med hvor aktuelle rutiner og prosedyrer er lagret i kvalitetssystemet. (N = 587)



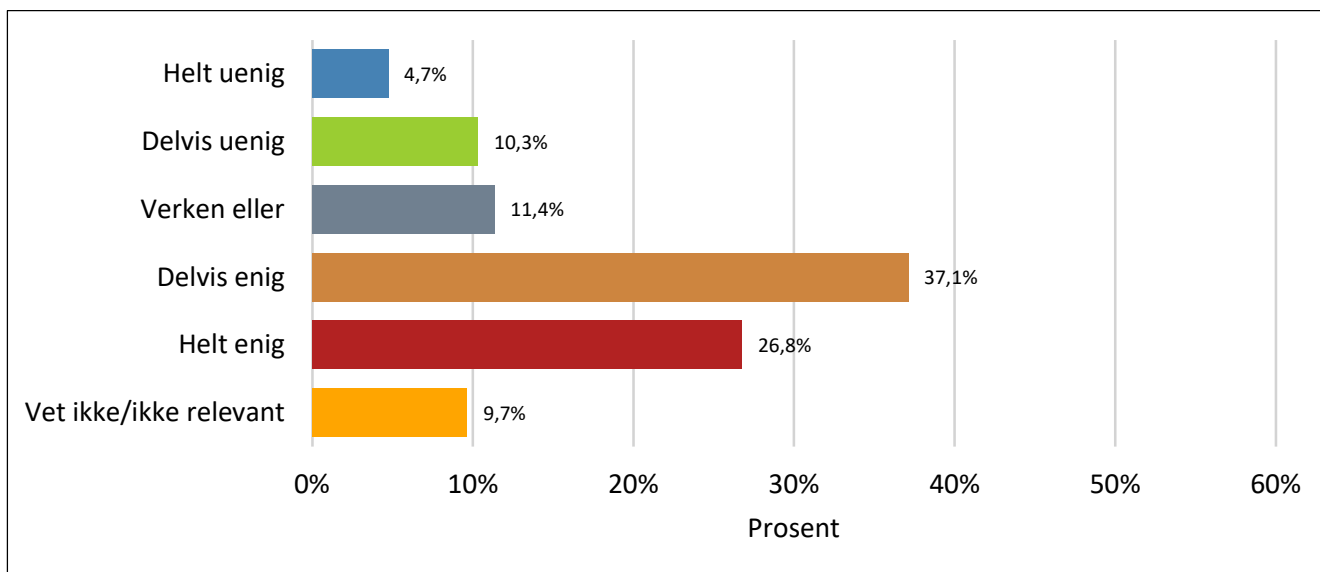
Av diagrammet ser vi at om lag 65 % som er enige i påstanden. Enhetene Kultur, næring og klima (24 prosent) og Samfunn, plan og tannhelse (20 prosent) er i størst grad uenig i påstanden.

Figur 6 Det er utarbeidet tilstrekkelig med skriftlige rutiner og prosedyrer i forbindelse med mine oppgaver. (N = 587)



Diagrammet viser at om lag 68% av de som har svart er enig i påstanden. I overkant av 16% er uenig i påstanden. Enheten samferdsel skiller seg ut negativt ved at 27 prosent er helt eller delvis uenig i påstanden.

Figur 7 Rutiner og prosedyrer er tilstrekkelig oppdatert. (N = 587)



Av diagrammet ser vi at det er om lag 64 % som er av den oppfatning at prosedyrer er oppdatert om lag 15 % er uenig i dette. Ser vi på fordeling mellom enhetene er det Samferdsel som er mest uenig i påstanden. Her har omtrent 25% svart at de er uenig i påstanden.

Opplæring og kompetanse

Rektorene, som er intervjuet, oppgir at skolens egne rutiner, prosedyrer og lignende er lagret på SharePoint eller i Teams. Dette brukes som dokumentbibliotek for ansatte. Rektorer mener at de viktigste dokumentene er lett tilgjengelig for ansatte. Ansatteportalen brukes aktivt til å legge ut felles informasjon, det er lenke fra portalen til sentrale dokumenter. Det er opplyst at dersom det gjøres endringer på dokumentene blir det gitt melding via portalen. En utfordring er å sikre tilstrekkelig oppdatering og vedlikehold av dokumentene. Det er ikke noe varsel på når de skal oppdateres. Alle dokumenter skal ha en person som er ansvarlig for å følge dokumentet og gjøre endringer.

En av rektorene har opplyst at det kan være krevende med en stor mappestruktur i SharePoint.

Rektorene opplyser at ledelsen ikke har stilt krav om at alle dokumenter skal lagres i kvalitetssystemet. Felles dokumenter er lagret i kvalitetssystemet. Det er ikke gitt særskilt opplæring i systemet.

Det er også lagret dokumenter i saksbehandlingssystemet Elements eller i Sticos³³, slik at det er noen ganger kan være at man leter feil sted. Det er som regel ikke utfordringer knyttet til å finne dokumenter.

Rektorene erfarer at kunnskapen om hvor dokumenter finnes er god nok. Er ansatte i tvil så spør de en kollega. Ansatte er flinke til å hjelpe hverandre. En rektor opplyser at de har en fadderordning for nyansatte lærere.

³³ Oppslagssystem bla. innen lovverk og regler for HMS

Samferdsel

Fylkesdirektør Samferdsel opplyser at kvalitetssystemet brukes aktivt. Alle rutiner og prosesser for de ulike oppgavene som Samferdsel har ansvaret for, er tilgjengelig her. Kvalitetssystemet er med på sikre at de riktige prosessene følges og at eventuelle avvik håndteres raskt. Revisjonen har fått demonstrert hvordan mappestruktur og innhold er bygget opp for Samferdsel. Systemet inneholder prosedyrer og rutiner for ulike oppgaver som planlegging, drift og vedlikehold. Detaljerte beskrivelser av prosesser beskrives her. Systemet inneholder også prosedyrer knyttet opp mot beredskap og håndtering av hendelser på vei. Dette er etter fylkesdirektøren menig med på å sikre at fylkeskommunen er forberedt til å håndtere uforutsette hendelser, samt at det bidrar til å sikre kvalitet og effektivitet i arbeidet. Fylkesdirektør er også av den oppfatning at ansatte har god kjennskap til kvalitetssystemet og at det brukes aktivt.

Tannhelsetjenesten

Klinikkleder opplyser at alle nødvendige rutiner og prosedyrer lagres i kvalitetssystemet. Dette er et levende system hvor dokumenter oppdateres jevnlig. Det er opprettet en arbeidsgruppe som sørger for at innholdet i systemet er oppdatert. Arbeidsgruppen jobber kontinuerlig med å forbedre og vedlikeholde systemet. Det oppleves at mappestrukturen er oversiktlig. En del aktuelle dokumenter ligger i Sticos, men det kan noen ganger være usikkert hvor dokumentet er tilgjengelig. Det er imidlertid link fra kvalitetssystemet.

Klinikkleder opplyser også at ansatte gir uttrykk for at de i det daglige ikke har nok tid til å holde seg oppdatert på alt som legges ut. Kompetansen til de ansatte er god nok, men det man gjør ofte, blir man god på. Alle ansatte har gjennomgått et opplæringsprogram. Opplæringen har vært god, og innholdet i kvalitetssystemet er regelmessig tema på klinikkmøter.

Teams brukes også, men i hovedsak kun til å dele informasjon som referater og lignende.

Eiendom

Eiendomssjef har opplyst at alle interne dokumenter og prosedyrer er lagret i Teams. Dokumentene skulle i utgangspunktet vært lagt over i kvalitetssystemet. Det er valgt å ikke gjøre dette før dokumentene er revidert og oppdatert etter overgangen fra Viken til Buskerud. Eiendomssjefen er av den oppfatning at Teams fungerer bra. Alle ansatte vet hvor man finner dokumenter.

Eiendom benytter også et FDV system, det er avklart hvilke dokumenter som skal ligge i dette systemet og hva som skal ligge i Teams. Det er mye enklere å legge inn dokumenter i Teams, sammenlignet med FDV systemet.

5.2. Vurdering

Buskerud fylkeskommune har tatt i bruk et kvalitetssystem som er godt egnet til å sikre at rutiner og prosedyrer skal være samlet, tilgjengelige og oppdaterte. Systemet har en struktur med sektorovergripende mapper og egne mapper for hver enhet, og inneholder innebygde kontrollfunksjoner som kan bidra til å sikre oppdatering og etterlevelse. Samtidig viser undersøkelsen at bruken av systemet varierer mellom enhetene, og at flere virksomheter benytter alternative lagringsløsninger som SharePoint og Teams. Manglende enhetlig praksis gjør at fylkeskommunen per i dag i varierende grad har et helhetlig internkontrollsystem, hvor alle rutiner og prosedyrer er samlet, tilgjengelig og oppdatert.

Det er positivt at fylkeskommunen er i ferd med å utarbeide et styringsdokument, som tydeliggjør ansvar, godkjenningsprosesser og krav til lagring. Dette vil kunne bidra til mer ensartet praksis. Undersøkelsen viser at bruken av systemet i dag er uensartet. Enkelte enheter, som samferdsel og tannklinikken, benytter systemet aktivt og systematisk, mens andre, som skole og eiendom, i liten grad lagrer rutiner og prosedyrer her.

Undersøkelsen viser at et flertall av de ansatte kjenner til hvor aktuelle rutiner og prosedyrer er lagret, og at de viktigste dokumentene er skriftliggjort og tilgjengelig. Dette gjelder uavhengig av om dokumentene er lagret i kvalitetssystemet eller andre steder. Samtidig kan det være utfordringer knyttet til at rutiner og prosedyrer lagres i flere ulike systemer. Dette kan føre til usikkerhet om hvor dokumenter finnes, og føre til at ansatte må lete i flere kilder. Det kan også gjøre det vanskelig for fylkeskommunedirektør å ivareta sitt internkontrollansvar for å sikre at sentrale rutiner og prosedyrer er tilstrekkelig oppdatert.

Kvalitetssystemet inneholder funksjoner for å tildele ansvar for revisjon og oppdatering av dokumenter. Spørreundersøkelsen viser at et flertall oppfatter rutinene som oppdaterte. Likevel er det påvist at mange dokumenter fortsatt må oppdateres til Buskerud-versjon, og at oppfølging av oppdateringsansvar er vanskeligere når dokumenter lagres utenfor kvalitetssystemet.

Vår vurdering er at fylkeskommunen har et relevant kvalitetssystem som alle enhetene bør benytte ved lagring og oppdatering av rutiner og prosedyrer. Systemet er også tilrettelagt for at alle områder skal kunne benytte dette. I dag vil felles sektorovergripende dokumenter finnes i kvalitetssystemet, mens dokumenter for den enkelte virksomhet i varierende grad er like tilgjengelig. Dette gjør det vanskeligere å ha kontroll på dokumentene. Det tilstrebes at dokumenter bare skal finnes ett sted, men dette kan bli vanskeliggjort av at det benyttes flere systemer for lagring. Selv om det finnes egne ansvarlige for oppdatering av dokumenter, vil dette ikke nødvendigvis kunne følges opp like effektivt utenfor kvalitetssystemet.

Samlet er derfor revisjonens vurdering at fylkeskommunen har et kvalitetssystem som, dersom det benyttes enhetlig og fullt ut, i stor grad vil sikre at rutiner og prosedyrer er samlet, tilgjengelig og oppdaterte. Per i dag er bruken imidlertid fragmentert, og systemets fulle potensial som verktøy for internkontroll er derfor ikke realisert på dette området. Revisjonen mener det er viktig at dokumenter oppdateres og vedlikeholdes i én felles løsning. Dette vil styrke fylkeskommunedirektørens mulighet for å ha god oversikt og internkontroll med sentrale prosedyrer og rutiner.

Fylkeskommunen har satt krav om at alle enhetene skal bruke kvalitetssystemet i forbindelse med lagring av dokumenter innen 2027. Vi er kjent med at det er en stor prosess med overgangen fra Viken fylkeskommune til Buskerud som legger beslag på mye ressurser. Revisjonen mener likevel at fylkeskommunedirektøren bør vurdere å framskynde fristen for bruk av kvalitetssystemet til dokumentlagring. Tidlig implementering av felles rutiner for dokumenthåndtering kan styrke kvaliteten og sporbarheten i arbeidet med sentrale rutiner og prosedyrer.

6. Risikovurderinger

Dette kapittelet fokuserer på følgende problemstilling:

- I hvilken grad gjennomføres systematiske risikovurderinger på overordnet nivå?

6.1. Fakta

Av fylkeskommunedirektørens omtale av internkontroll i årsrapporten for 2024 framgår det at det i 2024 ble igangsatt et arbeid for å etablere et felles verktøy for risikovurderinger i Buskerud fylkeskommune, og etablere styrende dokumenter for risikostyring. Dette arbeidet vil fortsatt ha høy prioritet i 2025.

Det er utarbeidet egen mal for ROS analyser. Kvalitetssystemet benyttes ikke til utarbeidelse av ROS, men analysene skal lastes opp i kvalitetssystemet under virksomhetens område.

Ny rutine for risikovurderinger i Buskerud fylkeskommune er utarbeidet i 2024. Av formålet framgår det at rutinen skal sikre en helhetlig og effektiv internkontroll i Buskerud fylkeskommune gjennom systematisk kartlegging og vurdering av risiko. Risikovurderinger er ment å avdekke potensielle uønskede hendelser knyttet til aktiviteter, systemer, situasjoner eller arbeidsprosesser, og gir grunnlag for prioritering og tiltaksplanlegging.

Rutinen gjelder for alle virksomheter i Buskerud fylkeskommune, inklusiv fylkesadministrasjonen.

Fylkeskommunedirektør med strategisk ledergruppe har ansvaret for at overordnede risikovurderinger gjennomføres, dokumenteres og følges. Avdelingsdirektører har ansvar for at risikovurderinger innen sitt fagområde gjennomføres, dokumenteres og følges opp. Virksomhetsledere/ enhetsledere har ansvaret for at risikovurderinger innen sin virksomhet/ enhet gjennomføres dokumenteres og følges opp.

En risikovurdering innebærer å identifisere, analysere og evaluere risiko. Prosessen inkluderer:

1. Sette rammer for vurderingen: Definere omfang, kontekst og kriterier.
2. Identifisering: Kartlegging av potensielle uønskede hendelser og deres årsaker.
3. Analyse: Vurdering av sannsynlighet og konsekvenser for hver hendelse.
4. Evaluering: Sammenligning av risiko mot kriterier for aksept og prioritering.
5. Håndtering: Planlegging og gjennomføring av tiltak, samt evaluering av deres effekt.

Av rutinen framgår det at risikovurderinger som hovedregel skal gjennomføres årlig, som en del av planleggingen for kommende år.

Obligatoriske områder for risikovurderinger er:

- Måloppnåelse: Inkludert kritiske driftsoppgaver og virksomhetsutvikling
- Informasjonssikkerhet og personvern
- Helse, miljø og sikkerhet

Det skal benyttes en risikomatrise for å vurdere sannsynlighet og konsekvens. Matrisen har som hovedformål å definere akseptabel risiko og prioritere risikoer som krever tiltak.

Et søk i fylkeskommunens kvalitetssystem viser at det foreløpig er lastet opp få ROS analyser fra enhetene. Samferdsel har lastet opp flest, med 10 risikoanalyser. For skolene er det i alt 8 analyser hvorav en fra hver skole. For Tannhelse er det lastet opp en ROS analyse. En stikkprøve av ovennevnte analyser viser at alle disse er utarbeidet før innføring av ny rutinene for ROS analyse. I og med at ikke alle enhetene bruker kvalitetssystemet til å lagre dokumenter kan det være utarbeidet ROS analyser som ikke er lagret i kvalitetssystemet.

Opplæring og kompetanse

Det opplyses at det gjennomføres årlige vernerunder og skolene jobber med ROS analyser avdelingsvis. Det lages en årlig risikoanalyse med fokus på HMS, hvor risikoområder pr. avdeling kartlegges.

Skolene har deltatt i et felles prosjekt med alle skolene med å utarbeide ROS for vold og trussel. Det ble i arbeidsgruppen benyttet en felles mal. Det er har vært noe opplæring gjennom Teams-møter, men det er behov for mer samarbeid og opplæring på tvers av skolene for å sikre at ROS analyser blir et levende verktøy.

En rektor har opplyst at det er gjennomført ROS både når det gjelder psykososiale forhold og på driften ellers. Den nye rutinen for ROS har de nylig tatt i bruk, og benyttet på ROS om vold og trusler. Skolen har vært svært opptatt av beredskap. Det er også gjennomført noen ROS-analyser på individnivå. Det er flere elever som har utfordringer som må håndteres.

Rektorene oppgir å ha gode maler for ROS nå. De har også deltatt på opplæringsdager med kvalitetsleder. Det jobbes mye for å utvikle og tilpasse tilbudet til elever, man lærer av hverandre. Mye av dette arbeidet kan betraktes som å vurdere risiko for å oppnå resultater og sørge for å sette inn de rette tiltakene for å nå målene.

Fylkesdirektør for opplæring og kompetanse opplyser at det er gjennomført risikovurderinger samlet i fylkesadministrasjonen, og at det er et kontinuerlig arbeid med å få på plass systematikk rundt risiko- og sårbarhetsanalyser. Det vurderes at beredskapsarbeidet er godt organisert fra fylkesadministrasjonen.

Fra årsberetning 2024 framgår det at Statsforvalteren gjennomførte tilsyn ved en videregående skole hvor temaet var eksamen og internkontroll. Statsforvalterens vurdering etter tilsynet var at Buskerud fylkeskommune gjennomfører risikovurderinger, og at den gjennom sin ROS-analyse har formalisert hvor risikoen er høyest, hvilke konsekvenser eventuelle feil kan få og hvilke risikoreduserende tiltak som kan avhjelpe situasjonen i forkant av eksamen og under gjennomføringen.

Samferdsel

Fylkesdirektør for samferdsel opplyser at det i liten grad vært utarbeidet ROS-analyser opp mot den daglige driften. Det utarbeides imidlertid alltid ROS analyser i forbindelse med igangsetting av prosjekter og større organisasjonsendringer.

Fylkesdirektør opplyser at beredskap er en viktig del av kvalitetssystemet. Systemet inneholder prosedyrer for håndtering av hendelser på vei, inkludert brudd på bruer og stengte tunneler. Dette bidrar til å sikre at fylkeskommunen er forberedt på å håndtere uforutsette hendelser.

Fylkeskommunen må også forholde seg til en rekke eksterne krav, inkludert sikkerhetsgodkjenning og kontroll av tunneler og bruer, forvaltningsrevisjoner og tilsyn fra ulike myndigheter. Dette bidrar til å sikre at arbeidet utføres i henhold til gjeldende lover og forskrifter.

Tannhelsetjenesten

Klinikkleder har opplyst at det er utarbeidet en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse for tjenesten i forbindelse med omorganiseringen og økonomisk omstilling. Denne analysen ble ferdigstilt i oktober 2024. Denne rapporten er viktig for å sikre at alle potensielle risikoer er vurdert og håndtert. I ledermøter besluttet det eventuelt hvilke områder som skal risikovurderes.

Tannhelsetjenesten har forbedringsteam knyttet til resultatmål som risikovurderer aktuelle arbeidsområder, eks vannkvalitet og beredskap. Disse gruppene fokuserer på å identifisere og håndtere potensielle risikoer.

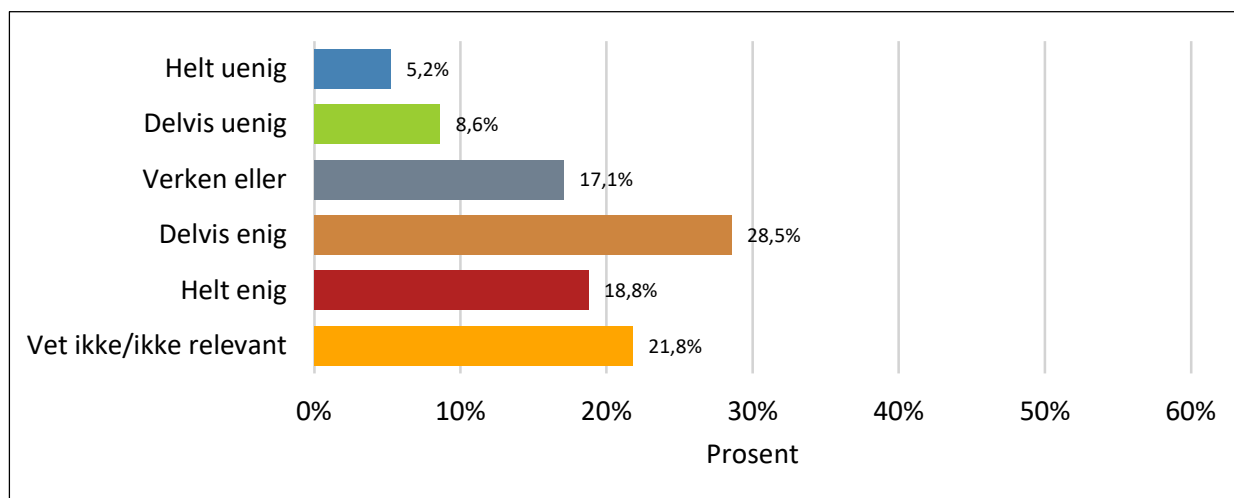
Eiendom

Eiendomssjef har opplyst at det er utarbeidet risikoanalyser og rutiner innen HMS, det er viktig å ha dette på plass. Viktig at de har kontroll på daglige driftsoppgaver, men de må jobbe mer med risikovurderinger for uforutsette hendelser.

Spørreundersøkelse

I den gjennomførte spørreundersøkelsen ble det stilt en del spørsmål opp mot ROS analyser. Spørsmålene er stilt som påstander.

Figur 8 Det gjennomføres risikovurderinger opp mot å nå målene (N= 587)



Av diagrammet ser vi litt under halvparten av de som har svart er på den positive delen av skalaen, det er stor andel som har svart vet ikke. I overkant av 13% er uenig i at det gjennomføres risikovurderinger mot å nå målene.

Det ble også stilt spørsmål om det er utarbeidet tiltak for å møte de risikoområder som er avdekket. Det er gitt noe mere positive svar her. Om lag 54 % er på den positive delen av skalaen, mens 11 % er uenig.

6.2. Vurdering

Buskerud fylkeskommune har i 2024 etablert et sentralt rammeverk for risikovurderinger, som inkluderer felles verktøy, mal for ROS-analyser og en ny rutine som gjelder for alle virksomheter. Rutinen beskriver

både ansvarsfordeling og prosesskrav, og angir obligatoriske områder for vurdering. At ansvaret er tydelig definert på alle ledernivåer, bidrar til god organisatorisk forankring. Dette gir et godt utgangspunkt for å sikre en systematisk og helhetlig risikostyring på tvers av fylkeskommunen, i tråd med beste praksis på området.

Til tross for at rammeverket i hovedsak er på plass, viser undersøkelsen at det foreløpig er lastet opp få ROS-analyser i kvalitetssystemet, og at de som ligger der i hovedsak er utarbeidet før innføringen av de nye rutineene. Det kan tyde på manglende implementeringen i praksis. Undersøkelsen viser også at mange ansatte enten er uenige i eller ikke vet om det gjennomføres risikovurderinger knyttet til måloppnåelse. Dette peker på en svakhet i fylkeskommunens evne til å sikre at det risikovurderinger gjennomføres systematisk og enhetlig gjennomføring på alle nivåer.

ROS-analysene som er gjennomført, er mest rettet mot hendelsesbasert HMS og beredskap, mens risikovurdering av måloppnåelse og kritiske driftsoppgaver i mindre grad er gjennomført. Dette er en svakhet sett opp mot prinsippene for beste praksis i internkontroll. COSO-modellen fremhever at risikovurderinger bør omfatte både regelverksetterlevelse, operasjonell drift og virksomhetens måloppnåelse. Når risikovurderingene ikke systematisk brukes som styringsverktøy for å identifisere risikoen som kan hindre måloppnåelse, reduseres potensialet for å bruke risikovurderinger til å forbedre tjenestekvalitet og resultater.

For å øke kompetansen på området mener revisjonen også det er viktig at fylkeskommunen tilbyr opplæring og veiledning til ledere og ansatte om bruk av risikovurderinger som styringsverktøy. Formålet er å øke kompetansen og bevisstheten om hvordan systematisk identifisering og vurdering av risiko kan bidra til bedre kvalitet i tjenestene og måloppnåelse i virksomheten.

Samlet er revisjonens vurdering at fylkeskommunen har etablert viktige strukturer og verktøy for risikovurderinger som kan legge grunnlag for en mer helhetlig og systematisk risikostyring. Likevel gjenstår det å sikre at rutineene faktisk etterleves, at risikovurderinger gjennomføres regelmessig og i alle obligatoriske områder, og at de brukes aktivt som styringsverktøy for å oppnå mål og sikre kvalitet. Manglende implementering og begrenset fokus på måloppnåelse i risikovurderingene utgjør et avvik fra beste praksis og innebærer en risiko for at fylkeskommunen ikke fullt ut identifiserer og håndterer de mest kritiske utfordringene.

7. Avvikshåndtering

Dette kapittelet fokuserer på følgende problemstilling:

- I hvilken grad er det etablert en praksis for avvikshåndtering på overordnet nivå?

7.1. Fakta

Kvalitetsleder opplyser at fylkeskommunens kvalitetssystem skal brukes til å melde avvik. Det varierer imidlertid hvor mye dette brukes. Noen bruker det mye. Det tilbys regelmessig opplæring og i ansatteportalen er det mye opplæringsmaterieil tilgjengelig bl.a. om avvik. Kursene er av ulik lengde. Kvalitetsleder opplyser videre at det er jobbet mye med forståelsen av hva et avvik er. Det er fortsatt noe umodenhet i organisasjonen når det gjelder å forstå hvorfor man skal bruke avvikssystemet. Noen løser det på en annen måte enn å melde avvik, men det er viktig å ha en samlet kunnskap som man kan lære av. Modningen i organisasjonen skjer sakte, men sikkert når det gjelder avvikshåndtering.

Kvalitetsleder opplyser at kvalitetssystemet har noen mangler når det gjelder å få gode statistiske data bl.a. antall dager før avvik lukkes. Det er ønskelig å ta dette opp med leverandøren slik at denne funksjonen blir bedre i systemet.

Det er utarbeidet *rutine for avvikshåndtering Buskerud fylkeskommune*, rutinen er datert 25.1.25. Av formålet med rutinen framgår det bl.a. den skal sikre at uønskede hendelser, feil eller mangler i forhold standarder, rutiner eller mål blir identifisert, håndtert og fulgt opp på en effektiv og systematisk måte. Avvikshåndtering er et viktig verktøy for å fange opp avvik og uønskede hendelser, samt sikre at disse behandles med den hensikt å redusere skadeomfanget og unngå nye avvik. Dette er en viktig del av internkontrollen og avvik vil også danne grunnlag for ledelsens gjennomgang.

Alle medarbeidere, inkludert innleide konsulenter, har ansvaret for å melde avvik og uønskede hendelser i henhold til rutinen.

I rutinen er det beskrevet ansvar for ulike roller i fylkeskommunen. For ansatte framgår det at de skal gjøre seg kjent med rutinen og hva som menes med avvik, melde avvik og uønskede hendelser i avvikssystemet.

Det er videre i rutinen gitt definisjon på hva som er avvik og eksempler på avvik.

Det framgår også at innmelder skal få tilbakemelding på håndtering av avviket når det er ferdig behandlet av nærmeste leder. Avvik skal også gjennomgås i faste møter. Avviksstatistikk skal bl.a. være et fast punkt i ledelsens gjennomgang.

Opplæring og kompetanse

Rektorene har opplyst at avvik meldes gjennom kvalitetssystemet. Det jobbes for å få til en bedre meldekultur. Det er viktig å motivere ansatte til å melde avvik i avvikssystemet. Avvikssystemet er lett tilgjengelig via ansatteportalen. Systemet oppleves intuitivt. Flere av rektorene har opplyst at det er lite avviksmeldinger. De opplever at problemene blir løst der og da, og derfor meldes det ikke i systemet. Det kan også være ulik forståelse blant lærere hva som er avvik. Det har vært jevnlig opplæring i avvikssystemet inkludert en grundig gjennomgang av hovedverneombudet. Dette førte til en liten økning i avviksmeldinger.

Avvik blir tatt opp i arbeidsmiljøutvalget (AMU) og det har vært diskusjoner på hvordan avvik skal håndteres. Det oppleves at det er en bredere samforståelse for dette. Det har også vært diskusjoner om hvilke avvik som skal meldes, men også hvordan de skal følges opp. En av rektorene har påpekt at den ikke tror at alle lærere vet hvordan man melder avvik.

Fylkesdirektør for opplæring og kompetanse opplyser at bruken av avvikssystemet varierer mellom skolene. Noen skoler er gode på å bruke systemet, mens andre trenger mer kompetanse og bevissthet om bruken av systemet. Det er en kontinuerlig oppfordring til skolene å bruke avvikssystemet. Det jobbes med å forbedre kompetansen og holdningene til avvikshåndtering. Målet er å bruke avvikssystemet for læring og forbedring, ikke for å «ta folk». Det antas at det er underrapportering på avvik i enkelte skoler. Forskjellene kan muligens skyldes prioriteringer fra ledelsen og bevisstheten i organisasjonen. AMU er et viktig administrativt organ som får rapportering om avvik.

Samferdsel

Fylkesdirektør for samferdsel opplyser at avvikssystemet er viktig for å håndtere avvik og uønskede hendelser, samt sikre at tiltak iverksettes og at lignende avvik ikke oppstår i framtiden. Det oppleves at det er god kunnskap om hvordan avvik skal meldes, men det er likevel behov for mer opplæring rundt hva som er et avvik. Avvikssystemet brukes til forbedringsarbeid.

Avvik på arbeidet som entreprenører gjør på fylkesveier meldes imidlertid ikke i kvalitetssystemet, men i eget system.

Tannhelsetjenesten

Klinikkleder opplyser at de ansatte oppfordres til å bruke avvikssystemet. Det blir imidlertid ikke meldt så mange avvik. Det har vært fokus på å informere og repetere hvordan man melder avvik. Dette gjøres blant annet ved å vise fysisk hvor man går inn og hvilke bokser som skal fylles ut. Avvik tas opp på klinikk møter, hvor det diskuteres hva som har skjedd og hvordan man kan unngå lignende avvik i framtiden. Dette bidrar til kontinuerlig forbedring. De fleste avvik handler om systemer, eksempelvis at renholdet ikke er tilfredsstillende. Eventuelle behandlingsfeil meldes i eget fagsystem, alle ansatte skal journalføre det som har betydning for pasientsikkerheten.

Avviksstatistikk gjennomgås i tjenestens vernerunder, i ledergruppen og tas kontinuerlig opp i tannhelsetjenestens LAMU.

Det er årlig journalgjennomgang hvor en tannlege på klinikken sjekker journalene til alle behandlere. Dette gjøres for å sikre at alle prosedyrer er fulgt. De bruker et skjema som ligger i kvalitetssystemet for å sikre at alle nødvendige prosedyrer er fulgt. Dette skjemaet inneholder sjekkpunkter som må krysses av. Etter journalgjennomgangen gir klinikklederen tilbakemelding til behandlerne om funnene. Dette bidrar til å rette opp eventuelle feil og sikre at alle følger de riktige prosedyrene.

Eiendom

Eiendomssjef opplyser at ansatte kjenner godt til systemet for å melde inn avvik, men det er ikke alle på skolene som har den samme kjennskapen. Det er planlagt en dialog med administrative funksjoner på skolene, slik at de benytter avvikssystemet riktig og at eiendom kobles på når de skal. Skolene bruker ofte avvikssystemet for å melde om bygningstekniske forhold, som skal meldes i FDV systemet.

Eiendomssjefen anser at de ansatte på eiendom har god forståelse for hvordan man skal melde avvik, men skal ta en gjennomgang av dette til høsten. Eiendom får mest avviksmeldinger vedrørende økonomi og

tekniske forhold, ikke så mye som gjelder psykososiale forhold. Det er gjennomført opplæring på avvikssystemet.

Avviksstatistikk

Vi har mottatt oversikt over avvik for 2024 og pr 30.6. 2025, tallene vises i tabellene under:

Tabell 2 Utvikling i antall avvik

År	Totale avvik	Høy	middels	lav
2024	1016	377	359	303
2025	587	286	202	164

Tabell 3 Fordelte avvik på områder

Område	2024	2025 ³⁴
Opplæring og kompetanse	872	599
Kultur, næring og klima	7	6
Plan, samfunn og tannhelse	82	38
Samferdsel	15	3
Annet	24	12

Tabell 4 Kategorier avvik

Kategori	2024	2025
Vold og trusler mot ansatte	452	300
Arbeidsmiljø fysisk/ kjemisk	165	93
Elev/ student adferd	103	36
Arbeidsmiljø psykososialt	82	74
Ulykke, uhell med eller uten personskade	57	24
Bygninger, utstyr anlegg	36	21
Nesten ulykke	26	14
Internkontroll kvalitetsstyring	23	8
Informasjonssikkerhet/ personvern	21	18

Tabell 5 Områder hvor det er meldt avvik med høy alvorlighetsgrad

Kategori	2024	2025
Vold og trusler mot ansatte	128	167
Arbeidsmiljø fysisk/ kjemisk	81	17
Elev/ student adferd	33	5
Arbeidsmiljø psykososialt	28	48

³⁴ 01.1.-25.6

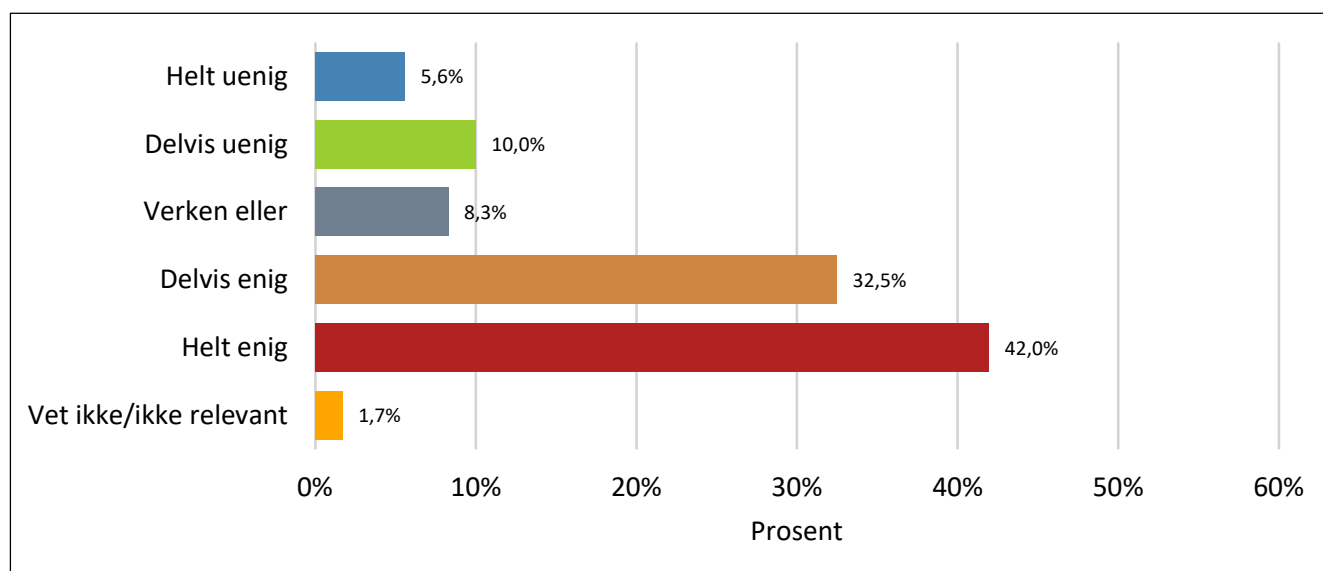
Ulykke, uhell med eller uten personskade	22	4
Bygninger, utstyr anlegg	15	9
Nesten ulykke	12	3

Av tabellene over ser vi at det er meldt flest avvik fra ansatte på området Opplæring og kompetanse. Det er meldt færrest avvik fra ansatte på områdene Kultur og samferdsel. De aller fleste avvik gjelder vold og trusler. Ansatte på området opplæring har meldt de aller fleste avvik her.

Spørreundersøkelse

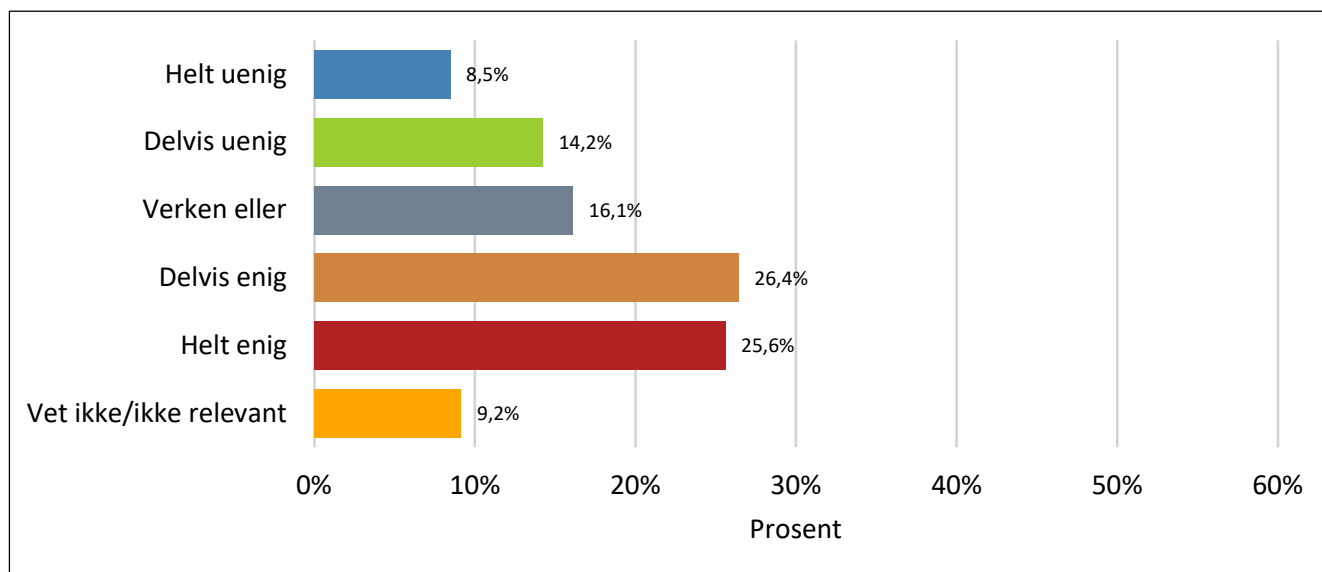
I den gjennomførte spørreundersøkelsen mot ansatte ble det stilt flere spørsmål rundt avvikshåndtering. Spørsmålene ble stilt som påstander.

Figur 9 Jeg er godt kjent med rutiner for å melde avvik (N=587)



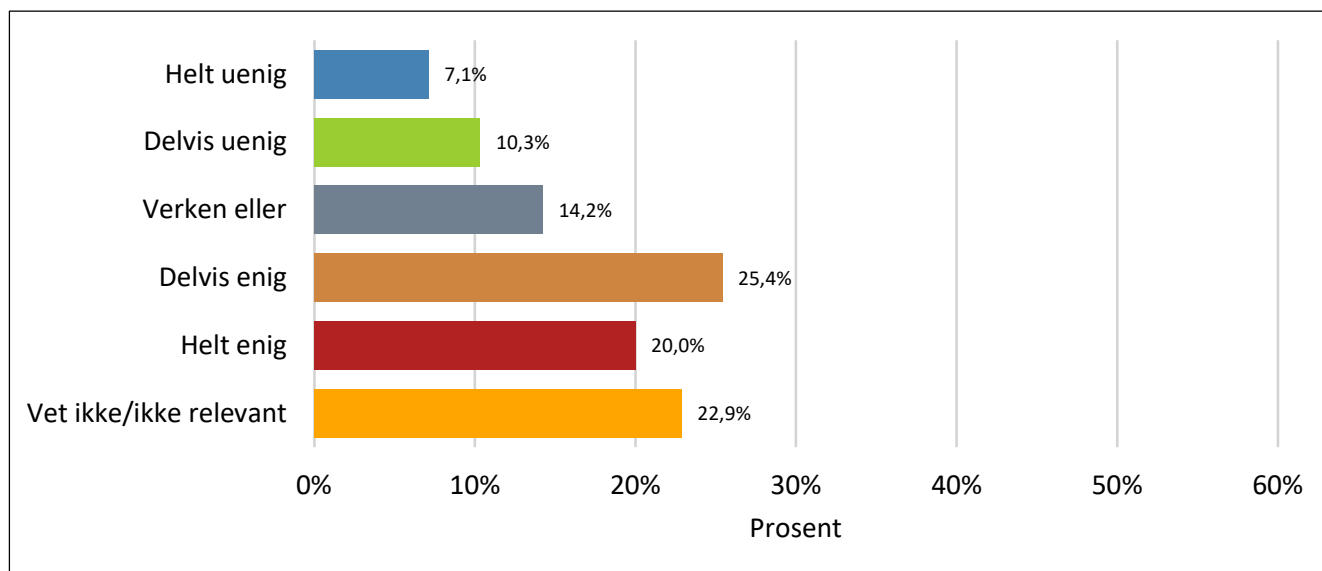
Av diagrammet ser vi at i overkant av 72 % har svart at de er godt kjent med rutine for å melde avvik. Det over 15 % som ikke er enige i dette. Ansatte fra områdene Kultur, næring og klima, samt samferdsel har gitt svar som viser at de har mindre kunnskap om avvikssystemet.

Figur 10 Jeg melder alltid avvik de tilfeller det oppstår (N=587)



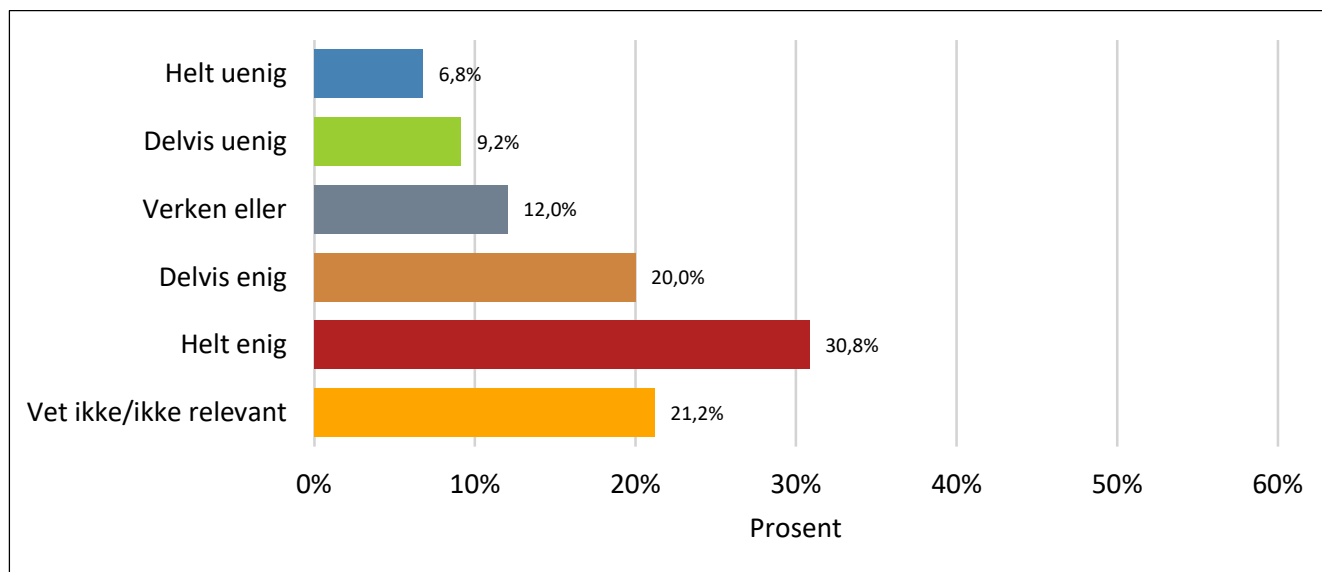
Av diagrammet framgår det at det er 52% som oppgir at de alltid melder avvik når det oppstår. Det er i underkant av 23% som oppgir at de er uenig eller helt uenig i dette. Også på dette spørsmålet er det ansatte fra områdene Kultur, næring og klima samt samferdsel har gitt svar som viser at de har mindre kunnskap om avvikssystemet.

Figur 11 Meldte avvik blir håndtert på en måte som forbedrer tjenestene og forebygger mot nye avvik (N =587):



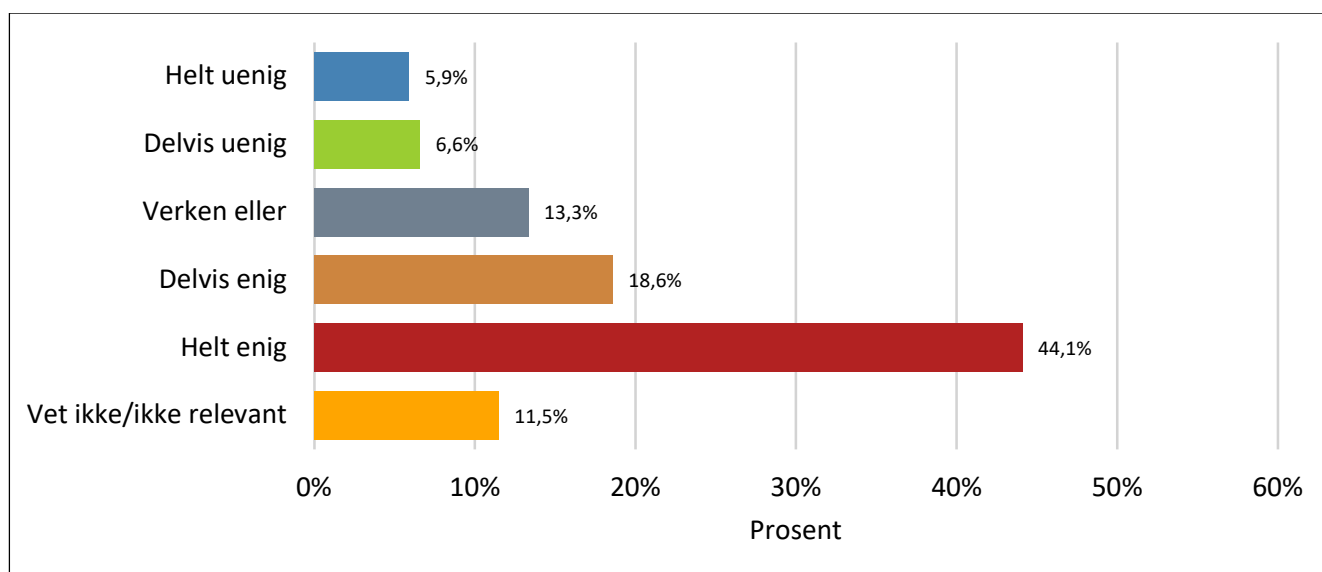
På dette spørsmålet er den betydelig andel som har svart vet ikke på spørsmålet. Om lag 45% er enig i påstanden mens det er 17 % som er uenig. På dette spørsmålet har ansatte fra Kultur, næring og klima gitt betydelig mindre positivt svar. Om lag 27 % er enige i påstanden mens 42% har svart vet ikke.

Figur 12 Avvik som blir meldt følges alltid opp av ledelsen i tilstrekkelig grad (N=587)



Av diagrammet ser vi at det er i overkant av 50 % som mener at avvik følges opp av ledelsen i tilstrekkelig grad. Det er i overkant av 21 % som har svart vet ikke og 16% som er uenig i påstanden.

Figur 13 Jeg opplever at ledelsen ønsker at oppståtte avvik meldes i avvikssystemet (N= 587)



Av diagrammet ser vi at nesten 63 % er av den oppfatning at ledelsen ønsker at oppståtte avvik skal meldes i avvikssystemet, om lag 12% er uenig i dette. Området Samferdsel og Annet har gitt lavere score her enn de andre områdene. Her har hhv. 40% og 49% vært delvis eller helt enig i påstanden. Det ble også stilt spørsmål om man får tilstrekkelig tilbakemelding på avvik som meldes. Her var det i underkant av 40 % som var enig i dette. Om lag 30% svarte vet ikke på dette spørsmålet. Områdene Samferdsel og Kultur næring og klima har gitt mere negative svar på dette spørsmålet.

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 213 kommentarer. Under følger en oppsummering av kommentarene:

1. Uklarhet om hva som er avvik og hvordan de skal meldes: Mange respondenter uttrykker usikkerhet rundt hva som faktisk regnes som et avvik, hvor grensen går, og hvordan avvik skal meldes. Det etterlyses tydeligere definisjoner, bedre opplæring og mer informasjon om rutiner og prosedyrer.
2. Tidspress og praktiske hindringer: Tidspress og en travel arbeidshverdag gjør at avvik ofte ikke meldes, spesielt når de oppleves som små eller kan løses umiddelbart. Systemene oppleves som tidkrevende, tungvinte og lite brukervennlige, noe som fører til at rapportering nedprioriteres.
3. Manglende oppfølging og lav tillit til systemet: Det er utbredt skepsis til om innmeldte avvik faktisk blir fulgt opp eller fører til forbedringer. Mange opplever at avvik lukkes uten tiltak, at tilbakemeldinger uteblir, og at det ikke skjer endringer, noe som gir lav motivasjon for å melde avvik.
4. Kultur og trygghet rundt avviksrapportering: Flere peker på en manglende eller svak avviskultur, frykt for sanksjoner, og utrygghet ved å melde avvik – særlig når det gjelder ledelse eller kollegaer. Det etterlyses anonymitet, støtte fra ledelsen og en mer åpen og lærende kultur.
5. Behov for systemforbedringer og ledelsesfokus: Respondentene ønsker enklere, mer integrerte og brukervennlige systemer, samt tydeligere ledelsesforankring og oppfølging. Det etterspørres bedre opplæring, jevnlig informasjon, og at avvik brukes aktivt til kvalitetsutvikling og forbedring på systemnivå.

I spørreundersøkelsen er det svart på hvilket område man tilhører. Gjennomgangen av svarene for hvert område viser at oppsummeringen over er representativ for kommentarer gitt fra ansatte fra alle områder.

7.2. Vurdering

Buskerud fylkeskommune har i kvalitetssystemet etablert et felles system og rutiner for avvikshåndtering. Systemet inneholder klare prosedyrer for registrering, oppfølging og lukking av avvik, med tydelig ansvarsfordeling og definisjoner. Systemet gir mulighet for uttrekk av statistikk fordelt på alvorlighetsgrad, type avvik og enhet, noe som legger til rette for systematisk oppfølging og læring. Det er imidlertid påpekt at systemet også har noen mangler når det gjelder uttrekk av statistiske data. Det er også positivt at rutinen stiller krav om at avvik skal behandles i faste møter, og at avviksstatistikk skal inngå i ledelsens gjennomgang. Samtidig viser undersøkelsen at faktisk bruk av systemet varierer betydelig mellom tjenestoområder, og at potensialet for å bruke avvik som et aktivt verktøy i forbedringsarbeidet ikke utnyttes fullt ut.

Undersøkelsen viser at bruken av systemet er varierende. Det er indikasjoner på underrapportering, særlig i deler av opplæringssektoren, innen Kultur og næring, samt Samferdsel. Årsakene omfatter blant annet uklarhet om hva som skal meldes, tidspress, praktiske hindringer og lav tillit til oppfølgingen. Disse forholdene svekker i praksis effekten av det etablerte systemet.

Det er etablert arenaer, som arbeidsmiljøutvalget og ledelsens gjennomgang, hvor avvik behandles. Undersøkelsen viser at avvik primært meldes innen HMS-området, særlig vold og trusler, mens avvik relatert til tjenestekvalitet i mindre grad fremkommer. Dette kan tyde på at systemet i hovedsak benyttes til å håndtere HMS-avvik, og i mindre grad brukes systematisk til å identifisere og følge opp forbedringsbehov knyttet til kjerneoppgavene.

Undersøkelsen viser også at bare om lag halvparten av de ansatte alltid melder avvik når de oppstår, og at om lag 55% av de som har svart er usikre på om meldte avvik faktisk fører til forbedring. Manglende tilbakemelding og opplevd lav nytte kan bidra til redusert rapporteringsvilje og svekket bruk av avvik som grunnlag for internkontroll og kvalitetsutvikling.

Samlet vurderer revisjonen at fylkeskommunen har etablert et godt avvikssystem. Dette legger til rette for å bruke avvik aktivt i internkontroll og forbedringsarbeid. Den faktiske bruken er imidlertid varierende, og flere tjenesteområder har lav rapporteringsgrad. Revisjonen vurderer at det kan være behov for økt ledelsesforankring og oppfølging, særlig i tjenesteområder med svak meldekultur.

8. Oppsummering og konklusjon

Buskerud fylkeskommune har etablert flere prosesser og rutiner som gir et godt grunnlag for å etablere et helhetlig og overordnet internkontrollsystem. Arbeidet med å utvikle et samordnet plan- og styringssystem er godt i gang, og det er igangsatt tiltak som kan styrke mål- og resultatstyringen. Likevel er flere av de sentrale elementene i internkontrollsystemet fortsatt under utvikling og ikke fullt ut implementert. 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 av systemet i organisasjonen. Dette innebærer at potensialet i fylkeskommunens internkontrollsystem per i dag ikke fullt ut hentes ut på alle områder.

Styringsinformasjon og overordnet internkontroll

Fylkeskommunedirektøren har i all hovedsak tilgang til nødvendig styringsinformasjon, og det er etablert gode rapporteringslinjer. Det er imidlertid viktig at arbeidet med målstruktur, virksomhetsstrategi, felles risikoverktøy og enhetlig bruk av kvalitetssystemet fortsetter, og at fylkeskommunedirektør sørger for kontinuerlig forbedring av kontroll- og styringssystemene.

Rutiner og prosedyrer

Fylkeskommunen har et relevant kvalitetssystem som, dersom det benyttes enhetlig og fullt ut, i stor grad vil sikre at rutiner og prosedyrer er samlet, tilgjengelige og oppdaterte. Bruken av systemet er i dag fragmentert, og mange dokumenter lagres i alternative løsninger. Dette svekker fylkeskommunedirektørens mulighet til å internkontroll med sentrale rutiner og prosedyrer, og innebærer at systemets fulle potensial som verktøy for internkontroll ikke er realisert.

Risikovurderinger

Det er etablert et sentralt rammeverk for risikovurderinger med felles verktøy og rutiner, som gir et godt utgangspunkt for helhetlig risikostyring og internkontroll. Implementeringen er imidlertid i tidlig fase, og risikovurderinger knyttet til måloppnåelse og kritiske driftsoppgaver gjennomføres ikke systematisk på alle nivåer. Manglende etterlevelse reduserer potensialet for å bruke risikovurderinger aktivt som styringsverktøy.

Avvikshåndtering

Fylkeskommunen har et godt utformet avvikssystem med klare rutiner og ansvarsforhold. Systemet benyttes imidlertid i varierende grad på tvers av tjenesteområdene, og det er indikasjoner på underrapportering, særlig utenfor HMS-området. Svak meldekultur i enkelte enheter og usikkerhet om oppfølging svekker systemets funksjon som grunnlag for forbedringsarbeid.

9. Anbefalinger

Med bakgrunn i vår gjennomgang vil vi anbefale fylkeskommunedirektøren i Buskerud fylkeskommune å gjennomføre følgende:

1. Fylkeskommunedirektøren bør etablere en enhetlig praksis for lagring og oppdatering av rutiner og prosedyrer som sikrer at kvalitetssystemet benyttes som eneste lagringssted for alle sentrale styringsdokumenter.
2. Fylkeskommunedirektøren bør sørge for at risikovurderinger gjennomføres regelmessig på alle relevante områder og nivåer, og at de også omfatter måloppnåelse og kritiske driftsoppgaver. Fylkeskommunedirektøren bør videre sørge for at ledere får nødvendig opplæring og veiledning slik at risikovurderingene kan benyttes aktivt som verktøy for å oppnå mål og sikre kvalitet i tjenestene.
3. Fylkeskommunedirektøren bør styrke meldekulturen gjennom å
 - a. gjennomføre målrettet kompetansehevingstiltak i tjenesteområder med lav rapporteringsgrad.
 - b. sørge for at avviksstatistikken analyseres systematisk og brukes aktivt som grunnlag for forbedringstiltak og kvalitetsutvikling i tjenestene.

Et utkast til rapport har blitt oversendt fylkeskommunedirektøren til uttalelse. Fylkeskommunedirektørens uttalelse i epost er mottatt 8.september 2025 er vedlagt rapporten.

Drammen, den 9. september 2025.

Morten Kallevig
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.³⁵ 85 tilrådninger for styrkt egenkontroll i kommunene³⁶ og Veileder i internkontroll.³⁷

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 Buskerud fylkeskommune:

- Retningslinje for risikovurdering i Buskerud fylkeskommune
- Rutine for avvikshåndtering Buskerud fylkeskommune
- Rutine for risikovurdering i Buskerud fylkeskommune
- Styringsdokument for dokumentrammeverk Buskerud Fylkeskommune

³⁵ Orden i eget hus, kommunedirektørens internkontroll, Versjon 3, 2020.

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

³⁷ Veileder i internkontroll. Direktorat for forvaltning og økonomistyring.

Vedlegg 1 – Uttalelse fra fylkeskommunedirektøren

Fylkeskommunedirektørens uttalelse til rapport, mottatt i epost 8.9. 2025

Uttalelse fra fylkeskommunedirektør på rapport forvaltningsrevisjon internkontroll i Buskerud fylkeskommune.

Buskerud fylkeskommune mottok rapporten 27.08.25 med anmodning om å komme med fylkeskommunedirektørens uttalelse innen 05.09.25.

Overordnet vurdering

Innledningsvis ønsker fylkeskommunedirektør å takke for et grundig arbeid og et godt samarbeid i prosessen med forvaltningsrevisjonen på internkontroll.

Forvaltningsrevisjonen gav oss en bekreftelse på at vi er på rett vei, men at vi fortsatt har et stykke arbeid foran oss, for å sikre den helhetlige internkontrollen. Rapporten fremhever at mye av det overordnede systemet og rutinene er på plass, men at det gjenstår noe for å få dette implementert nedover i organisasjonen. Dette vil få prioritet, i form av systematisk opplæring og tilpasning av verktøy, slik at det føles naturlig og rett å benytte i linjen.

Buskerud fylkeskommune er fortsatt i en byggefase, med alt som skal på plass i en ny fylkeskommune. Vi har brukt det første halvannet året på å bygge rammeverket. Det er gjennomført en rekke tiltak for å styrke internkontrollen etter oppløsningen av Viken, samtidig som vi erkjenner at det er et stykke arbeid igjen for å oppnå et helhetlig system for internkontroll. Etter oppløsningen av Viken ble det opprettet en seksjon for virksomhetsstyring og bærekraft, med ansvaret for å etablere et helhetlig plan- og styringssystem, inklusiv systematikk for fylkeskommunedirektørens internkontroll. Seksjonen har en dedikert kvalitetsleder. Det siste året er det etablert styrende dokumenter for delegering, rapportering, avvikshåndtering, risikostyring og dokumentforvaltning som er førende for hele organisasjonen. Det er utarbeidet en virksomhetsstrategi, med tilhørende strategiske mål, som skal sette føringer for organisasjonens arbeid med resultatmål. Dette skal bidra til å gi ledelsen den styringsinformasjonen som de har behov for. Det er mye som er på plass, men vi vil fortsette arbeidet med implementering og forankring i hele organisasjonen. Videre implementering av målstruktur, virksomhetsstrategi, felles risikoverktøy og mer enhetlig bruk av kvalitetssystemet vil ha fokus i arbeidet fremover, i tråd med revisjonens funn og anbefalinger.

Med vennlig hilsen

Jan Sivert Jøsendal

Fylkeskommunedirektør

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: Alfarvegen 117, 3540 Nesbyen

