

**Rapport**

SKIPTVET KOMMUNE

**07.11.2024**

---

# Forvaltningsrevisjon **Overordnet internkontroll**

## Innhold

|          |                                                                                                                                                              |           |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Sammendrag .....</b>                                                                                                                                      | <b>1</b>  |
| <b>2</b> | <b>Mandat for forvaltningsrevisjonen.....</b>                                                                                                                | <b>3</b>  |
| <b>3</b> | <b>Fremgangsmåte .....</b>                                                                                                                                   | <b>4</b>  |
| 3.1      | Problemstillinger og avgrensninger .....                                                                                                                     | 4         |
| 3.2      | Om revisjonskriterier.....                                                                                                                                   | 4         |
| 3.3      | Revisjonsmetoder .....                                                                                                                                       | 4         |
| <b>4</b> | <b>Systematiske risikovurderinger .....</b>                                                                                                                  | <b>7</b>  |
| 4.1      | Revisjonskriterier .....                                                                                                                                     | 7         |
| 4.2      | Datagrunnlag .....                                                                                                                                           | 8         |
| 4.2.1    | Organiseringen i Skiptvet kommune.....                                                                                                                       | 8         |
| 4.2.2    | Systematisk gjennomførelse av risikovurderinger knyttet til kommunens virksomhet.....                                                                        | 8         |
| 4.2.3    | Risikovurderingene skal legges til grunn for å etablere eller utvikle rutiner, prosedyrer eller andre tiltak på grunnlag av et formalisert risikobilde ..... | 11        |
| 4.2.4    | Kommunens systemer for å evaluere og forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll .....                                                 | 13        |
| 4.3      | Vurderinger .....                                                                                                                                            | 14        |
| 4.3.1    | Organiseringen i Skiptvet kommune.....                                                                                                                       | 14        |
| 4.3.2    | Systematisk gjennomførelse av risikovurderinger knyttet til kommunens virksomhet.....                                                                        | 14        |
| 4.3.3    | Risikovurderingene skal legges til grunn for å etablere eller utvikle rutiner, prosedyrer eller andre tiltak på grunnlag av et formalisert risikobilde ..... | 15        |
| 4.3.4    | Kommunens systemer for å evaluere og forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll .....                                                 | 15        |
| 4.4      | Konklusjon og anbefalinger .....                                                                                                                             | 16        |
| <b>5</b> | <b>Kvalitetssystemet .....</b>                                                                                                                               | <b>17</b> |
| 5.1      | Revisjonskriterier .....                                                                                                                                     | 17        |
| 5.2      | Datagrunnlag .....                                                                                                                                           | 18        |
| 5.2.1    | Skriftlige rutiner.....                                                                                                                                      | 18        |
| 5.2.2    | Oppfølging av rutiner for kvalitetssystemet .....                                                                                                            | 19        |
| 5.2.3    | Opplæring i bruk av kvalitetssystemet.....                                                                                                                   | 22        |
| 5.3      | Vurderinger .....                                                                                                                                            | 24        |
| 5.3.1    | Skriftlige rutiner.....                                                                                                                                      | 24        |
| 5.3.2    | Oppfølging av rutiner for kvalitetssystemet .....                                                                                                            | 24        |
| 5.3.3    | Opplæring i bruk av kvalitetssystemet.....                                                                                                                   | 24        |
| 5.4      | Konklusjon og anbefalinger .....                                                                                                                             | 25        |
| <b>6</b> | <b>Kilder og litteratur.....</b>                                                                                                                             | <b>26</b> |
| <b>7</b> | <b>Vedlegg.....</b>                                                                                                                                          | <b>27</b> |

|     |                                        |    |
|-----|----------------------------------------|----|
| 7.1 | Utleddning av revisjonskriterier ..... | 27 |
| 7.2 | Kommunedirektørens uttaltelser.....    | 29 |

# 1 SAMMENDRAG

Kommunedirektøren har ifølge kommuneloven et overordnet ansvar for internkontrollsystemet i kommunen, og har en avgjørende rolle som pådriver og tilrettelegger i arbeidet med å kontinuerlig forbedre og oppdatere internkontrollen. Det fremkommer av KS veilederen «Orden i eget hus» at internkontrollen skal bidra til at vedtatt politikk blir gjennomført, at tjenestene er av god kvalitet og at ressursene brukes effektivt og riktig. Dette er viktig for tilliten til kommunesektoren og lokaldemokratiet. En god internkontroll vil kunne bidra til å forebygge feil og uønskede hendelser og samtidig bidra til kvalitet, effektivitet og forutsigbarhet i kommunens tjenesteleveranse.

I denne forvaltningsrevisjonen har vi undersøkt om Skiptvet kommune har lagt til rette for en systematisk internkontroll i kommunen. Revisjonen har hatt fokus på to aspekter knyttet til dette; om kommunen gjennomfører risikovurderinger i hele organisasjonen for å legge til rette for en målrettet og effektiv internkontroll, og om kunnskapen fra disse risikovurderingene benyttes til å etablere, avvikle og evaluere rutiner, prosedyrer og andre hensiktsmessige tiltak for internkontroll. Videre har revisjonen undersøkt om Skiptvet kommune har etablert et tilfredsstillende kvalitetssystem. Vi har lagt til grunn at kvalitetssystemet bør være lett forståelig og skal brukes av de ansatte, dette innebærer at det må etableres tilstrekkelige skriftlige rutiner og opplæringstiltak som bidrar til en felles forståelse i organisasjonen av hvordan systemets funksjonalitet skal tas i bruk.

## Revisjonens fremgangsmåte

Revisjonskriteriene er utledet fra kommunelovens §25-1, kommunelovens forarbeider og KS sin veileder «Orden i eget hus. Kommunedirektørens internkontroll». Faktaopplysninger er innhentet ved hjelp av dokumentanalyse, intervjuer og spørreundersøkelse. Sentrale dokumenter for revisjonen har blant annet vært «Internkontroll – Skiptvet kommune» og «Rutine for avvikshåndtering». Vi har gjennomført intervjuer med kommunedirektøren, personalsjef og virksomhetsleder for helse og mestring, samt gjennomført en spørreundersøkelse sendt til kommunens ansatte.

## Revisjonens funn og konklusjoner

### Systematiske risikovurderinger

Revisjonen konkluderer med at Skiptvet kommune i liten grad gjennomfører systematiske risikovurderinger for å danne et helhetlig risikobilde i kommunen. På bakgrunn av at det i liten grad gjennomføres risikovurderinger, kan ikke revisjonen bekrefte at kommunen etablerer og evaluerer prosedyrer og andre tiltak for internkontroll på bakgrunn av et formalisert risikobilde.

Vi vil trekke frem som et positivt element at kommune har påbegynt et omfattende arbeid med å strukturere internkontrollen i kommunen på en mer systematisk måte enn tidligere. Internkontrolldokumentet («Internkontroll i Skiptvet kommune») er et tydelig bevis på dette. Kommunen er dermed bevisst på at det er et forbedringspotensial knyttet til systematisk internkontrollarbeid i kommunen. Det gjenstår likevel et relativt omfattende arbeid med å realisere dokumentets målsetninger i hele kommunens organisasjon.

Revisjonens forståelse er at det fram til nylig har vært opp til virksomhetene å utføre risikovurderinger ved behov. Virksomhet Helse og mestring har gjennomført risikovurderinger knyttet til enkelte avgrensede områder, som revisjonen ser på som positivt. Det er imidlertid ikke i tilstrekkelig grad sørget for at det gjennomføres systematiske risikovurderinger i hele organisasjonen per i dag. Det er særlig

viktig å få på plass en praksis for å gjennomføre systematiske risikovurderinger av alle relevante områder i kommunen, som et grunnlag for å utforme hensiktsmessige rutiner og andre kontrolltiltak, samt sikre evaluering av disse.

Våre undersøkelser avdekker også at det ikke eksisterer et fullstendig delegeringsreglement på administrativt nivå i Skiptvet kommune per i dag. Dette bidrar til at kommunen ikke kan dokumentere fullt ut at ansvar, oppgaver og myndighet er tydelig fordelt. Lederavtalen definerer heller ikke lederes ansvar for internkontroll, noe vi mener bør settes på plass for å tydeliggjøre lederes ansvar for internkontroll på eget tjenesteområde.

Kommunen bør fortsette sitt arbeid med implementere en kultur for risikobasert kontroll, og analyser av risiko bør være grunnmuren i å etablere en hensiktsmessig internkontroll.

### Kvalitetssystemet

Revisjonen konkluderer med at Skiptvet kommune til en viss grad har etablert et tilfredsstillende kvalitetssystem. Kommunen er i implementeringsfasen av Samsvar, og har etablert en avviksrutine og noen opplæringstiltak knyttet til systemet. Våre undersøkelser viser likevel at en vesentlig andel av ansatte opplever at det ikke er etablert tilstrekkelige rutiner eller opplæring knyttet til kvalitetssystemet, samt at det eksisterer en oppfatning om at det i liten grad er en felles forståelse blant ansatte om hva som kan defineres som et avvik. Dette kan potensielt føre til en underrapportering av avvik i kommunen og at kommunens øvrige målsetninger med systemet ikke nås.

Revisjonen vil bemerke at for å nå det ønskede målet om at samtlige ansatte har nødvendig kunnskap og støtte knyttet til bruk av systemet, er det viktig å få på plass tilstrekkelige skriftlige rutiner og opplæringstiltak som ivaretar ansattes behov for informasjon og opplæring. Revisjonen vil også bemerke at ansvaret for å implementere systemet blant ansatte har falt på et fåtall ledere, noe som kan ha ført til at arbeidet med implementering av kvalitetssystemet ikke har blitt prioritert.

Revisjonen er av den oppfatning at kommunen fremover bør sørge for å ha tilstrekkelig med rutiner, ressurser og opplæringstiltak for å sikre at kvalitetssystemet blir benyttet av ansatte i henhold til kommunens målsetninger.

### Revisjonens anbefalinger

Basert på revisjonens vurderinger og konklusjoner anbefaler vi at Skiptvet kommune bør

- a) sørge for at det utarbeides tilstrekkelige beskrivelser av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering. For å sikre dette bør delegeringsreglementet ferdigstilles og lederes ansvar for internkontroll bør tydeliggjøres i lederavtaler
- b) sørge for at det på en systematisk måte gjennomføres risikovurderinger knyttet til kommunens virksomhet, for å sikre at internkontrollarbeidet blir mer målrettet og effektivt
- c) etablere og utvikle rutiner, prosedyrer og andre tiltak for internkontroll på bakgrunn av et formalisert risikobilde
- d) evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll
- e) etablere ytterligere skriftlige rutiner knyttet til bruk av kvalitetssystemet, og påse at rutinene bli fulgt opp i praksis
- f) vurdere om det er behov for personalressurser som får tildelt ansvaret for implementering og drift av kvalitetssystemet
- g) sørge for tilstrekkelig opplæring og veiledning av kommunens ansatte i kvalitetssystemet, for å sikre at ansatte finner frem til nødvendig dokumentasjon og kan melde/behandle avvik

## 2 MANDAT FOR FORVALTNINGSREVISJONEN

Revisjonen skal i henhold til kommunelovens § 24-2 (1) utføre forvaltningsrevisjon. Etter loven innebærer forvaltningsrevisjon å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets vedtak og forutsetninger. Østre Viken kommunerevisjon IKS gjennomfører forvaltningsrevisjon i tråd med god kommunal revisjonsskikk, som vil si å følge *Standard for forvaltningsrevisjon* (RSK 001) (NKRF<sup>1</sup>, 2020). Dette innebærer blant annet at rapporten skal skille klart mellom innsamlede data (fakta) og revisjonens vurderinger. Det skal være en tydelig sammenheng mellom problemstillinger, faktaopplysninger<sup>2</sup>, vurderinger, konklusjoner og eventuelle anbefalinger. Etter kommuneloven skal revisor rapportere resultatene av sin revisjon til kontrollutvalget.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført på bakgrunn av plan for forvaltningsrevisjon vedtatt i kommunestyret i Skiptvet kommune i sak 21/131 (14.12 2021)

Plan for gjennomføring av forvaltningsrevisjonen ble vedtatt i kontrollutvalget 13 mai 2024. Planen ble vedtatt i tråd med revisjonens forslag.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført etter vedtatt prosjektplan i tidsrommet mai 2024 - november 2024. Vi har gjennomført et oppstartsmøte med kommuneadministrasjonen slik at også administrasjonens innspill er vurdert i planleggingsprosessen.

Vi har kvalitetssikret innsamlet data/fakta underveis, både gjennom verifisering av intervjuer og intern kvalitetssikring. I tillegg er faktaopplysningene i sin helhet verifisert av kommunen, slik at eventuelle feil eller misforståelser er rettet opp. Revisjonen avholdt avsluttende møte med administrasjonen 29.10.2024 hvor revisjonens vurderinger, konklusjoner og anbefalinger ble gjennomgått. I etterkant av møtet er rapporten sendt på høring til kommunedirektøren. Kommunedirektørens uttalelse fremgår av vedlegg 7.2.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført av forvaltningsrevisor Subhija Hodzic og Inger Marie Baardsen, samt oppdragsansvarlig revisor Casper Støten. Revisorenes habilitet og uavhengighet er vurdert opp mot kommunen og den undersøkte virksomheten, og revisjonen finner de habile til å utføre forvaltningsrevisjonen.

Revisor vil takke kontaktperson og andre som har deltatt for et godt samarbeid i forbindelse med gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen.

Østre Viken kommunerevisjon IKS  
Rolvøy, 7. november 2024

Casper Støten (sign.)  
oppdragsansvarlig revisor

Inger Marie Baardsen (sign.)  
utførende forvaltningsrevisor

---

<sup>1</sup> NKRF er en faglig interesseorganisasjon og et kompetanseorgan for kontroll og revisjon av kommunal/offentlig virksomhet.

<sup>2</sup> Fakta er en gjengivelse av informasjonen vi har fått tilgang til gjennom datainnsamlingen.

## 3 FREMGANGSMÅTE

### 3.1 Problemstillinger og avgrensninger

Rapporten besvarer følgende problemstillinger:

Problemstilling 1: Gjennomføres det systematiske risikovurderinger for å danne et helhetlig risikobilde i kommunen, og bruker kommunen denne kunnskapen til å iverksette tiltak og evaluere disse?

Revisjonen har gjennom problemstillingen undersøkt om Skiptvet kommune gjennomfører risikovurderinger for å kartlegge risiko, og om kartleggingene blir brukt til å avklare hva slags internkontroll kommunen har behov for.

Problemstilling 2: Har Skiptvet kommune etablert et tilfredsstillende kvalitetssystem?

Revisjonen har undersøkt om kommunen har etablert et tilfredsstillende kvalitetssystem, om de ansatte har fått tilstrekkelig opplæring, og om avviksrutinene er tilfredsstillende.

### 3.2 Om revisjonskriterier

I henhold til forskrift om kontrollutvalg og revisjon § 15 skal revisor fastsette revisjonskriterier for den enkelte forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene er den objektive målestokk som setter revisor i stand til å gjøre vurderinger på de fleste områder uten å ha formell fagspesifikk kompetanse. Revisjonskriteriene og revisors kunnskap og erfaring innen forvaltningsrevisjonsmetodikk, gjør at revisor kan gjøre objektive og holdbare vurderinger.

Revisjonskriteriene etablerer den norm som de innsamlede dataene skal vurderes opp mot. I tillegg til dette skal revisjonskriteriene også gjøre det tydelig for den reviderte enhet hva de måles opp mot. Revisjonskriteriene klargjør også overfor folkevalgte, media og andre lesere av forvaltningsrevisjonen, hva revisors vurderinger bygger på. Dette vil gjøre det enklere å etterprøve revisors vurderinger. Revisjonskriteriene skal være relevante, konkrete og i samsvar med de kravene som gjelder for revidert enhet.

Revisjonskriterier fastsettes vanligvis med basis i en eller flere følgende kilder: lovverk, politiske vedtak og føringer, kommunens egne retningslinjer, anerkjent teori på området, eller andre sammenlignbare virksomheters løsninger og resultater.

### 3.3 Revisjonsmetoder

I henhold til god revisjonsskikk skal praksis eller tilstand innen det reviderte området beskrives i et omfang som i tilstrekkelig grad underbygger revisors vurderinger og konklusjoner. I denne forvaltningsrevisjonen har vi benyttet data fra ulike kilder, og brukt ulike metoder for innsamling av data, for å sikre et faktagrunnlag med høyest mulig grad av gyldighet og pålitelighet.

Utfordringer og begrensninger i rapportens faktagrunnlag beskrives nedenfor sammen med beskrivelsen av de ulike metodene som er benyttet. Vi tar også hensyn til metodens begrensninger i vurderingene.

I denne forvaltningsrevisjonen er informasjonen hentet inn gjennom bruk av følgende metoder:

- Dokumentanalyse
- Intervjuer
- Spørreundersøkelse

### Dokumentanalyse

Vi har gjennomgått sentrale dokumenter på området. Blant annet er diverse rutiner knyttet til avvikshåndtering og internkontroll sentrale for revisjonens undersøkelse. Dokumentene er oversendt fra kommunen. Fullstendig oversikt over dokumentene fremgår av kildehenvisningene i kapittel 6.

### Intervjuer

Det er totalt gjennomført 3 intervjuer:

- Kommunedirektør
- Personalsjef
- Virksomhetsleder helse og mestring

Alle intervjuer er verifisert. Det betyr at den som er intervjuet, har fått lese gjennom referatet fra intervjuet for å bekrefte at referatet er i overensstemmelse med det som ble sagt under intervjuet, og rette opp eventuelle misforståelser.

### Spørreundersøkelse

Vi har gjennomført en nettbasert spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen er sendt til alle ansatte i Skiptvet kommune, med minimum 80 % stilling. Undersøkelsen inneholdt spørsmål og påstander som var egnet til å belyse kjennskap til rutiner og informasjon om Sikri Samsvar og avvikshåndtering i kommunen.

Spørreskjemaet dreide seg om bruken av kvalitetssystemet Sikri Samsvar. Respondentene ble presentert for 22 spørsmål og påstander som gjaldt rutiner og informasjon om systemet og avviksmeldinger. Vi ba dem gi uttrykk for grad av enighet i de ulike påstandene på en skala fra 1 til 5, der 1=svært liten grad og 5=svært stor grad. Dette er en mye brukt måte å spørre på i spørreundersøkelser der en ønsker å måle respondentenes subjektive oppfatninger om noe. I tillegg la vi inn åpent kommentarfelt på slutten av undersøkelsen.

Invitasjon til spørreundersøkelsen ble sendt til 171 ansatte, vi fikk svar fra 36 personer. Det gir en svarprosent på 21 %. Dette er lavere svarprosent enn ønskelig. Revisjonen har vært i dialog med kommunen, og bedt de oppfordre sine ansatte til å svare på undersøkelsen, det er også sendt ut fire påminnelser. Vi mener vi har gjort det vi kan for å øke svarprosenten.

Revisjonen leser resultatene fra undersøkelsen med en viss forsiktighet, men vurderer likevel at spørreundersøkelsenes resultater sammenstilt med funn fra øvrige kontrollhandlinger er tilstrekkelig for å gjøre pålitelige vurderinger. Ved enkelte spørsmål ser man tydelig forskjeller i besvarelsen. Det er naturlig å tenke at der det er stor samstemthet mellom respondenter, øker også sannsynligheten for at resultatene ville vært det samme, selv ved høyere deltakelse.

Over 70 % av respondentene har vært ansatt i mer enn 5 år, mens 19,4 % har vært ansatt mellom 1 til 5 år. Blant de innkomne svarene er ansatte i teknisk og stab økonomi noe underrepresentert, mens ansatte i seksjon oppvekst noe overrepresentert.

Ved spørsmål om man er ansatt i ledende stilling med ansvar for å behandle avvik var det 43 % som svarte ja, det vil si at nesten halvparten av de 36 som besvarte undersøkelsen har et lederansvar. Revisjonen tar i sine vurderinger hensyn til at en stor andel av besvarelsene kommer fra ledere. Det er blant annet interessant å se om lederne som har en nøkkelrolle i å fremsnakke og oppfordre ansatte til å benytte Samsvar, har god nok kjennskap til systemet. Vi kan dermed lese resultatene på en annen måte enn hvis undersøkelsen kun hadde omfattet ansatte uten lederoppgaver.

### Vurdering av dataenes troverdighet

Selv ved en dokumentanalyse vil det alltid forekomme subjektive vurderinger. Når det er sagt har revisjonen selvsagt forsøkt å gå gjennom alle de mottatte dokumentene på en nøytral måte. Vi har heller ikke ekskludert noen dokumenter. Vi har lest gjennom alt, og redegjort for det vi opplever er det viktigste i dem.

Vi har samlet inn og gjennomgått kommunale dokumenter som gir informasjon om kommunens systemer og praksis knyttet til risikoanalyse og kvalitetssystem. Vi har i tillegg gjennomført en spørreundersøkelse som har gått til samtlige ansatte i kommunen med minimum 80 % stilling. Spørreundersøkelsen inneholdt spørsmål og påstander som var egnet til å belyse kjennskap til rutiner og informasjon om Sikri Samsvar og avvikshåndtering i kommunen. Revisjonen hadde håpet på en større svarprosent på spørreundersøkelsen for å få et bredere grunnlag til vurdering, men alt i alt mener vi at vi har samlet inn et datamateriale som er både gyldig og pålitelig.

## 4 SYSTEMATISKE RISIKOVURDERINGER

**Problemstilling 1:** Gjennomføres det systematiske risikovurderinger for å danne et helhetlig risikobilde i kommunen, og bruker kommunen denne kunnskapen til å iverksette tiltak og evaluere disse?

### 4.1 Revisjonskriterier <sup>3</sup>

I følge kommuneloven er formålet med internkontroll å sikre at lover og forskrifter følges. Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Det betyr at kontrollen skal justeres etter de konkrete forholdene i kommunen og den aktuelle delen av kommunen. Risikovurderinger må gjøres både samlet for hele kommunen og innenfor de enkelte deler av kommunens virksomhet. Det må gjøres en konkret analyse og vurdering av risikoen for å påse at regler og vedtak følges, og hvilken betydning dette eventuelt har. En samlet risikovurdering vil til dels bero på mer generelle vurderinger, som at noen tjenester, saksfelt eller sektorer generelt har en større risiko, samt mer konkrete vurderinger av forholdene i den enkelte kommune. Denne vurderingen vil danne grunnlag for å tilpasse og gjøre internkontrollarbeidet mer målrettet mot der risikoen og behovet er størst. Målet er at internkontrollarbeidet blir mer målrettet og effektivt og at det reduserer risikoen for manglende etterlevelse av regler og vedtak uten at det brukes unødvendig mye ressurser. Det er viktig at internkontrollen er omfattende på områder i kommunen som er viktig for innbyggerne, der det er høy risiko for at det kan skje feil, og der konsekvensene av feil er store.

**Revisjonskriteriene er punktvis oppsummert nedenfor.**

Kommunen bør kunne dokumentere:

- **at det er utarbeidet en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering**
- **at det på en systematisk måte gjennomføres risikovurderinger knyttet til kommunens virksomhet.**
  - Det bør gjennomføres en overordnet risikovurdering for hele kommunen, dette kan være en enkel risikovurdering knyttet til helhet i internkontrollen, eller risiko for manglende måloppnåelse eller en mer omfattende metode for risikovurdering.
  - Systematiske risikovurderinger bør gjennomføres på virksomhetsområdenivå.
  - Kommunen bør ha utarbeidet en felles metode for vurdering av risiko, og ensartede maler, kriterier og skalaer bør tas i bruk.
- **at risikovurderingene legges til grunn for å etablere eller avvikle rutiner, prosedyrer eller andre tiltak på grunnlag av et formalisert risikobilde.** Hensikten med risikobasert internkontroll er å forebygge for å unngå uønskede hendelser. Kontrolltiltak kan både være forebyggende tiltak, det vil si tiltak som forhindrer feil, og avdekkende tiltak, det vil si tiltak som oppdager feil.
- **systemer for å evaluere, og ved behov forbedre, skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll.** På overordnet nivå og kommuneområdenivå bør kommunen ha et system for å foreta evalueringer av om kontrolltiltakene er hensiktsmessige for å ivareta kravene i lov og forskrift.

---

<sup>3</sup> Fullstendig utledning av revisjonskriterier er i rapportens kapittel 7.1

## 4.2 Datagrunnlag

I datagrunnlaget vil vi gjennomgå revisjonskriteriene og data vi har samlet inn med utgangspunkt i intervju, dokumentanalyse og spørreundersøkelsen.

### 4.2.1 Organiseringen i Skiptvet kommune

Organisasjonskartet viser kommunens organisering med to staber og fire virksomheter. Kommunedirektørens ledergruppe består av kommunedirektør, samt stabs- og virksomhetsledere.



Figur 1: Kommunens organisering

Revisjonen har fått tilsendt styringsdokumenter som beskriver kommunens organisering og prinsippene som legges til grunn for styring og myndighetsutøvelse. Kommunen har samlet målsetting og organisering av kvalitetsarbeidet i «Internkontroll i Skiptvet kommune» som ligger tilgjengelig i kommunens kvalitetssystem (Sikri Samsvar). Skiptvet kommune har et delegeringsreglement på sine nettsider<sup>4</sup>, dette beskriver delegeringen fra kommunestyret til blant annet hovedutvalgene, ordfører og kommunedirektør. Skiptvet kommune opplyser at det ikke foreligger et fullstendig delegeringsreglement på administrativt nivå, men at det er planlagt å få dette på plass. Det er heller ikke utarbeidet årshjul for internkontroll.

Revisjonen har mottatt dokumentet «Lederavtale for kommunalsjef», kommunedirektøren forteller at kommunen har gått igjennom en omorganisering og at dokumentet dermed må revideres. Innholdet i nåværende avtale skal likevel vise myndighet og ansvarsområder for dagens virksomhetsledere. I lederavtalen revisjonen har mottatt står det ingen detaljer angående internkontroll, risikovurdering eller iverksetting og oppfølging av tiltak knyttet til dette.

### 4.2.2 Systematisk gjennomførelse av risikovurderinger knyttet til kommunens virksomhet

#### Overordnet risikovurdering for hele kommunen

Personalsjefen forteller i intervju med revisjonen at kommunen ikke gjennomfører overordnede risikovurderinger. I «Vedlegg 5 – Beskrivelser» som revisjonen har mottatt oppgir kommunen at det nærmeste de har en risikovurdering på overordnet nivå er risikovurdering tilknyttet vernerunder, hvor skjemaet som blir fylt ut etter gjennomgått vernerunde fører til en handlingsplan.

<sup>4</sup> [Politisk reglement og skjemaer - Skiptvet kommune](#)

Kommunedirektøren opplyste i intervju om at kommunen på revisjonstidspunktet sto foran et arbeid med å innarbeide systematiske risikovurderinger i hele kommunen. Risikoområder har blitt vurdert på virksomhetsnivå, og disse er synliggjort i budsjetter og økonomiplaner. Disse risikovurderingene hadde ikke frem til nå blitt samlet i et helhetlig risikovurderingsdokument for hele kommunen.

### Systematisk risikovurderinger på virksomhetsnivå

I dokumentet «Internkontroll for Skiptvet kommune» (internkontrolldokumentet) ligger det et skjema for risikovurdering som kan benyttes for utarbeidelse av rutiner og retningslinjer for alle avdelinger i kommunen. I dokumentet står det at

*«en slik vurdering kan være et hjelpemiddel underveis i arbeidet, og vil i ferdig eller utfylt stand ha stor verdi for dokumentasjon av internkontrollen. Risikovurderingen hjelper oss å arbeide systematisk og dokumenterer både vurderinger og konklusjoner.»*<sup>5</sup>

Kommunen skriver videre at hensikten med en risikovurdering er å dokumentere forholdet mellom risiko og risikoreduserende tiltak.

I intervjuet med virksomhetsleder for helse og mestring får revisjonen fortalt at i hennes virksomhet blir det gjennomført risikovurderinger på avgrensede områder som vold og trusler, nedbemanning, budsjettkutt også videre. Kommunedirektøren forteller at «per i dag ligger dette arbeidet med risikovurderinger på virksomhetene». Revisjonen har ikke mottatt dokumentasjon på gjennomførte risikovurderinger, og kan derfor ikke vurdere hvordan praksisen for risikovurderinger er på virksomhetsnivå.

### Felles metode for vurdering av risiko og ensartede maler, kriterier og skalaer

I dokumentet «Internkontroll for Skiptvet kommune» står det skrevet at kommunens mål med internkontrollarbeidet er å opprette en helhetlig plan for kommunens arbeid med risikobaserte rutiner og prosedyrer, og at rutiner og prosedyrer, samt andre relevante dokumenter som omhandler internkontrollarbeidet, skal samles i kommunens kvalitetssystem. Kommunens tiltak for å oppnå målene er å «Utarbeide en prosedyre som metodisk beskriver hvordan kommunene skal gjennomføre en risikovurdering, og videre bruke dette resultatet til å lage en god rutine eller prosedyre.»<sup>6</sup> Videre skal det gis opplæring i arbeidet med internkontroll, og metode for risikovurdering. Det er ønskelig med obligatorisk opplæring og veiledning av ledere.

Ved spørsmål om kommunen har en felles metode for vurdering av risiko oppgir samtlige intervjuobjekter at det foreligger maler for risikoanalyser både spesifikt for vernerunden, men også en mer generell for kommunens virksomheter.

Vernerunden gjøres en gang per år, hvor de registrerte uregelmessighetene danner grunnlag for å gjennomføre en risikovurdering. I kommunens veileder for vernerunde og risikovurderinger<sup>7</sup> foreligger en beskrivelse av konsekvensene uregelmessighetene kan medføre.

---

<sup>5</sup> Vedlegg 3 – Internkontroll i Skiptvet kommune

<sup>6</sup> Vedlegg 3 – Internkontroll i Skiptvet kommune

<sup>7</sup> Vedlegg 4 – Vernerunde og risikovurderinger

|                         | <b>Mennesker</b>                                                                                                                               | <b>Miljø</b>                                                                   | <b>Materiell</b>                                                               |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1: Ufarlig</b>       | Ubetydelig personskade. Mulig førstehjelp på stedet                                                                                            | Ubetydelig skade på miljøet                                                    | Ubetydelig skade på materiell                                                  |
| <b>2: Farlig</b>        | Mindre personskade. Hjelp eller vurdering fra helsepersonell påkrevd. Kort sykemelding.                                                        | Mindre skade på miljø. Skaden vil forsvinne i løpet av et år                   | Mindre materielle skader. Kan hemme normal tjenesteproduksjon.                 |
| <b>3: Kritisk</b>       | Betydelig og alvorlig personskade, men uten alvorlig mén. Lang sykemelding                                                                     | Betydelig skade på miljøet. Restitusjon vil ta flere år.                       | Betydelige materielle skader. Tjenesteproduksjon forsinkes eller må legges om. |
| <b>4: Meget kritisk</b> | Skade som kan være livstruende, medføre varig mén/invaliditet eller død. Skader som kan ramme «ikke ansatte» eller naboer på en alvorlig måte. | Alvorlig miljøskade, usikker restitusjon eller virkning over tid.              | Alvorlige materielle skader og eller stans i produksjon                        |
| <b>5. Katastrofal</b>   | Kan resultere i flere invalidiserte og døde.                                                                                                   | Betydelig miljøødeleggelse. Usikker langtidsvirkning og varige synlige skader. | Fullstendige materielle ødeleggelser og total stopp i produksjon.              |

**Figur 2: Beskrivelse av konsekvenser ved risikovurdering**

Skjemaet viser konsekvenser fra 1: ufarlig til 5: katastrofalt, og tar for seg konsekvenser knyttet til mennesker, miljø og materiell. Etter vernerunde med leder og verneombud skal hendelsene som kan medføre risiko føres opp, og sannsynlighet og konsekvens skal regnes sammen. Risikovurderingen gir utgangspunkt for å utarbeide en handlingsplan som skal være prioritert etter en samlet vurdering av sannsynlighet og konsekvens.

#### **HANDLINGSPLAN ETTER UTFØRT RISIKOVURDERING I SKIPTVET KOMMUNE:**

| <i>Forhold som kan medføre risiko</i> | <i>Tiltak</i> | <i>Frist gjennomføring</i> | <i>Ansvarlig Gjennomføring</i> | <i>Kvittering gjennomføring</i> |
|---------------------------------------|---------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
|                                       |               |                            |                                |                                 |

**Figur 3: Handlingsplan etter utført risikovurdering**

Handlingsplanen skal inneholde forholdet, tiltak og frist for gjennomføring. Den ferdig utfylte handlingsplanen skal sendes til hovedverneombudet og personalsjefen.

Det foreligger en mal for risikovurdering på virksomhetsnivå. Den ligger under kapittelet om risikovurdering i internkontrolldokumentet. Malen er hentet fra KS-veilederen «Orden i eget hus – Kommunedirektørens internkontroll», og er en risiko- og kontrollmatrise. Ifølge veilederen kan matrisen være et hjelpemiddel under internkontrollarbeidet, og ferdig utfylt ha stor verdi som dokumentasjon av

internkontrollen. Matrisen er til hjelp for å arbeide systematisk og dokumentere vurderinger og konklusjoner.<sup>8</sup>

Malen er delt opp i fem bolker, hva kan gå galt, hvor galt kan det gå, hva har vi gjort for å unngå at det går galt, er det nok og oppfølging.

| 1. Hva kan gå galt? | 2. Hvor galt kan det gå? |            |        | 3. Hva har vi gjort for å unngå at det går galt?   | 4. Er det nok? |            |        | 5. Oppfølging                                |           |       |
|---------------------|--------------------------|------------|--------|----------------------------------------------------|----------------|------------|--------|----------------------------------------------|-----------|-------|
| Identifisert risiko | Iboende risiko           |            |        | Etablerte kontroller/ tiltak for å redusere risiko | Rest-risiko    |            |        | Nye eller endrede internkontroll-aktiviteter |           |       |
|                     | Sannsynlighet            | Konsekvens | Risiko |                                                    | Sannsynlighet  | Konsekvens | Risiko | Hva                                          | Ansvarlig | Frist |
|                     |                          |            |        |                                                    |                |            |        |                                              |           |       |
|                     |                          |            |        |                                                    |                |            |        |                                              |           |       |
|                     |                          |            |        |                                                    |                |            |        |                                              |           |       |
|                     |                          |            |        |                                                    |                |            |        |                                              |           |       |

Figur 4: Risiko- og kontrollmatrise fra KS «Orden i eget hus»

#### 4.2.3 Risikovurderingene skal legges til grunn for å etablere eller utvikle rutiner, prosedyrer eller andre tiltak på grunnlag av et formalisert risikobilde

Skiptvet kommunes internkontrolldokument beskriver at kommunen har rutiner og prosedyrer, men at disse ikke utarbeides på bakgrunn av en risikobasert vurdering. Kommunen ønsker å utarbeide en prosedyre som metodisk beskriver hvordan kommunen skal gjennomføre risikovurderinger, og hvordan resultatet kan brukes til å etablere rutiner eller prosedyrer. Det benyttes i liten grad risikovurdering på overordnet nivå for å etablere eller forbedre rutiner og prosedyrer. Kommunedirektøren oppgir videre at ute i enkelte av virksomhetene blir det jobbet med å evaluere prosedyrer på bakgrunn av risikovurderinger, for eksempel i helse og mestring.

I internkontrolldokumentet beskrives det at internkontroll vil gjøre det mer forutsigbart i forvaltningen, det kan avdekke feil og mangler ved tjenesteutøvingen, og gjøre det mindre sårbart ved sykdom- og fravær. Internkontrollen skal blant annet sikre etterlevelse av lover og regler, forebygge uønskede hendelser, hindre myndighetsmisbruk, og det skal føre til forbedringsarbeid. Internkontrollen er en del av kommunens samlede egenkontroll. Tiltak for kommunens internkontroll er skriftlige rutiner, prosedyrer, etablert praksis og kvalitetssystemet Samsvar. Kommunen har utarbeidet en helhetlig plan med definerte mål for internkontroll<sup>9</sup>. Det jobbes videre med å systematisere et mer helhetlig arbeid i organisasjonen, dette innebærer opplæring, oppfølging og risikobasert tilnærming til arbeidet med

<sup>8</sup> KS – Orden i eget hus

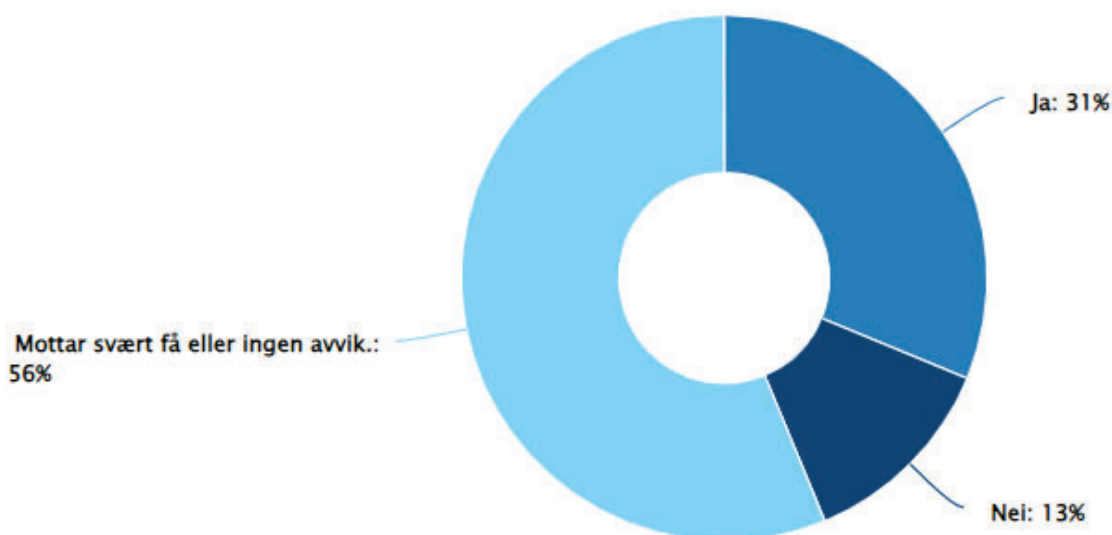
<sup>9</sup> Vedlegg 3 – Internkontroll Skiptvet kommune

rutiner og prosedyrer. Ifølge dokumentet er situasjonen i kommunen at dokumentasjon av internkontroll er delvis mangelfull og fragmentert. Kommunen ønsker at systemer, rutiner, instruksjoner osv. er dokumentert i det omfanget som er nødvendig for å sikre god etterlevelse av internkontrollen. For å oppnå det skal kommunen ha dokumentasjonen systematisert og samlet i Samsvar. Kvalitetsansvarlige<sup>10</sup> skal også påse at alle ledere har nødvendig kunnskap og ferdigheter for å etterleve kommunens internkontrollarbeid.

Den enkelte leder er ansvarlig for å gjennomføre avdekkende kontroller, ifølge internkontrolldokumentet. Kontrollvirksomheten bør gjennomføres med en viss hyppighet, eller med fast intervall, for å oppdage uønskede hendelser. Avdekkende kontroller kan for eksempel være avvikshåndtering.

Revisjonen har ikke mottatt dokumentasjon på at kommunen har andre egenkontrolltiltak for å forebygge uønskede hendelser. For eksempel kontroll av vedtak, at tjenester blir gitt i henhold til vedtak o.l.

I spørreundersøkelsen var et av spørsmålene rettet til ledere som håndterte avvik følgende: «Benytter du avviksdata (f.eks. statistikk) i planleggingsarbeidet for din virksomhet (f.eks. for å forebygge feil/uønskede hendelser eller for å forbedre tjenestene)?». 31,3 % svarte at de bruker resultatene til videre arbeid, noe som bekrefter til en viss grad det kommunedirektøren sier om at enkelte virksomheter evaluerer arbeidet sitt på bakgrunn av risiko for avvik. Over halvparten av lederne mottar så få avvik at de ikke ser det som aktuelt å bruke dataene til forbedringsarbeid. I internkontrolldokumentet opplyses det om at ikke alle er kjent med hvor, og hvordan avvik meldes i kommunen, noe som kan forklare den høye prosenten som ikke mottar avvik.



**Figur 5: Viser benyttelsen av avviksdata i videre arbeid i virksomhetene (N=16)**

Virksomhetsleder for helse og mestring forteller at når hun startet sitt arbeidsforhold i 2022 var prosedyrer lagt i permer og var svært gamle og utdaterte. Videre ga hun uttrykk for at siden Skiptvet er en liten kommune, faller arbeidet med å få til en fungerende internkontroll i stor grad på ledergruppen. Virksomhetsleder forteller videre at prosedyrene ved hennes virksomhet blir evaluert i forbindelse med

<sup>10</sup> Kvalitetsansvarlige har systemansvar for Samsvar

digitaliseringen fra papir til digital lagring i Samsvar. Mye av dette arbeidet er gjort, men det gjenstår fortsatt å få digitalisert en del dokumenter. Personalsjefen opplyser at man i Samsvar får varsler når rutiner skal revideres. Hun forteller også at kommunen ikke har kommet så langt at risikovurderinger brukes for å etablere eller forberede rutiner. Målet er at virksomheter og avdelinger skal bruke risikovurderinger for å avdekke områder hvor det er behov av nye rutiner eller oppdatering av allerede eksisterende tiltak/rutiner.

Kommunedirektøren nevner i intervjuet at kontrollutvalgssekretariatet i forbindelse med vurderinger av ny plan for forvaltningsrevisjoner, har laget en risikovurdering for kommunen. Kommunen har fått tilgang til vurderingene slik at de har fått vurdere dem oppimot det kommunen selv opplever som sine største risikoområder. Det er også enkelte områder som er mer utsatt for risiko enn andre, for eksempel helse, personvern og beredskap litt lenger ned i organisasjonen.

#### **4.2.4 Kommunens systemer for å evaluere og forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll**

Kommunedirektøren opplyser i intervjuet at kommunen har hatt veldig lite dokumentasjon angående internkontroll, og at de ikke har en rutine knyttet til å evaluere skriftlige prosedyrer og rutiner. I mars 2023 startet jobben med å få på plass en overordnet internkontroll og et fungerende kvalitetssystem. Dette resulterte i dokumentet «Internkontroll Skiptvet kommune». Dokumentet henviser til kommuneloven, som er tydelig på at internkontroll er et lederansvar, og skal virke som retningslinjer og vise hvordan kommunen skal jobbe med internkontroll i organisasjonen. Videre i dokumentet står det at *«en forankring av internkontrollansvaret i toppledelsen legger til rette for at kommunen kan ta et mer helhetlig grep om interkontrollen, for å få en målrettet og effektiv internkontroll»*<sup>11</sup>. Dokumentet sier også at alle ledere må kunne se at internkontrollarbeid i eget ansvarsområdet er formålstjenlig, og at konsekvensen er utelukket positiv.

---

<sup>11</sup> Vedlegg 3 – Internkontroll Skiptvet kommune

## 4.3 Vurderinger

I kapittel 4.2 har vi presentert et datagrunnlag for å kunne vurdere om utvalgte bestemmelser i kommunelovens kapittel 25, samt andre sentrale føringer, er fulgt opp. Nedenfor følger våre vurderinger.

### 4.3.1 Organiseringen i Skiptvet kommune

I kommunelovens § 25-1 bokstav a er det fastsatt et krav om å utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering. Inkludert i kravet om å beskrive kommunens organisering ligger å beskrive hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt innad i kommunen, både sentralt og innenfor de ulike tjenesteområder og virksomheter. Det er revisjonens vurdering at kommunen til en viss grad har dokumentert virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering på et overordnet nivå. Revisjonen har fått innblikk i dokumentene som omhandler internkontroll, avvikshåndtering og lederavtalen. Det foreligger imidlertid ikke et fullstendig delegeringsreglement på administrativt nivå. Dette bidrar til at kommunen ikke kan dokumentere fullt ut at ansvar, oppgaver og myndighet er tydelig fordelt i kommunen. Lederavtalen definerer heller ikke lederes ansvar for internkontroll på eget tjenesteområde. Revisjonen vurderer ut fra dette at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har beskrevet sine hovedoppgaver, mål og organisering på en måte som er fullt ut tilfredsstillende.

### 4.3.2 Systematisk gjennomførelse av risikovurderinger knyttet til kommunens virksomhet

Kommunens internkontroll skal være systematisk, og det er da en forutsetning at den tilpasses aktuelle risikoforhold. Det bør benyttes systematiske analyser av risiko for avvik som grunnlag for innretningen av internkontrollarbeidet. Dette innebærer at vurderingen av risiko for feil, og mulige konsekvenser av feil, blir avgjørende for hvilke rutiner/prosedyrer eller andre tiltak som etableres og revideres.

Det er revisjonens vurdering at kommunen i liten grad gjennomfører overordnede risikovurderinger knyttet til arbeidet med internkontrollen i Skiptvet kommune. Revisjonen baserer dette på uttalelser fra våre informanter og skriftlig dokumentasjon som bekrefter dette. Det er imidlertid utført risikovurderinger i forbindelse med gjennomføring av vernerunder (HMS).

Det kom frem i intervjuene at det foregår et arbeid med å innarbeide systematiske risikovurderinger på tvers av kommunens organisasjon. Vår forståelse er at det frem til nylig har vært opp til virksomhetene å utføre risikovurderinger ved behov. Virksomhet helse og mestring har gjennomførte risikovurderinger knyttet til enkelte avgrensede områder, som vi mener er positivt. Det er likevel tydelig for revisjonen at det ikke i tilstrekkelig grad sørges for at det gjennomføres systematiske risikovurderinger i hele organisasjonen per i dag. Dette gjenspeiles også i internkontrolldokumentet der internkontrollen beskrives som noe fragmentert og bare delvis dokumentert. Det er mulighet for å gjennomføre risikovurderinger i kvalitetssystemet Samsvar, men denne muligheten blir etter vår oppfatning i liten grad benyttet. Revisjonen vurderer at manglende vurdering og oversikt over risikomomenter i kommunens arbeid, svekker kommunens evne til å etablere eller revidere prosedyrer/rutiner på grunnlag av et formalisert risikobilde.

Skiptvet kommune er i gang med å utarbeide felles maler for risikovurdering, samt digitalisere maler som allerede eksisterer. På den måten vil alle reviderte og relevante maler bli lagret i kvalitetssystemet Samsvar. Dette er en positiv utvikling og en forutsetning for at maler er tilgjengelige for hele organisasjonen.

#### **4.3.3 Risikovurderingene skal legges til grunn for å etablere eller avvikle rutiner, prosedyrer eller andre tiltak på grunnlag av et formalisert risikobilde**

Som nevnt ovenfor gjennomfører Skiptvet kommune i liten grad systematiske risikovurderinger. Systematiske risikovurderinger bør være avgjørende for hvilke rutiner, prosedyrer eller andre tiltak kommunen bør utarbeide eller avvikle.

Revisjonen kan ikke med tilfredsstillende grad av sikkerhet bekrefte at kommunen har den nødvendige informasjonen om risikobildet i kommunen for å sikre at rutiner, prosedyrer eller andre tiltak som iverksettes er optimale. Dette er med bakgrunn i at kommunen ikke i tilstrekkelig grad gjennomfører systematiske risikovurderinger som grunnlag for å vurdere hvilke rutiner, prosedyrer eller tiltak som bør etableres eller avvikles.

#### **4.3.4 Kommunens systemer for å evaluere og forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll**

Revisjonen vil trekke frem som et positivt element at kommune har påbegynt et omfattende arbeid med å strukturere internkontrollen i kommunen på en mer systematisk måte enn tidligere. Internkontrolldokumentet («Internkontroll i Skiptvet kommune») er et tydelig bevis på dette. Kommunen er dermed bevisst på at det er et forbedringspotensial knyttet til systematisk internkontrollarbeid. Det gjenstår likevel et relativt omfattende arbeid med å realisere dokumentets målsetninger i hele kommunens organisasjon.

Kommunen har gjennom sitt kvalitetssystem Samsvar, en funksjonalitet som bidrar til å sikre løpende revidering av de prosedyrer og andre dokumenter som er lagret i systemet, dette mener revisjonen bidrar til å sikre revidering av denne typen dokumentasjon. Imidlertid vurderer vi at vårt revisjonskriterium og underliggende lovbestemmelse krever et mer omfattende system for evaluering og forbedring av prosedyrer og andre tiltak for internkontroll. Dette kan for eksempel innebære at kommunen gjennomfører egenkontroller for å sikre oppfølging av regelverk på ulike områder og at innretningen på internkontrollarbeidet på en systematisk måte drøftes i hele organisasjonen. Revisjonen vil peke på at et viktig grunnlag for å sikre at kommunen har et tilstrekkelig grunnlag for å evaluere og forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll, er at det gjennomføres risikovurderinger i hele kommunens organisasjon, slik at internkontrollen til enhver tid er oppdatert og fungerer hensiktsmessig. Som tidligere vist til gjennomføres det ikke risikovurderinger i tilstrekkelig grad i Skiptvet kommune per i dag.

Med bakgrunn i ovennevnte momenter, vurderer revisjonen at kommunen i for liten grad evaluerer og forbedrer skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll, for å sikre at internkontrollen til enhver tid er oppdatert og fungerer hensiktsmessig. Samtidig bør det bemerkes at kommunen i nyere tid har hatt et økt fokus på å få etablert en hensiktsmessig internkontroll.

## 4.4 Konklusjon og anbefalinger

Revisjonen konkluderer med at Skiptvet kommune i liten grad gjennomfører systematiske risikovurderinger for å danne et helhetlig risikobilde i kommunen. På bakgrunn av at det i liten grad gjennomføres risikovurderinger, kan ikke revisjonen bekrefte at kommunen etablerer og evaluerer prosedyrer og andre tiltak for internkontroll på bakgrunn av et formalisert risikobilde. Kommunen bør fortsette sitt arbeid med implementere en kultur for risikobasert kontroll. Risikovurderinger bør identifisere og analysere de risikoer og konsekvenser som kan ha betydning for å nå kommunens mål, og kommunen bør innrette internkontrollen i henhold til dette. Analyser av risiko bør være grunnmuren i å etablere en hensiktsmessig internkontroll.

Basert på revisjonens vurderinger og konklusjon anbefaler vi at kommunen bør

- sørge for at det utarbeides tilstrekkelige beskrivelser av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering. For å sikre dette bør delegeringsreglementet ferdigstilles og lederes ansvar for internkontroll bør tydeliggjøres i lederavtaler
- sørge for at det på en systematisk måte gjennomføres risikovurderinger knyttet til kommunens virksomhet, for å sikre at internkontrollarbeidet blir mer målrettet og effektivt
- etablere og utvikle rutiner, prosedyrer og andre tiltak for internkontroll på bakgrunn av et formalisert risikobilde
- evaluere og ved behov forbedre skriftlige prosedyrer og andre tiltak for internkontroll

## 5 KVALITETSSYSTEMET

### Problemstilling 2: Har Skiptvet kommune etablert et tilfredsstillende kvalitetssystem?

#### 5.1 Revisjonskriterier <sup>12</sup>

Kommunen bør ha et kvalitetssystem som brukes, og er lett forståelig og tilgjengelig for de ansatte. Det bør gis tilstrekkelig opplæring i systemet slik at de ansatte har kjennskap til systemet og er i stand til å benytte seg av systemet for å eksempelvis melde og følge opp avvik etter intensjonen. Avvik bør sees på som en læring, hvor man i tillegg til å håndtere et konkret avvik også iverksetter forebyggende tiltak slik at man unngår tilsvarende avvik i fremtiden. Medarbeidere som erfarer at det å melde avvik bidrar til at organisasjonen lærer og utvikles videre, vil være mer åpne for å melde avvik.

Rutiner kan være skriftlige eller innarbeidet praksis som ikke er skriftliggjort. Ofte er det ikke mangel på rutiner som er problemet, men at de ikke følges. En forklaring og grunn til det kan være manglende opplæring. En annen grunn til at rutiner ikke følges, er at de blir oppfattet som rigide, eller at de ikke er tilpasset den faktiske situasjonen i kommunen. Derfor bør kommunen ha en prosess rundt etablering av rutiner som sikrer at kontrolltiltak, rapportering og oppfølging er tilpasset virkeligheten i kommunen. Med jevne mellomrom bør man også kvalitetssikre at rutiner og arbeidsformer er oppdatert og fungerer etter hensikten. Når ansatte har tilstrekkelig kunnskap om kvalitetssystemet vil de også lettere kunne ta i bruk systemet og finne frem til riktige rutiner som er relevant for deres arbeidshverdag. Kvalitetssystemet bør være lett tilgjengelig for de ansatte slik at det skal være enkelt å finne frem til nødvendige dokumenter og rutiner.

Et kvalitetssystem kan i tillegg til det som allerede er nevnt om å melde/behandle avvik og oppbevare viktige rutiner/styringsdokumenter, ha funksjonalitet knyttet til f.eks. å vurdere risiko for feil/mangler eller manglende måloppnåelse i kommunen. Rammene for hva et kvalitetssystem skal benyttes til bør kommunen definere gjennom å ha klare rutiner for hvordan systemet skal brukes, og disse rutineene bør følges opp og gjøres kjent i kommunen.

#### Revisjonskriteriene er punktvis oppsummert nedenfor.

Kommunen bør kunne dokumentere:

- **at kvalitetssystemet benyttes og er lett forståelig for de ansatte.**
  - Det bør være etablert skriftlige rutiner knyttet til bruk av kvalitetssystemet, dette kan for eksempel være rutiner knyttet til avvikshåndtering, dokumenthåndtering eller annen funksjonalitet kommunen ønsker å bruke i kvalitetssystemet. Rutinene bør gjøres kjent for kommunens ansatte.
  - Rutinene knyttet til kvalitetssystemet bør følges opp i praksis.
  - Ansatte bør få tilstrekkelig opplæring i bruk av kvalitetssystemet slik at de har gode forutsetninger for blant annet å finne frem til nødvendig dokumentasjon og melde/behandle avvik.

---

<sup>12</sup> Fullstendig utledning av revisjonskriterier er i rapportens kapittel 7.1

## 5.2 Datagrunnlag

I datagrunnlaget vil vi gjøre rede for kommunens arbeid knyttet etableringen og driften av kvalitetssystemet. Vi har tatt utgangspunkt i intervjuene med kommunedirektør, personalsjefen og virksomhetsleder for helse og mestring. Vi har også sett på resultatene fra spørreundersøkelsen og innholdet i kommunens egne dokumenter.

### 5.2.1 Skriftlige rutiner

Da Skiptvet kommune tok i bruk Samsvar ble «Rutine for avvikshåndtering Helse, miljø og sikkerhet, tjenestekvalitet, legemiddelhåndtering, informasjonssikkerhet/personvern og IKT» opprettet. Rutinen inneholder definisjoner på hva de forskjellige avvikstypene innebærer. Formålet med rutinen er blant annet å håndtere brudd på rutiner og system, og å vurdere behov for risikovurdering og *«endring for å hindre at lignende hendelser skjer igjen og som grunnlag for forbedring»*<sup>13</sup>. Videre i rutinen står det at alle ansatte har et ansvar for å melde ifra om avvik, enten til nærmeste leder eller til den som er ansvarlig for området, samt å registrere hendelsen i avvikssystemet. Revisjonen har ikke mottatt andre skriftlige rutiner for gjennomføring av risikovurdering eller annen bruk av kvalitetssystemet.

I «Internkontroll for Skiptvet kommune»<sup>14</sup> står det at de ansattes kompetanse i bruk av Samsvar ikke er tilstrekkelig. Det kommer også frem at det ikke foreligger skriftlig veileder for Samsvar. Det ønskede målet er at alle ansatte har nødvendige kunnskaper og ferdigheter til å følge opp arbeidet i Samsvar. For å oppnå det målet har kommunen satt inn fire tiltak i planen. Kommunen skal blant annet utarbeide en opplæringsplan og opprette skriftlige veileder for Samsvar. Det skal også utarbeides en prosedyre som metodisk beskriver hvordan ansatte kan gjennomføre en risikovurdering.

Resultater fra spørreundersøkelsen sier noe om terskelen for å melde avvik. I kommentarfeltet skriver en av respondentene at hen opplever at terskelen for å melde avvik er veldig høy og mener det må skapes en kultur for å registrere avvik. Respondenten foreslår å skape mer bevissthet rundt hva avvik er og hvilket godt verktøy for forbedring det kan være hvis det brukes riktig, og få flere til å registrere hendelser. For eksempel opplever respondenten at terskelen for å melde avvik fra skolen er for høy, og at vold mellom elever bør registreres, men at det sjeldent blir gjort. Respondenten mener at mye av grunnen kan være dårlig oppfølging fra ledelse, uklare retningslinjer for registrering, eller at den ansatte ikke vil bruke tid på å melde avvik.

På spørsmålet «I hvilken grad opplever du at det der utviklet en felles forståelse på din arbeidsplass av hvilke typer hendelser som skal meldes som avvik» (figur 6) svarer 72,2 % av respondentene at det er liten eller middels grad av felles forståelse for hvilke typer hendelser som skal meldes som avvik.

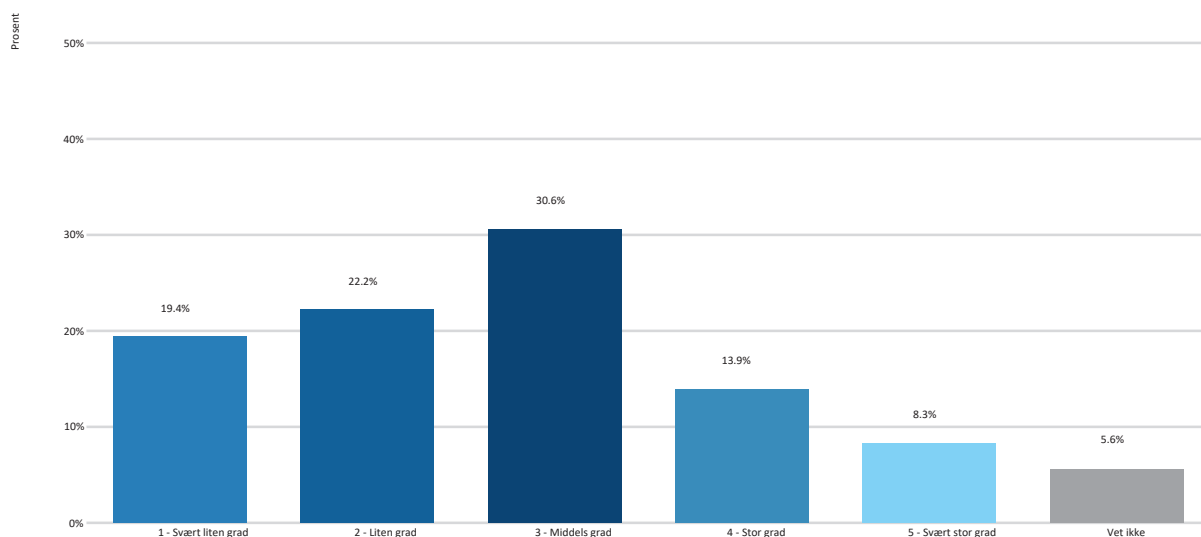
Virksomhetsleder for helse og mestring forteller i sitt intervju at hun veileder de ansatte i at det ikke er behov for å melde avvik knyttet til alle små hendelser, men at det heller må kartlegges om hendelsene er gjentakende. Personalsjefen opplyser i intervju at hun oppfordrer til å melde avvik, og mener at gjennom avvik kan man kvalitetssikre arbeidet som gjøres i kommunen.

Spørreundersøkelsen viser at 13,9 % av respondentene mener det i stor eller svært stor grad er gode rutiner knyttet til bruk av Sikri Samsvar, mens 75 % mener at det i svært liten, liten eller middels grad er gode rutiner. De resterende 11 % svarer «vet ikke» (figur 7).

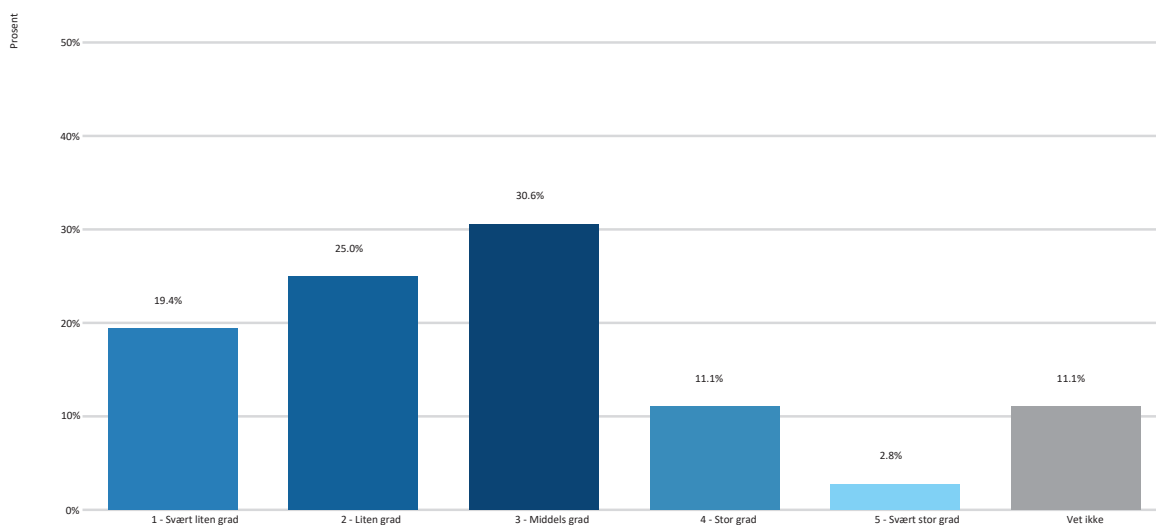
---

<sup>13</sup> Vedlegg 6 - Rutine for avvikshåndtering – Helse, miljø og sikkerhet, tjenestekvalitet, legemiddelhåndtering, informasjonssikkerhet/personvern og IKT

<sup>14</sup> Vedlegg 3 – Internkontroll for Skiptvet kommune



**Figur 6: 72,2 % mener det i svært liten, liten eller middels grad eksisterer en felles forståelse for hvilke typer hendelser som skal meldes som avvik (N=36)**



**Figur 7: 75 % opplever at det i svært liten, liten eller middels grad finnes gode rutiner knyttet til bruk av Samsvar (N=36)**

### 5.2.2 Oppfølging av rutiner for kvalitetssystemet

Under intervjuene svarte samtlige av intervjuobjektene at kvalitetssystemet hovedsakelig blir brukt til å melde avvik, samt at systemet inneholder enkelte rutiner og retningslinjer. Personalsjefen opplyste om at det på sikt skal tas i bruk en funksjon som ber om lesebekreftelse for å sikre at de ansatte har lest rutinene.

## Nytt kvalitetssystem - Samsvar

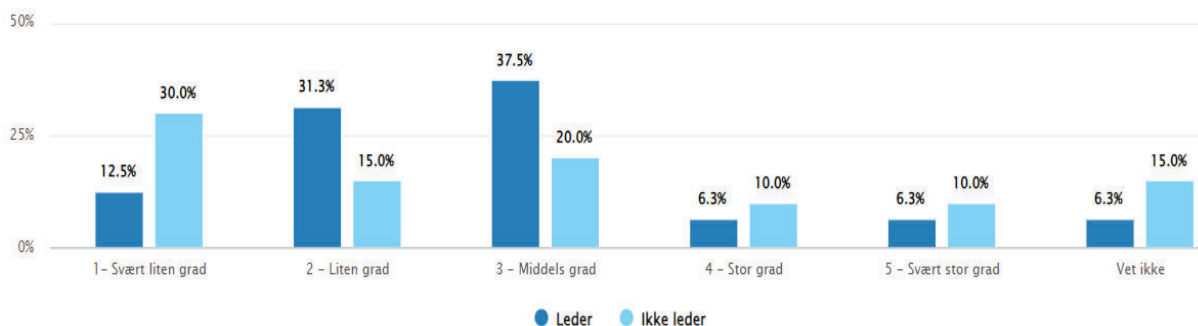
Da kommunedirektøren startet sitt arbeidsforhold i Skiptvet kommune i 2023, hadde kommunen allerede anskaffet Sikri Samsvar som sitt kvalitetssystem. Systemet var likevel ikke tatt ordentlig i bruk. Målet til kommunen er at alle ansatte skal melde avvik i Samsvar, men ifølge kommunedirektøren er det fortsatt en jobb som må gjøres knyttet til å sikre at dette skjer. Videre opplyser kommunedirektør at det kan være litt usikkerhet i kommunens organisasjon rundt hva som faktisk er et avvik. Personalsjefen opplyste om at det eksisterer en E-læringsmodul knyttet til bruk av Samsvar som alle ansatte blir oppfordret til å gjennomføre, men det finnes ingen kontroll på om dette faktisk blir gjort av samtlige ansatte.



**Figur 8: 69 % av ansatte med lederansvar vet hvor de finner informasjon om hvordan Samsvar brukes. (N=16), mens 40 % av ansatte uten lederansvar svarer ja på samme spørsmål (N=20)**

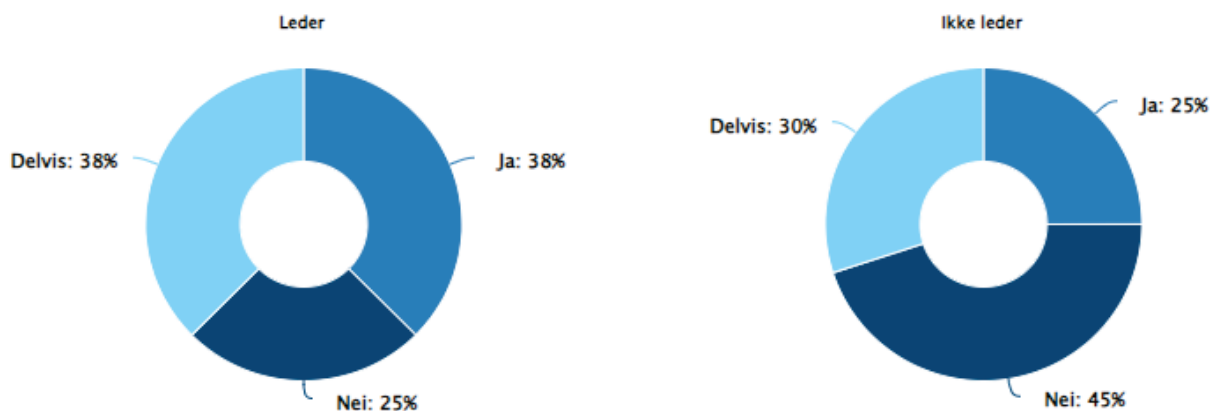
Spørreundersøkelsen viser en vesentlig forskjell i svarfordeling av ja og nei på spørsmålet «Vet du hvor du kan finne informasjon om hvordan Sikri Samsvar brukes?» avhengig av om respondenten er en ansatt med eller uten lederansvar. 69 % av de med lederansvar vet hvor man finner informasjon om hvordan Samsvar brukes, mens 40 % av de uten lederansvar svarer ja på samme spørsmål. Det er en stor andel som ikke vet hvor den kan finne informasjon om systemet, det er dermed også tenkelig at de ikke vet hvordan man skal bruke Samsvar.

Et av spørsmålene i spørreundersøkelsen var «I hvilken grad opplever du at Sikri Samsvar brukes regelmessig på din arbeidsplass?». Vi har som med forrige spørsmål sortert besvarelsene etter ansatte med og uten lederansvar. 81 % av ansatte med lederansvar opplever i svært liten, liten eller middels grad at systemet blir brukt regelmessig på deres arbeidsplass. Knyttet til ansatte uten lederansvar er det 65 % som mener det samme. 12 % av lederne og 20 % av de uten lederansvar mener at Samsvar blir brukt regelmessig i stor eller svært stor grad.

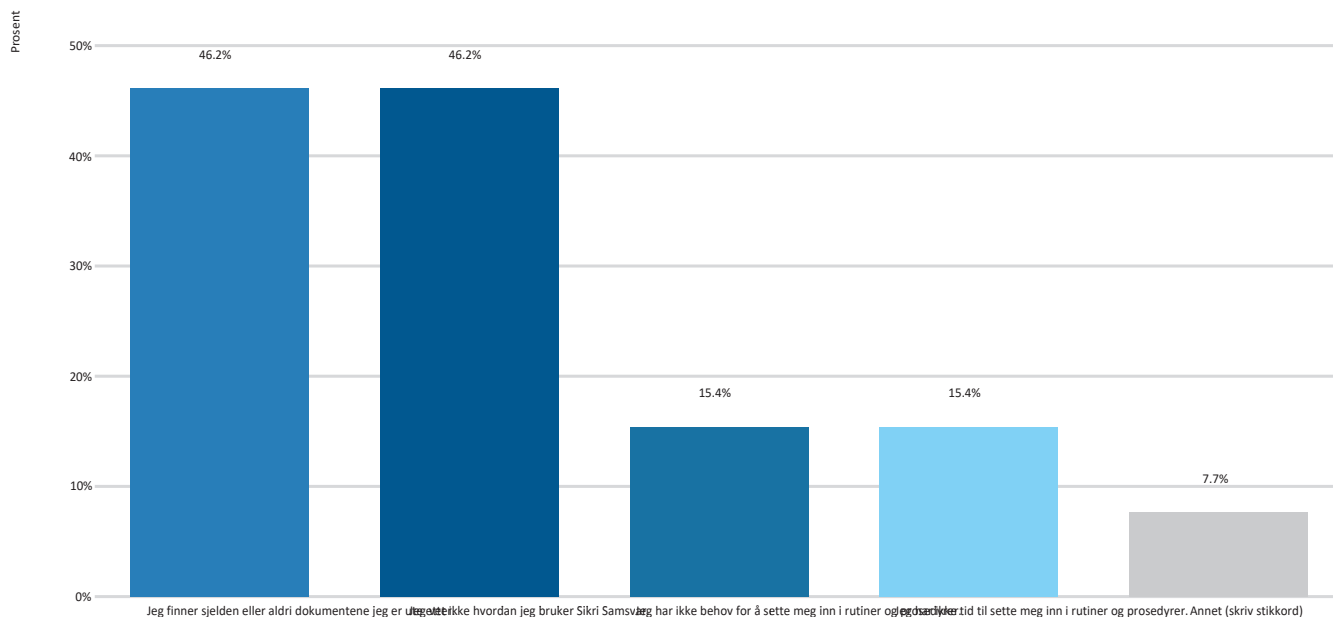


**Figur 9: 81 % av ansatte med lederansvar opplever i svært liten, liten eller middels grad at Samsvar blir brukt regelmessig på arbeidsplassen (N=16) mens 65 % av ansatte uten lederansvar opplever det samme (N=20)**

På spørsmålet «Benytter du rutiner, prosedyrer eller annen type dokumentasjon fra Sikri Samsvar i ditt arbeid?» svarer 76 % av de med lederansvar som har svart at de benytter seg av, eller delvis benytter seg av rutiner eller annen dokumentasjon, mens 25 % av de svarer nei. Av de uten lederansvar er det 45 % som svarer nei på om de benytter dokumentasjon, mens resterende 55 % helt eller delvis benytter seg av rutiner, prosedyrer eller annen type dokumentasjon. Respondentene som svarte nei på at de bruker Samsvar i sitt arbeid opplyser at hovedgrunnene til at de ikke bruker systemet er at de ikke finner dokumentene de leter etter, eller ikke vet hvordan de skal bruke systemet (henholdsvis 46,2 og 46,2 % av respondentene).



**Figur 10: 76 % av ansatte med lederansvar benytter seg helt eller delvis av skriftlig dokumentasjon (N=16). 55 % av ansatte uten lederansvar benytter seg helt eller delvis av skriftlig dokumentasjon (N= 20)**



**Figur 11: Viser årsaker til at Samsvar ikke blir benyttet (N=13)**

### Kvalitetssystemets tilgjengelighet på arbeidsplassen

Samtlige intervjuobjekter sier at dagens kvalitetssystem er tilgjengelig for ansatte, men at enkelte ansatte likevel kan ha utfordringer med å få tilgang. De ansatte som ikke har tilgang til PC på arbeidsplassen kan gå inn på kvalitetssystemet på telefonen. Via telefonen er det mulig å finne dokumenter samt melde avvik. Spørreundersøkelsen bekrefter at kvalitetssystemet er tilgjengelig for ansatte. Av de som svarte på undersøkelsen er det 88,9 % som svarer at de har tilgang, de resterende 11,1 % svarer «vet ikke», samtlige av de ansatte med lederansvar svarer ja på om de har tilgang.

Virksomhetsleder helse og mestring ga uttrykk for at det er flere ansatte som ikke har tilstrekkelige datakunnskaper for å selv legge inn rutiner i Samsvar. Den ansatte kan i disse tilfellene levere rutiner på papir til virksomhetsleder, som så innarbeider dette i kvalitetssystemet. Videre forteller hun at det er en utfordring at man i systemet kun kan registrere ett søkeord for hvert dokument. Det gjør det vanskelig å finne dokumentene, med mindre man vet nøyaktig hva dokumentet heter. Hun opplever generelt at systemet ikke er intuitivt nok.

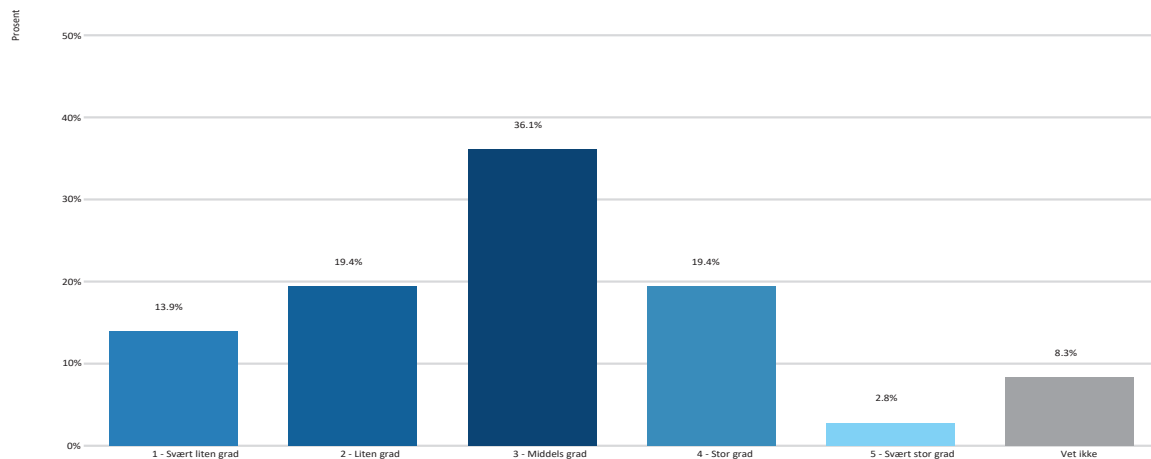
Kommentarene til spørreundersøkelsen viser det er noe frustrasjon over at systemet ikke er intuitivt, og dermed er vanskelig å bruke.

Personalsjefen opplyser det er utfordrende å få implementert kvalitetssystemet i kommunen, særlig opp mot organisasjon og struktur. Hun mener at to grunner kan være for lite ressurser, og ikke god nok tid til å bli godt kjent med systemet. Virksomhetsleder for helse og mestring påpeker at implementeringen av systemet er en viktig oppgave, som krever ressurser og prioriteringer. Hvis man får systemet på plass, får man også et mye bedre kvalitetsfokus i kommunen.

#### 5.2.3 Opplæring i bruk av kvalitetssystemet

Kommunedirektøren informerte om i intervjuet at det er utfordringer med å få alle ansatte til å bruke kvalitetssystemet, og at kommunen har satt i gang to tiltak knyttet til dette. Det første tiltaket er at virksomhetslederne må ta ansvar for at ansatte får riktig opplæring i sine virksomheter og sørge for at det blir skrevet avvik. Videre har kommunen gjennomført kurs fra leverandøren av Samsvar (Sikri). Kurset omfattet hvordan man skriver avvik, hvordan man jobber med systemet og lignende. Det andre tiltaket er å få informasjonen ut til ansatte. Personalsjefen har vært rundt på nesten alle virksomhetene for å informere om Samsvar og sammenhengen med dokumenthåndteringen, hun informerer revisjonen om at opplæringen i hovedsak har foregått muntlig. I intervjuet forteller personalsjefen at alle skal få opplæring og at Samsvar er et forholdsvis nytt system for de ansatte. Det er opprettet en gruppe med superbrukere fra hver virksomhet og stab som har et ekstra ansvar knyttet til arbeidet med å implementere Samsvar.

Spørreundersøkelsen viser et sammensatt bilde av om ansatte opplever å ha fått tilstrekkelig med opplæring i Samsvar. 36,1 % av respondentene mener de i middels grad har fått tilstrekkelig opplæring, 33,3 % mener de i svært liten eller liten grad har fått tilstrekkelig opplæring, mens 22,2 % mener de i stor eller svært stor grad har fått tilstrekkelig opplæring. 8,2 % svarer «vet ikke».



**Figur 13: Viser varierte svar knyttet til tilstrekkelig opplæring i Samsvar (N=36)**

I spørreundersøkelsens kommentarfelt nevnte flere respondenter at de opplever at det er manglende opplæring og forståelse for hva Sikri Samsvar er. De mener det er behov for grundigere opplæring i systemet, men også på hva som er et avvik. En av respondentene skriver at vedkommende ikke «vet hva Sikri er. Det er ikke meg som melder avvik».

Skiptvet kommunes internkontrolldokument beskriver flere tiltak for opplæring av ansatte, for eksempel at det skal etableres læringsvideoer og veiledere, samt opplæringsplan for både avviksregistrering og for Samsvar for øvrig.

## 5.3 Vurderinger

### 5.3.1 Skriftlige rutiner

Revisjonen vurderer at det ikke foreligger tilstrekkelig med skriftlige rutiner knyttet til bruk av kvalitetssystemet. Med bakgrunn i intervjuer, spørreundersøkelse og gjennomgang av oversendte dokumenter, sitter revisor igjen med et inntrykk av at de skriftlige rutinene som omhandler kvalitetssystemet i kommunen oppleves av ansatte som utilstrekkelige. Det foreligger en rutine for avvikshåndtering, men våre funn indikerer at mange ansatte i liten grad har en felles forståelse av hva et avvik er og hvordan det skal meldes. Dette viser etter revisjonens oppfatning at det gjenstår et arbeid med å sørge for at ansatte har kjennskap til avviksrutinen slik at den benyttes konsekvent av ansatte. Skiptvet kommune opplyser i dokumentet «Internkontroll for Skiptvet kommune» at det ikke foreligger skriftlige rutiner for veiledning i Samsvar. Revisjonen vil bemerke at for å nå det ønskede målet om at samtlige ansatte har nødvendig kunnskap og støtte knyttet til bruk av systemet, er det viktig å få på plass tilstrekkelige skriftlige rutiner som ivaretar ansattes informasjonsbehov.

### 5.3.2 Oppfølging av rutiner for kvalitetssystemet

Samsvar er et relativt nytt kvalitetssystem i Skiptvet kommune, og det tar tid å få implementert driften av nytt system i en kommune. Revisjonen ser det som positivt at ansatte gjennomgående har tilgang til Samsvar, både gjennom PC og mobile løsninger, som er en grunnleggende forutsetning for at ansatte skal ta systemet i bruk. Likevel vurderer revisjonen at Samsvar i for liten grad blir benyttet til det intenderte formålet i Skiptvet kommune. Vi begrunner dette med at en vesentlig del av ansatte i spørreundersøkelsen oppgir at Samsvar blir lite brukt på arbeidsplassen. At systemet ikke brukes jevnlig, kan føre til at kunnskapen om systemet, som er opparbeidet gjennom opplæring, reduseres over tid. Vi viser også til funn i forrige overskrift knyttet til oppfølging av avviksrutinen.

### 5.3.3 Opplæring i bruk av kvalitetssystemet

For at Samsvar skal fungere som et helhetlig kvalitetssystem for hele kommunen bør det ligge som et premiss at alle ansatte får tilstrekkelig opplæring i hvordan systemet brukes. Det bør også sikres at ansatte får hjelp og veiledning i bruken av systemet underveis. Revisjonen vurderer med bakgrunn i funnene at kommunen i noen grad har sikret tilstrekkelig opplæring av ansatte i kvalitetssystemet. Kommunen er klar over at det er utfordringer med å nå samtlige ansatte med tanke på å sikre tilstrekkelig kunnskap om bruk av kvalitetssystemet, og det gjennomføres opplæringstiltak i hele kommunen på bakgrunn av dette. Om tiltakene har fått effekt foreløpig, eller er tilstrekkelige, er noe revisjonen er usikker på i skrivende stund. Spørreundersøkelsen viser et sammensatt bilde av situasjonen der ca. en tredjedel av respondentene mener de i svært liten eller liten grad har fått tilstrekkelig opplæring. I kommentarfeltet oppgir flere ansatte å ikke ha fått opplæring overhodet, noe som i så fall er uheldig. For at ansatte skal ha gode forutsetninger for å finne frem til nødvending dokumentasjon og melde avvik i systemet er de avhengig av at tilstrekkelig opplæring blir gitt.

Generelt er det revisjonens inntrykk at ansvaret for å implementere systemet blant ansatte i stor grad har falt på et fåtall ledere, og at dette muligens har ført til at arbeidet med kvalitetssystemet ikke har blitt prioritert i en hektisk arbeidshverdag. Revisjonen viser til andre kommuner, for eksempel Hvaler kommune, hvor tilsettelse av en kvalitetsansvarlig har gitt gode resultater i forbindelse med å sikre oppfølging av kvalitetssystemet og annet kvalitetsarbeid.

## 5.4 Konklusjon og anbefalinger

Revisjonen konkluderer med at Skiptvet kommune til en viss grad har etablert et tilfredsstillende kvalitetssystem. Kommunen er i implementeringsfasen av Samsvar, og har etablert en avviksrutine og noen opplæringstiltak knyttet til systemet. Våre undersøkelser viser at en vesentlig andel av ansatte opplever at det ikke er etablert tilstrekkelige rutiner eller opplæring knyttet til kvalitetssystemet, samt at det eksisterer en oppfatning om at det i liten grad er en felles forståelse blant ansatte om hva som kan defineres som et avvik. Dette kan potensielt føre til en underrapportering av avvik i kommunen og at kommunens øvrige målsetninger med systemet ikke nås. Revisjonen vurderer at kommunen fremover bør sørge for å ha tilstrekkelig med rutiner, ressurser og opplæringstiltak, for å sikre at kvalitetssystemet blir benyttet av ansatte i henhold til kommunens målsetninger.

Basert på revisjonens vurderinger og konklusjon fremmer revisjonene følgende anbefalinger.

Skiptvet kommune bør

- etablere ytterligere skriftlige rutiner knyttet til bruk av kvalitetssystemet, og påse at rutinene bli fulgt opp i praksis
- vurdere om det er behov for personalressurser som får tildelt ansvaret for implementering og drift av kvalitetssystemet
- sørge for tilstrekkelig opplæring og veiledning av kommunens ansatte i kvalitetssystemet, for å sikre at ansatte finner frem til nødvendig dokumentasjon og kan melde/behandle avvik

## 6 KILDER OG LITTERATUR

### Dokumenter fra Skiptvet kommune

- Vedlegg 1 - Organisasjonskart overordnet nivå
- Vedlegg 2 - Lederavtale kommunalsjef
- Vedlegg 3 - Internkontroll Skiptvet kommune
- Vedlegg 4 - Vernerunde og risikovurdering
- Vedlegg 5 - Beskrivelser
- Vedlegg 6 - Rutine for avvikshåndtering

### Lover

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

### Veileder

- KS Orden i eget hus – Kommunedirektørens internkontroll

## 7 VEDLEGG

### 7.1 Utledning av revisjonskriterier

**Problemstilling 1 - Gjennomføres det systematiske risikovurderinger for å danne et helhetlig risikobilde i kommunen, og bruker kommunen denne kunnskapen til å iverksette tiltak og evaluere disse?**

Etter kommuneloven er formålet med internkontrollen å sikre at lover og forskrifter følges.

Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Det betyr at kontrollen skal justeres etter de konkrete forholdene i kommunen og den aktuelle delen av kommunen.

I kommunelovens § 25-1 bokstav a er det et krav om å utarbeide en beskrivelse av virksomhetens hovedoppgaver, mål og organisering. Det kreves en overordnet oversikt over oppgaver, mål og organisering. Inkludert i kravet om å beskrive kommunens organisering ligger å beskrive hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt innad i kommunen, både sentralt og innenfor de ulike tjenesteområder og virksomheter. Slik beskrivelse kan lages på ulike måter. Det kan for eksempel gjøres som en oversikt over lederstrukturer, rapporterings- og styringslinjer, delegeringer, funksjonsbeskrivelser med beskrivelse av ansvar og oppgaver for personell innen et bestemt arbeidsområde også videre. Det kan her også henvises til delegeringsreglement og andre relevante dokumenter.

Risikovurderinger er sentralt og må gjøres både samlet for hele kommunen og innenfor de enkelte deler av kommunens virksomhet. Det må gjøres en konkret analyse og vurdering av risikoen for at regler og vedtak ikke følges, og hvilken betydning dette eventuelt har. En samlet risikovurdering vil til dels bero på mer generelle vurderinger, som at noen tjenester, saksfelt eller sektorer generelt har en større risiko, samt mer konkrete vurderinger av forholdene i den enkelte kommune. Denne vurderingen vil danne grunnlag for å tilpasse og gjøre internkontrollarbeidet mer målrettet mot der risikoen og behovet er størst. Målet er at internkontrollarbeidet blir mer målrettet og effektivt og at det reduserer risikoen for manglende etterlevelse av regler og vedtak uten at det brukes unødvendig mye ressurser. Det er viktig at internkontrollen er omfattende på områder i kommunen som er viktig for innbyggerne, der det er høy risiko for at det skal skje noe feil, og der konsekvensene av feil er store.

Skriftlige prosedyrer og andre tiltak for kontroll, skal evalueres og ved behov forbedres. En slik evaluering og forbedring er sentralt i arbeidet med internkontroll for å sikre systematisk oppfølging og utvikling som er tilpasset kommunens virksomhet.

Veileder «Orden i eget hus – kommunedirektørens internkontroll» beskriver at kommunen bør ha utarbeidet en felles metode for vurdering av risiko, og ensartede maler, kriterier og skalaer bør tas i bruk. Det bør prioriteres å utarbeide et enkelt skjema for risikokartlegging og -vurdering, noe som har stor betydning for å identifisere de områdene som det er viktigst å gripe fatt i. Det bør brukes like skalaer og vurderingskriterier på tvers av enhetene. Kommunedirektørens overordnede risikovurdering kan være en enkel risikovurdering knyttet til helhet i internkontrollen, eller risiko for manglende måloppnåelse eller en mer omfattende metode for risikovurdering.

Tiltakene bør gjøre det mulig å bruke analyser av risikoen for avvik som grunnlag for planleggingen av internkontrollarbeidet

Kontrollaktiviteter kan gjennomføres i sammenheng med internkontrollen for å avdekke eller forebygge feil eller mangler. Med avdekkende kontroller menes kontrollaktiviteter som skal oppdage uønskede hendelser som har inntruffet. Med forebyggende kontrollaktiviteter menes aktiviteter som skal forhindre at en uønsket hendelse oppstår.

Vi vil undersøke om Skiptvet kommune har opprettet systemer for å kartlegge risiko og om kartleggingene blir brukt til å avklare hva slags internkontroll kommunen har behov for.

Videre vil vi undersøke om og hvordan kommunen dokumenterer og evaluerer internkontrollen. Dokumentasjonen bør inneholde beskrivelser av utforming, gjennomføring, oppfølging og evaluering av internkontrollen. Våre undersøkelser er i hovedsak avgrenset til overordnet nivå og kommunalområdenivå i kommunen.

## **Problemstilling 2 - Har Skiptvet kommune etablert et tilfredsstillende kvalitetssystem?**

Kommunen bør ha et kvalitetssystem som brukes og er lett forståelig og tilgjengelig for de ansatte. Det bør gis tilstrekkelig opplæring i systemet slik at de ansatte har kjennskap til systemet og er i stand til å benytte seg av systemet for å eksempelvis melde og følge opp avvik etter intensjonen. Avvik bør sees på som en læring, hvor man i tillegg til å håndtere et konkret avvik også iverksetter forebyggende tiltak slik at man unngår tilsvarende avvik i fremtiden. Medarbeidere som erfarer at det å melde avvik bidrar til at organisasjonen lærer og utvikles videre, vil være mer åpne for å melde avvik.

Rutiner kan være skriftlige eller innarbeidet praksis som ikke er skriftliggjort. Ofte er det ikke mangel på rutiner som er problemet, men at de ikke følges. En forklaring og grunn til det kan være manglende opplæring. En annen grunn til at rutiner ikke følges, er at de blir oppfattet som rigide, eller at de ikke er tilpasset den faktiske situasjonen i kommunen. Derfor bør kommunen ha en prosess rundt etablering av rutiner som sikrer at kontrolltiltak, rapportering og oppfølging er tilpasset virkeligheten i kommunen. Med jevne mellomrom bør man også kvalitetssikre at rutiner og arbeidsformer er oppdatert og fungerer etter hensikten. Når ansatte har tilstrekkelig kunnskap om kvalitetssystemet vil de også lettere kunne ta i bruk systemet og finne frem til riktige rutiner som er relevant for deres arbeidshverdag. Kvalitetssystemet bør være lett tilgjengelig for de ansatte slik at det skal være enkelt å finne frem til nødvendige dokumenter og rutiner.

Et kvalitetssystem kan i tillegg til det som allerede er nevnt om å melde/behandle avvik og oppbevare viktige rutiner/styringsdokumenter, ha funksjonalitet knyttet til f.eks. å vurdere risiko for feil/mangler eller manglende måloppnåelse i kommunen. Rammene for hva et kvalitetssystem skal benyttes til bør kommunen definere gjennom å ha klare rutiner for hvordan systemet skal brukes, og disse rutinene bør følges opp og gjøres kjent i kommunen.



Østre Viken Kommunerevisjon Iks  
Råkollveien 103  
1664 Rolvsøy

Deres ref.:

Vår ref.:

23/627 - 20 / ANDLER

Dato:

07.11.2024

## Skiptvet kommune - Forvaltningsrevisjon Overordnet internkontroll

Det vises til forvaltningsrevisjon «overordnet internkontroll» og oversendt rapport (arbeidsdokument) av 25.10.24. I sine konklusjoner skriver kommunerevisjonen at

*«Revisjonen konkluderer med at Skiptvet kommune i liten grad gjennomfører systematiske risikovurderinger for å danne et helhetlig risikobilde i kommunen. På bakgrunn av at det i liten grad gjennomføres risikovurderinger, kan ikke revisjonen bekrefte at kommunen etablerer og evaluerer prosedyrer og andre tiltak for internkontroll på bakgrunn av et formalisert risikobilde.»*

Jeg konstaterer at vi har en vei å gå for å kunne si at vi jobber godt med vår internkontroll. Dette vil det bli satt fokus på i 2025. Vårt mål må være at våre systemer skal være på et slikt nivå at de blir opplevd som relevante og funksjonelle å bruke for våre medarbeidere. Vi må derfor i 2025 søke å svare ut de funn som kommenteres i rapporten. Målet må være at vi har et godt fungerende internkontrollsystem i løpet av året.

Hilsen

Andreas Motzfeldt Lervik  
Kommunedirektør  
**Skiptvet kommune**

*Dette dokumentet er elektronisk godkjent og trenger ikke underskrift.*

Vi ber om at du benytter følgende lenke for å svare på dette brevet:  
<https://svarut.ks.no/edialog/mottaker/941962726>

Mottakere:  
Østre Viken Kommunerevisjon Iks