



Forvaltningsrevisjon | Kvam herad
Internkontroll

Februar 2019

«Forvaltningsrevisjon av
internkontroll»

Februar 2019

Rapporten er utarbeidd for Kvam
herad av Deloitte AS.

Deloitte AS
Postboks 6013 Postterminalen,
5892 Bergen
tlf: 55 21 81 00
www.deloitte.no
forvaltningsrevisjon@deloitte.no

Samandrag

Deloitte har i samsvar med bestilling frå kontrollutvalet i Kvam herad gjennomført ein forvaltningsrevisjon av internkontroll i Kvam herad. Føremålet med forvaltningsrevisjonen har vore å undersøkje i kva grad Kvam herad har etablert eit overordna system for internkontroll som femner om alle tenestene i heradet, og som sikrar tilfredsstillande kontroll av forvaltninga. Vidare har revisjonen undersøkt korleis internkontrollsystemet blir tatt i bruk i tenestene, med særskilt fokus på helse- og omsorgstenesta.

Som datagrunnlag har revisjonen nytta intervju, dokumentgjennomgang og spørjeundersøking. Revisjonen har blitt gjennomført frå august 2018 til februar 2019.

Undersøkinga viser at Kvam herad på revisjonstidspunktet ikkje har eit overordna og fullstending system for internkontroll. Dette medfører risiko for at det er ulik praksis mellom einingane i heradet med omsyn til korleis leiinga sørger for mål, føringar og regelverk blir følgt opp, og korleis dette blir dokumentert. Heradet er i ferd med å etablere eit felles system for internkontroll, og dette arbeidet er godt i gang. Etter planen skal dette vere på plass innan utgangen av 2019.

Undersøkinga avdekkjer elles at heradet heilt eller delvis manglar fleire sentrale internkontrollsystemkomponentar, og berre i nokon grad utfører viktige internkontrollaktivitetar. Heradet er merksame på svakheitene i internkontrollen, og det er pågåande prosesser for å utbetre fleire av desse. T.d. er heradet i ferd med å utarbeide eit overordna dokument som skal gje leiarar og tilsette oversikt over korleis internkontrollen skal utførast i organisasjonen. Det pågåande arbeidet med å ta i bruk det nye kvalitetssystemet inneber også at det blir utarbeidd rutinar for arbeidsprosessar som i dag ikkje er skriftleggjorte, og at desse kan bli gjort tilgjengelege på ein tenleg måte. Vidare er heradet i gong med å få på plass eit dokumentstyringssystem, noko som vil bidra til å leggje til rette for at rutinar blir haldne oppdaterte. Dette er ikkje tilfelle på revisjonstidspunktet. Heradet planlegg elles å ta i bruk leselistefunksjonen i det nye kvalitetssystemet. Dette vil kunne bidra til auka kontroll med etterleving av retningslinjer og rutinar, noko heradet heller ikkje i tilstrekkeleg grad har på revisjonstidspunktet.

Kvam herad har etiske retningslinjer, og er i prosess med å etablere ein rutine som sikrar at dei desse årleg blir drøfta med dei tilsette. På revisjonstidspunktet var ikkje denne rutinen på plass, og det er risiko for at ikkje alle einingar og tilsette har tilstrekkeleg kunnskap om dei etiske retningslinjene. Elles dekkjer dei etiske retningslinjene berre indirekte temaa korrupsjon og misleghald, og det er ein viss risiko for manglande kjennskap om tematikken i heradet.

Heradet har vidare etablerte rutinar for varsling og oppfølging av varsel, men desse ikkje i tilstrekkeleg grad gjort kjende blant dei tilsette, noko som reduserer sannsynet for at varslingsinstituttet blir nytta, og dimes aukar risikoen for at kritikkverdige forhold ikkje blir varsla. Elles er det etablert eit tenleg avvismeldesystem i heradet, men kulturen for å melde og følgje opp avvik er ikkje fullt ut tilfredsstillande.

Med omsyn til informasjonsflyt og rapporteringslinjer, har ikkje heradet tilstrekkelege system som sikrar at informasjon frå øvste leiing alltid når fram til mellomleiarnivået og vidare ut i organisasjonen, eller at rapporteringa oppover i organisasjonen alltid gir ein tilstrekkeleg god oversikt og kontroll på heradet si verksemd. Heradet planlegg å ta i bruk årshjulmodulen i det nye kvalitetssystemet, noko som kan forbetre informasjonsflyt og rapportering både med omsyn til formalisering, frekvens, innhald og skriftleggjing.

Kvam herad gjer berre i avgrensa grad overordna risikovurderingar som kan nyttast i internkontrollarbeidet. Dette fører til manglande oversikt over aktuelle risikoar, og leiinga kan følgjeleg heller ikkje vite på kva område dei bør setje inn tiltak for å redusere risiko. Leiinga blir jamleg informert om risikoområde som dukkar opp, og meldte avvik blir drøfta på overordna nivå, men dette erstattar ikkje behovet leiinga har for å systematisk vere orientert om risikoområda innanfor dei ulike tenestområda for å sikre god internkontroll i heradet.

Revisjonen sine tilrådingar går fram i kapittel 8.

Innhold

Samandrag	3
1. Innleiing	7
2. Organisering	9
3. Overordna system for internkontroll	10
4. Kontrollmiljøet i heradet	13
5. Bruk av risikovurderingar	31
6. Etablering av kontrollaktivitetar	34
7. Oppfølging av internkontrollen	41
8. Konklusjon og tilrådingar	44
Vedlegg 1 : Høyringsuttale	46
Vedlegg 2 : Revisjonskriterium	49
Vedlegg 3 : Sentrale dokument og litteratur	54

Detaljert innhaldsliste

Samandrag	3
1. Innleiing	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Føremål og problemstillingar	7
1.3 Avgrensing	8
1.4 Metode	8
1.5 Revisjonskriterium	8
2. Organisering	9
3. Overordna system for internkontroll	10
3.1 Problemstilling	10
3.2 Revisjonskriterium	10
3.3 Felles system for internkontroll	10
3.4 Felles retningslinjer for utøving av internkontroll	11
4. Kontrollmiljøet i heradet	13
4.1 Problemstilling	13
4.2 Revisjonskriterium	13
4.3 Arbeidsdeling med tydelege fullmakter/delegeringar	14
4.4 Leiinga sitt fokus på og ansvar for internkontroll	15
4.5 Etske retningslinjer	17
4.6 Korrupsjon og misleghald	18
4.7 System for varslings og oppfølging av varslings	20
4.8 Mål for tenestene	22
4.9 Kommunikasjon og informasjon	23
4.10 Rapportering som mogleggjer oversikt og kontroll	25
4.11 Kompetanseutvikling og bemanningsplanlegging	26
4.12 Gjennomføring og oppfølging av medarbeidersamtalar	29
5. Bruk av risikovurderingar	31
5.1 Problemstilling	31
5.2 Revisjonskriterium	31
5.3 Område for bruk av risikovurderingar	31
5.4 Oppfølging og handtering av risikovurderingar	32
5.5 Kjennskap til risikoområde i leiinga	33
6. Etablering av kontrollaktivitetar	34
6.1 Problemstilling	34
6.2 Revisjonskriterium	34
6.3 Skriftlege rutinar og retningslinjer for sentrale arbeidsprosessar	35
6.4 System for dokumentstyring	36
6.5 Kontrollar for å sikre etterleving av rutinar og retningslinjer	36
6.6 Avviksmeldesystem	38
7. Oppfølging av internkontrollen	41
7.1 Problemstilling	41
7.2 Revisjonskriterium	41
7.3 Evaluerings av internkontrollen	41
7.4 Erfaringar med og innspel til forbetring frå tilsette	42
8. Konklusjon og tilrådingar	44
Vedlegg 1 : Høyringsuttale	46
Vedlegg 2 : Revisjonskriterium	49
Vedlegg 3 : Sentrale dokument og litteratur	54

Figurar

Figur 1: Organisasjonskart, Kvam herad.	9
Figur 2: Ansvar og oppgaver med omsyn til tenesteutøving og internkontroll (N=21)	16
Figur 3: Oppfatning av dei tilsette sin kjennskap til internkontroll (N=22).	16
Figur 4: Fokus på etterleving av etiske retningslinjer (N=22).	18
Figur 5: Informasjon til tilsette om korrupsjon og mislegghald (N=22).	19
Figur 6: Fokus på førebygging av korrupsjon og mislegghald (N=21).	20
Figur 7: Varslingsrutine, Kvam herad	21
Figur 8: Kjennskap til rutinar for varslings blant tilsette.	22
Figur 9: Møtepunkt og/eller kanalar for å sikre informasjon og kommunikasjon (N=22).	25
Figur 10: Rapporteringslinjer som sikrar oversikt og kontroll (N=22).	26
Figur 11: Føremålstenleg system for bemanningsplanlegging (N=20).	27
Figur 12: Føremålstenlege rutinar for kompetanseutvikling	28
Figur 13: Gjennomføring av medarbeidersamtalar (N=22).	30
Figur 14: Område for bruk av risikovurderingar (N=21/22).	32
Figur 15: Skriftlege rutinar for sentrale arbeidsprosessar (N=22).	35
Figur 16: Kontrollar av at tilsette følgjer skriftlege rutinar for sentrale arbeidsprosessar (N=16).	37
Figur 17: Tal avvik per månad, august 2017 - medio desember 2018	39
Figur 18: Inntrykk av om tilsette melder avvik (N=22).	39
Figur 19: Innmeldte avvik på overordna nivå (N=22).	40
Figur 20: Erfaringar med og innspel til forbetring av tenestene (N=22/21).	43
Figur 21: Illustrasjon av COSO-modellen.	50

1. Innleiing

1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført ein forvaltningsrevisjon av internkontroll i Kvam herad. Prosjektet blei bestilt av kontrollutvalet i Kvam herad i sak PS 4/18, 7. mars 2018. Bakgrunnen for forvaltningsrevisjonsprosjektet er plan for forvaltningsrevisjon 2016-2020, der internkontroll var eit av dei høgast prioriterte prosjekta.¹

1.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med forvaltningsrevisjonen har vore å undersøkje i kva grad Kvam herad har etablert eit overordna system for internkontroll som femner om alle tenestene i heradet, og som sikrar tilfredsstillande kontroll av forvaltninga. Vidare har revisjonen undersøkt korleis internkontrollsystemet blir tatt i bruk i tenestene, med særskilt fokus på helse- og omsorgstenesta.

Med bakgrunn i føremålet blei det utarbeidd følgjande problemstillingar som har blitt undersøkt:²

1) Har heradet etablert eit overordna system for internkontroll?

- a) I kva grad er det etablert eit felles system for internkontroll i heradet?
- b) I kva grad er det gjeve felles retningslinjer for korleis internkontroll skal utøvast i einingane / tenestene i heradet?

2) I kva grad har heradet utvikla eit godt kontrollmiljø?

- a) I kva grad er det etablert ei klar arbeidsdeling med tydelege fullmakter/delegeringar?
- b) I kva grad har leiinga sett fokus på internkontroll og leiarane sitt ansvar for internkontrollen?
- c) I kva grad er heradet sine etiske retningslinjer gjort kjende i verksemda?
- d) I kva grad har heradet sett fokus på fare for korrupsjon og misleghald?
- e) I kva grad er det etablert eit system for varsling og oppfølging av varslingar?
- f) I kva grad har heradet etablert tydelege mål for tenestene?
- g) I kva grad har heradet etablert system som sikrar effektiv og tidsriktig kommunikasjon og informasjon?
- h) I kva grad er det på overordna nivå i heradet etablert ei rapportering som gjer det mogleg å ha oversikt og kontroll med heradet si verksemd?
- i) I kva grad har heradet etablert eit føremålstenleg system for kompetanseutvikling og bemanningsplanlegging (inkludert vikarbruk)?
- j) Kva system og rutinar har heradet etablert for å sikre gjennomføring og oppfølging av medarbeidersamtaler?

3) Korleis blir risikovurderingar nytta i internkontrollen i heradet?

- a) Innan kva område blir det tatt i bruk risikovurderingar?
- b) Er det system for å følgje opp gjennomførte risikovurderingar og handtere identifiserte risikoar?
- c) I kva grad er det etablert system for å sikre at leiinga i heradet er orientert om risikoområda innanfor dei ulike tenesteområda?

4) I kva grad har heradet etablert kontrollaktivitetar som skal sikre at sentrale arbeidsprosessar følgjer heradet sine krav og retningslinjer?

- a) I kva grad er det etablert skriftlege rutinar og retningslinjer for sentrale arbeidsprosessar?
- b) I kva grad er det eit system for dokumentstyring som sikrar at rutinar blir oppdaterte og gjort tilgjengeleg for dei tilsette på ein føremålstenleg måte?
- c) I kva grad er det etablert kontrollar for å sikre etterleving av sentrale rutinar og retningslinjer, og er eventuelle kontrollar basert på systematiske risikovurderingar?
- d) I kva grad har heradet etablert eit tenleg avviksmeldesystem?

5) Er det etablert rutinar for oppfølging av at internkontrollen fungerer slik den var tenkt innanfor heradet sine einingar/tenesteområde?

- a) I kva grad blir internkontrollen jamleg evaluert?
- b) I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med og innspel til forbetring av tenestene frå tilsette?

¹ Plan for forvaltningsrevisjon 2016-2020 blei vedtatt av heradsstyret i sak PS 94/16, 1. november 2016.

² Det har blitt gjort justering i nokre problemstillingar, samt mindre korreksjonar i omgrepsbruken.

1.3 Avgrensing

Dette forvaltningsrevisjonsprosjektet har ikkje undersøkt i detalj lovpålagte sektorspesifikke internkontrollkrav, slik som til dømes krav til forsvarleg system i opplæringslova, eller krav til internkontroll i barnevernstenesta. Revisjonen har heller ikkje undersøkt regeletterleving knytt til spesifikke internkontrollkrav i støtteprosesser som til dømes informasjonstryggleik eller HMT. For helse- og omsorgstenestene er det også ei eiga forskrift knytt til internkontroll som vi vil vise til undervegs i rapporten ettersom vi har gjort ei eiga spørjeundersøking retta mot leiarar innan helse og omsorg.

1.4 Metode

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

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet august 2018 til februar 2019.

1.4.1 Dokumentanalyse

Rettsreglar og kommunale vedtak har blitt gjennomgått og nytta som revisjonskriterium. Vidare har informasjon om heradet og dokumentasjon på etterleving av interne rutinar, regelverk m.m. blitt samla inn og analysert. Innsamla dokumentasjon har blitt vurdert i forhold til revisjonskriteria.

1.4.2 Intervju

For å få supplerande informasjon til skriftlege kjelder har Deloitte intervjuar rådmann og kommunalsjefane i Kvam herad. Totalt intervjuar revisjonen sju personar.

1.4.3 Spørjeundersøking

Revisjonen gjennomførte ei elektronisk spørjeundersøking blant avdelingsleiarar og gruppeleiarar innanfor helse- og omsorgstenestene, der dei svarte på kortfatta på spørsmål knytt til korleis internkontroll blir praktisert i deira tenestoområde. Alle dei 22 leiarane svarte på undersøkinga.³

1.4.4 Verifiseringsprosessar

Oppsummering av intervju er sendt til dei som er intervjuar for verifisering og det er informasjon frå dei verifiserte intervjureferata som er nytta i rapporten.

Datadelen av rapporten blei sendt til rådmannen for verifisering, og mindre faktafeil blei retta opp i endeleg versjon. Høyringsutkast av rapporten blei sendt til rådmannen for uttale. Rådmannen sin høyringsuttale er å finne i vedlegg 1.

1.5 Revisjonskriterium

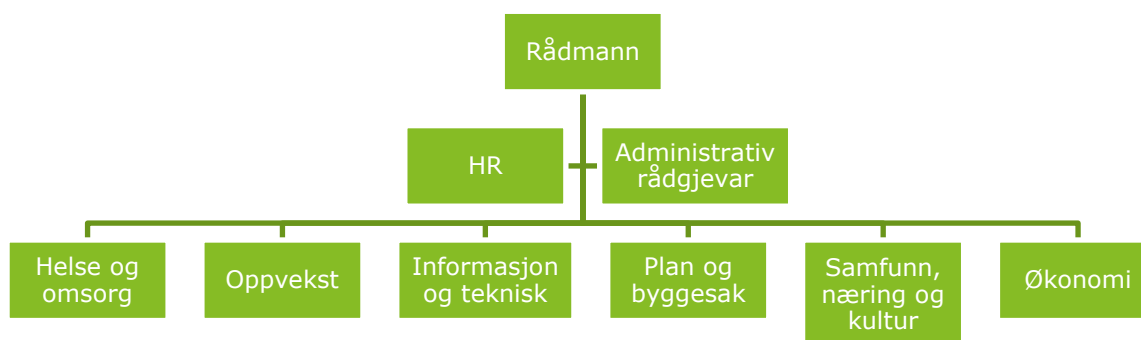
Revisjonskriteria er dei krav og forventningar som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteria er utleia frå autoritative kjelder i samsvar med krava i gjeldande standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteria i hovudsak henta frå kommunelova, COSO-modellen forskrift om leiling og forbetring i helse- og omsorgstenesta. Kriteria er nærare presentert innleiingsvis under kvart tema, og i vedlegg 2 til rapporten.

³ Det er stor variasjon i kor lenge respondentane har vore tilsette som leiarar i Kvam herad. Seks av respondentane har vore tilsette som leiar i Kvam herad i 20 år eller meir, medan like mange har vore tilsette som leiar i Kvam herad i fem år eller mindre. Ein av respondentane er fungerande kommuneoverlege frå oktober 2018, som startar i stillinga over nyttår. Dei har personalansvar for alt frå seks til over 40 tilsette.

2. Organisering

Kvam herad er organisert i ein trenivåmodell. I tillegg til rådmannen sjølv, ligg HR og administrativ rådgjevar på nivå éin i organisasjonskartet (sjå figur 1). På nivå to finn ein einingar, medan nivå tre er avdelingar underlagt desse einingane.

Figur 1: Organisasjonskart, Kvam herad.⁴



Einingane er av ulik storleik; oppvekst, helse og omsorg og teknisk eining er dei tre største. Nokre av desse større einingane er delt inn i undereiningar med eigne underavdelingar. Dette gjeld t.d. eininga helse og omsorg som mellom anna har undereininga pleie og omsorg, med avdelingane heimebaserte tenester, institusjonsomsorg, bufellesskap og dagsenter.

Eininga plan og byggesak blei oppretta i 2017, og eininga samfunn og utvikling endra då namn til samfunn, næring og kultur.

⁴ Kvam herad. *Organisasjonskart*. Lenkje: <https://www.kvam.no/politikk-og-organisasjon/organisasjon/organisasjonskart/>

3. Overordna system for internkontroll

3.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

Har heradet etablert eit overordna system for internkontroll?

Under dette:

- I kva grad er det etablert eit felles system for internkontroll i heradet?
- I kva grad er det gjeve felles retningslinjer for korleis internkontroll skal utøvast i einingane / tenestene i heradet?

3.2 Revisjonskriterium

Det går fram av kommunelova § 23 nr. 2 at administrasjonssjefen i heradet «skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjer, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.»

Kommunelova gjev inga nærare skildring av kva som ligg i «betryggende kontroll», men det går fram av Ot.prp. nr. 70 (2002–2003) at

Selv om administrasjonssjefen etter kommuneloven i dag ikke eksplisitt er pålagt å etablere internkontroll, må det regnes som fast praksis at administrasjonssjefen har ansvar for etablering av internkontroll i administrasjonen. Etableringen av en tilstrekkelig internkontroll må regnes som en nødvendig del av administrasjonssjefens ledelsesansvar.

I Ot.prp. nr. 70 (2002–2003) går det vidare fram at internkontroll blir definert i vid forstand som ein prosess, sett i verk og gjennomført av leiarar og tilsette i verksemda med føremål å sikre måloppnåing på følgjande område:

- Målretta og effektiv drift
- Påliteleg ekstern rapportering
- Etterleving av gjeldande lover og regelverk.

Det finst fleire rammeverk for korleis ein kan utarbeide eit internkontrollsystem. Eit av dei mest brukte rammeverka for internkontroll er COSO-modellen som definerer internkontroll som ein prosess som gir rimeleg tryggleik for at en organisasjon oppnår sine mål, og som sikrar ei effektiv drift, påliteleg rapportering og etterleving av lovar og regler.

I forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta er det vist til at det må etablerast eit styringssystem som skal vise korleis verksemda sine aktivitetar blir planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i samsvar med i samsvar med krav fastsatt i eller i medhald av helse- og omsorgslovgjevinga.

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

3.3 Felles system for internkontroll

3.3.1 Datagrunnlag

Det har i fleire år vore pågåande eit arbeid med å få etablert eit internkontrollsystem i Kvam herad. Føremålet med arbeidet har vore å formalisere rutineane som heradet har, etablere rutinar heradet manglar, og byggje desse saman i eit heilskapleg system.

Tidlegare blei internkontrollen i Kvam herad utført ved bruk av ei rekkje fagsystem, rutinar, retningslinjer og prosedyrar som var spreidd utover i organisasjonen. Dette er i nokon grad framleis situasjonen; heradet har med andre ord mangla – og manglar fortsatt – eit overordna internkontrollsystem.⁵

⁵ Det kan vere hensiktsmessig å ha rutinar, retningslinjer og prosedyrar kan i fagsystema som er i bruk ute i organisasjonen, men for at desse skal bidra til overordna internkontroll, må dei vere lenkja til eller vist til frå eit overordna system. Som drøfta gjennomgåande i denne rapporten, er Kvam herad i prosess med å ta i bruk eit sentralt kvalitetssystem (Compilo) som kan fylle denne funksjonen.

I 2015 deltok leiargruppa til rådmannen i KS sitt nettverk for internkontroll i Hordaland for å styrkje arbeidet med internkontrollen. Nettverksarbeidet resulterte i iverksetting av fleire tiltak, mellom anna innkjøp av nytt kvalitetssystem, Compilo.⁶

Compilo er bygt opp av fleire modular, og heradet har innført og skal innføre desse stegvis. I 2017 byrja heradet å ta i bruk avviksmodulen.⁷ Seinare har heradet arbeidd med innføringa av modulen for dokumenthandtering og årshjul. Desse modulane vil heradet ta i bruk i løpet av 2019. Den siste modulen heradet skal ta i bruk, er modulen for risikostyring.⁸

Einingane var hausten 2018 i gang med innføringa av dokumentasjonsmodulen i Compilo. Arbeidet er prosjektbasert, og involverer tilsette i alle einingane. I tillegg har ein av dei tilsette heradet blitt trekt ut av driftsoppgåver for å vere prosjektleiar for dette arbeidet. Vedkomande har slik eit overordna ansvar for rutineskiltringane i denne modulen i Compilo.

Det varierer i kva grad einingane *har* rutinar å leggje over i dokumentasjonsmodulen. For nokre einingar inneber arbeidet med dokumentasjonsmodulen å leggje over eksisterande rutinar og prosedyrar, medan det for andre einingar inneber å etablere rutinar for sentrale arbeidsprosessar. Nokre einingar er i startgropa når det gjeld å få dokumentert rutineane sine, og ser for seg at dette arbeidet vil strekkje seg eit stykkje ut i 2019, medan andre einingar hadde dokumentert rutineane sine, og treng difor berre å flytte desse over i Compilo (sjå seksjon 6.3 for meir om skriftlege rutinar og retningslinjer for sentrale arbeidsprosessar i heradet).⁹

Når det gjeld kor langt heradet sett under eitt har kome med internkontrollarbeidet, seier rådmann i intervju at ting er i ferd med å falle på plass, og at ho forventar at alle sentrale rutinar og det overordna rammeverket er etablert i løpet av 2019.

3.3.2 Vurdering

Kvam herad hadde på revisjonstidspunktet ikkje eit overordna og fullstending system for internkontroll. Revisjonen meiner at dette medfører ein risiko for at det er ulik praksis mellom einingane i heradet med omsyn til korleis leiinga sørger for mål, føringar og regelverk blir følgt opp, og korleis dette blir dokumentert. Dette medfører også ein risiko for at rådmannen ikkje har betryggande kontroll med administrasjonen, slik kommunelova § 23 nr. 2 andre ledd stiller krav om.

Revisjonen meiner det er positivt at Kvam herad er i ferd med å etablere eit felles system for internkontroll og at dette arbeidet er godt i gang. Etter planen skal dette vere på plass innan utgangen av 2019.

3.4 Felles retningslinjer for utøving av internkontroll

3.4.1 Datagrunnlag

Det er ikkje gjeve felles retningslinjer for korleis internkontroll skal utøvast i einingane i Kvam herad.

Det blir opplyst at dokumentet *Internkontroll i Kvam herad*, som blei utarbeidd i samband med denne forvaltningsrevisjonen, er tenkt vidareutvikla til eit internt dokument som skal gje leiarar og medarbeidarar i heradet ei oversikt over korleis internkontroll skal utførast i organisasjonen. Dokumentet vil bli endra etterkvart som system for internkontroll blir endra og publisert i Compilo.

Elles blir det opplyst at det i heradet si leiarplattform er stilt ein del krav til kva einingsleiarane skal kunne svare på kvart år med omsyn til internkontroll. T.d. skal leiarane svare på korleis:

- korleis dei har jobba med kontinuerlig forbetring både med omsyn til effektivitet og kvalitet.
- korleis avdelinga samarbeider internt, på tvers av avdelingar/einingar, og mot eksterne
- medarbeidarundersøkingar er følgt opp
- kva som er gjennomført av kompetansedeling og -utvikling

⁶ I tillegg til nytt kvalitetssystem, blir det opplyst at nettverksarbeidet også førte til at heradet fekk eit nytt delegeringsreglement, ny personalhandbok, ny beredskapsplan, samling av arbeidsgjevarpolitikken i eit dokument, innkjøp av eige system for internkontroll av bygg, samt styrking av internkontroll i prosjekt.

⁷ Sjå avsnitt 6.6.

⁸ Arbeidet med å ta i bruk modulen for risikostyring skulle ha byrja hausten 2018, men det blir opplyst å vere meir realistisk at kommunen tar den i bruk mot slutten av 2019 eller i løpet av 2020.

⁹ Det varierer mellom einingane kor langt dei sjølve vurderer å ha kome i internkontrollarbeidet. Det blir også peika på variasjonar mellom tenesteområda innanfor einingane.

I tillegg kjem det fram frå tilsendt dokumentasjon og i intervju at heradet held på å innarbeide ein rutine for årleg utviklingssamtale med alle tilsette (som skal erstatte medarbeidersamtalane, sjå avsnitt 4.12). Revisjonen har fått tilsendt mal for slik årleg utviklingssamtale, der det mellom anna går fram at einingsleiarane skal gå gjennom dei etiske retningslinene med sine tilsette ein gong i året.

3.4.2 Vurdering

Kvam herad har ikkje felles retningsliner for utøving av internkontroll. Det som finst av overordna retningsliner er anten ikkje ferdigstilt, eller berre delvis dekkjande for internkontrollaktivitetane som skal gjennomførast. Som nemnt tidlegare vil manglande felles system og retningsliner medføre risiko for ulik praksis mellom einingane i heradet med omsyn til korleis leiinga sørger for mål, føringar og regelverk blir følgt opp, korleis dette blir dokumentert, og dermed også risiko for manglande overordna kontroll.

Revisjonen merkar seg at Kvam herad er i ferd med å utarbeide eit overordna dokument som skal gje leiarar og tilsette oversikt over korleis internkontrollen skal utførast i organisasjonen.

4. Kontrollmiljøet i heradet

4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovudproblemstilling med underproblemstillinger:

I kva grad har heradet utvikla eit godt kontrollmiljø?

Under dette:

- I kva grad er det etablert ei klar arbeidsdeling med tydelege fullmakter/delegasjonar?
- I kva grad har leiinga sett fokus på internkontroll og leiarane sitt ansvar for internkontrollen?
- I kva grad er heradet sine etiske retningslinjer gjort kjende i verksemda?
- I kva grad har heradet sett fokus på fare for korrupsjon og misleghald?
- I kva grad er det etablert eit system for varsling og oppfølging av varslingar?
- I kva grad har heradet etablert tydelege mål for tenestene?
- I kva grad er det på overordna nivå i heradet etablert ei rapportering som gjer det mogleg å ha oversikt og kontroll med heradet si verksemd?
- I kva grad har heradet etablert system som sikrar effektiv og tidsriktig kommunikasjon og informasjon?
- I kva grad har heradet etablert eit føremålstenleg system for kompetanseutvikling og bemanningsplanlegging (inkludert vikarbruk)?
- Kva system og rutinar har heradet etablert for å sikre gjennomføring og oppfølging av medarbeidersamtaler?

4.2 Revisjonskriterium

For å sikre ein god internkontroll er det viktig å utvikle eit godt kontrollmiljø. Kontrollmiljøet er dei standardane, prosessane og strukturane som danner basis for organisasjonen sitt internkontrollarbeid. Det er fleire viktige prinsipp for eit godt kontrollmiljø, mellom anna:

- at organisasjonen viser at dei er opptatt av integritet og etiske verdiar
- at leiinga, med utgangspunkt i organisasjonen sine mål, etablerer strukturar, rapporteringsvegar og eigna fullmakts- og ansvarstilhøve
- at organisasjonen forpliktar seg til å tiltrekke seg, utvikle og behalde kompetanse som samsvarer med organisasjonens mål

Forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 6 bokstav a) pålegg verksemda å

ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten

I rettleiaren til forskriften går det fram at:

Det er avgjørende for et godt styringssystem at det ikke er tvil om hvor ansvar, oppgaver og myndighet er plassert i en virksomhet. Ansvars- og oppgavefordeling må forankres tydelig i organisasjonen. Alle må være kjent med hvilke oppgaver de selv har, i tillegg skal de ha tilstrekkelig kunnskap om andres relevante ansvar og oppgaver og hvem som har myndighet til å ta beslutninger.

Bokstav f) i same paragraf pålegg verksemda å «ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring».

I COSO sitt rammeverk går det fram at mål på sektorovergripande nivå er ein føresetnad for internkontroll. Leiarar og tilsette i organisasjonen må ha ei forståing for dei overordna strategiane og måla i organisasjonen, og ein del av internkontrollarbeidet er å spesifisere målbare, oppnåelige, relevante og tidfesta mål som organisasjonen skal jobbe etter. Desse overordna måla skal operasjonaliserast til dei underliggende einingane i organisasjonen.

God internkontroll avhenger vidare av effektiv og tidsriktig informasjon og kommunikasjon i organisasjonen, både horisontalt og vertikalt. Dette krev føremålstenlege møte- og rapporteringspunkt, og system som sikrar at vesentleg informasjon blir kommunisert til rett nivå.

For at oppfølginga i heradet skal fungere så føremålstenleg som mogleg bør underliggjande einingar rapportere vidare kritiske risikoar til rådmannsnivået, og rådmannen bør sørgje for at internkontroll går inn som en del av den ordinære rapporteringa og styringsdialogen i heradet. KS anbefaler også å synleggjere resultat, effektar og endringar som følgje av internkontrollarbeidet i årsrapporten frå heradet.

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

4.3 Arbeidsdeling med tydelege fullmakter/delegeringar

4.3.1 Datagrunnlag

På overordna nivå går fullmakter og delegeringar i Kvam herad fram av det politiske delegeringsreglementet¹⁰ og det administrative delegeringsreglementet.

Kvam herad har dei siste åra hatt eit administrativt delegeringsreglement basert på Kommuneforlaget si elektroniske løysing.¹¹ I intervju blei det peika på at dette reglementet har vore vanskeleg å orientere seg i, og difor også blitt opplevd som lite tilgjengeleg. Heradet har frå det politiske delegeringsreglementet blei vedteke, arbeidd med eit nytt administrativt delegeringsreglementet. Dette nye administrative delegeringsreglement er ferdig utarbeidd, og blei distribuert seint i 2018.

Heradet opererer ikkje med stillingsinstruksar. Det blir opplyst at dette er eit medvite val. Føremålet er å unngå at tilsette blir bundne av innhaldet i slike instruksar, og heller er fleksible med omsyn til kva oppgåver og ansvar som inngår i stillinga si etter kvart som behovet i organisasjonen endrar seg.

Leiaravtalar har vore tema på samling i nettverk for internkontroll, men heradet har prioritert å få på plass eit administrativt delegeringsreglement. Heradet har ikkje planar for korleis leiaransvaret og oppgåvene som ligg til dette skal formaliserast. Det blir peika på at eventuelle leiaravtalar må inkludere det som er definert som kjenneteikna for godt leiarskap i leiarplattforma til Kvam herad.¹²

Rådmann meiner at rolle- og ansvarsdelinga i heradet er tydeleg fordelt. Også dei fleste einingsleiarane uttrykker i intervju at ansvars- og oppgåvefordelinga hovudsakleg er tydeleg fordelt, både horisontalt og vertikalt, sjølv om dei ikkje har stillingsinstruksar eller leiaravtalar.

Det blir likevel peika på døme der manglande formalisering av ansvars- og oppgåvefordelinga har ført til uklårheit; t.d. i samband med førre omorganisering i heradet oppstod det nokre «gnissingar» knytt til fordeling av oppgåver.¹³ Det blir òg nemnd døme på oppgåver som ingen har formelt ansvar for.¹⁴

Det blir opplyst at delegeringsreglementet som har blitt utarbeidd stort sett formaliserer det som allereie var praksis.

4.3.2 Vurdering

Det er revisjonen si vurdering at Kvam herad ikkje har etablert ei tilstrekkeleg formalisert og kjend fordeling av ansvar, mynde og oppgåver. Revisjonen meiner det er uheldig at det ikkje har vore på plass eit administrativt delegeringsreglement som har vore tilstrekkelig kjend og tilgjengeleg og slik heller ikkje faktisk nytta i særleg grad. Manglande formalisering av arbeids- og ansvarsdelinga aukar sannsynet både for at oppgåver ikkje blir gjort eller at oppgåver blir gjort av personar utan rett mynde.

Revisjonen er merksam på at heradet har utarbeidd eit nytt administrativt delegeringsreglement. Dette blei distribuert mot slutten av revisjonsperioden.

¹⁰ Det politiske delegeringsreglementet (Kvam herad. Delegeringsreglement for Kvam herad 2015-2019) blei vedteke i fleire bolkar i perioden februar til november 2016. Del 1: 09.02.2016 (heradsstyresak 011/16). Del 2: 15.03.2016 (heradsstyresak 019/16). Del 3: 10.05.2016 (heradsstyresak 054/16). Del 4: 14.06.2016 (heradsstyresak 074/16). Supplering: 01.11.2016 (heradsstyresak 102/16). Lenkjer i kjeldeliste.

¹¹ Sjå delegering.kommuneforlaget.no.

¹² I leiarplattforma går det fram at leiarar er *meistringsorienterte, innovatørar og effektjegarar*. Kvar av desse eigenskapane er vidare skildra med ulike handlingsmåtar. Sjå vedlegg 3.

¹³ Rådmannen opplyser at det i samband med omorganisering blir gjort omfattande oppgåvekartleggingar i heradet. Ved overføringar av oppgåver mellom tilsette, er beskjeden at den som skal overlevere ei oppgåva til ein annan, ikkje skal slutta å gjere denne før ein er sikker på at den andre er i gang, for å hindra konflikhtar (gnissingar), eller at heradet har oppgåver ingen har formelt ansvar for.

¹⁴ Dette gjeld t.d. forureining.

4.4 Leiinga sitt fokus på og ansvar for internkontroll

4.4.1 Datagrunnlag

Leiinga sitt fokus på internkontroll - «tonen på toppen»

Det blir frå einingsleiarar peika på at rådmann har fått avklart og skriftleggjort mykje av arbeidet med internkontroll på kort tid. Det overordna arbeidet med internkontroll og viktigheita av dette, til dømes arbeidet med innføringa av Compilo, har blitt godt kommunisert på leiarsamlingar dei siste åra.¹⁵

Det kjem fram i intervju at nokre einingsleiarar har inntrykk av at dei tilsette i heradet har ei forståing av viktigheita av arbeidet med utforming av formalisering av rutinar, men trur ikkje dei kjenner til at det blir gjort som del av arbeidet med å få på plass eit heilskapleg *internkontrollsystem*. Omgrepet internkontroll er ikkje eller berre delvis nytta i kommunikasjonen med dei tilsette. Fokuset har snarare vore at arbeidet er viktig for å sikre raskare og betre tenester for brukaren. Rådmannen understrekar i intervju at det har vore viktigare å leggje vekt på at dei tilsette er gjort kjende med dei enkelte delane av internkontrollsystemet, som heradet sine etiske retningslinjer og kor dei skal melde avvik til dømes, enn fokus på kva som meinast med omgrepet «internkontroll».

Einingsleiarane gjev elles uttrykk for at det er ein intensjon å få kommunisert arbeidet med internkontroll breitt ut i heradet, men fleire peikar på at dei er usikre på i kva grad informasjonen faktisk når ut. Det blir til dømes nemnd at det er vanskeleg å etterprøve om alle tilsette er kjende med viktigheita av eit internkontrollsystem. Ein einingsleiar kommenterer at all informasjon knytt til internkontroll som kjem fram på leiarmøta til rådmann blir kommunisert vidare til mellomleiarane i eininga. Meininga er at mellomleiarane skal ta det vidare med sine tilsette, men informasjonsflyten nedover i eininga er ikkje skriftleggjort, og einingsleiar kjenner såleis ikkje til om arbeidet med internkontroll er godt kjend ut i heile eininga.

I spørjeundersøkinga svarar 16 av 22 leiarar i helse- og omsorgstenesta *ja* på spørsmål om leiinga i Kvam herad har gitt tydeleg uttrykk for viktigheita av internkontroll. Fem leiarar svarar *delvis* på spørsmålet, medan éin leiar svarer *nei*. Vidare svarar 16 av leiarane i helse- og omsorgstenesta at dei sjølve har informert sine tilsette om viktigheita av internkontroll, fire leiarar har delvis gjort dette, ein leiar ikkje har gjort det og ein leiar ikkje veit om det er gjort. På spørsmål om korleis leiarane har informert sine tilsette om viktigheita av internkontroll kjem det fram at dette i hovudsak blir gjort i avdelings- eller personalmøte. Nokre leiarar svarar at dette også er eit tema i utviklingssamtalar.

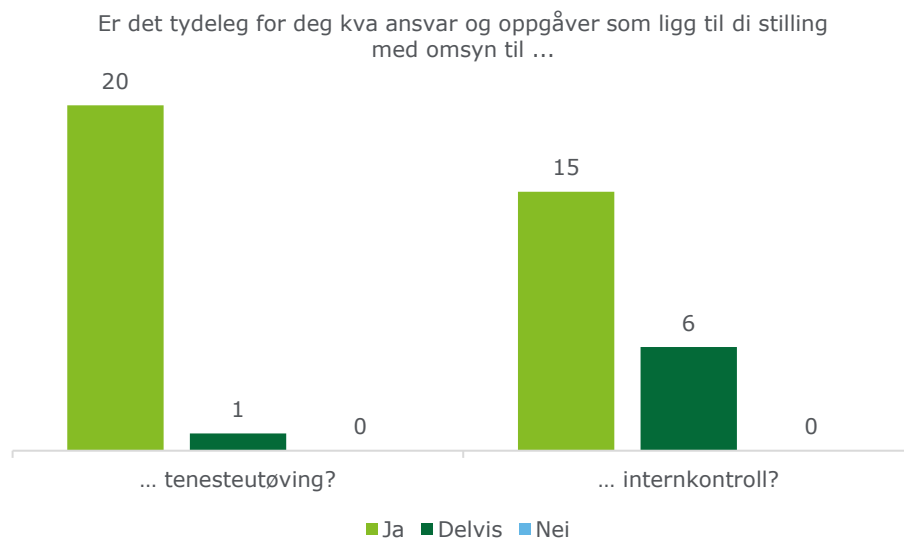
Leiarane sitt ansvar for internkontroll

Leiarane sitt ansvar for internkontroll i Kvam herad er ikkje skriftleggjort eller formalisert. Kvam herad har utarbeidd ei plattform for leiarskap som omtalar nokre kjenneteikn for godt leiarskap. Leiarplattforma omtalar ikkje leiarane sitt ansvar for internkontroll; det er lagt vekt på at leiarane i heradet skal leggje til rette for meistring, innovasjon og kontinuerleg forbetring. Dei intervjuade einingsleiarane verkar likevel å oppleve eige ansvar for internkontroll som tydeleg, og at dette er blitt tydeleg kommunisert til dei.

Svara frå spørjeundersøkinga syner at det for leiarane i helse- og omsorgstenesta er tydelegare kva som er deira ansvar og oppgåver med omsyn til tenesteytinga, enn kva som er deira ansvar og oppgåver med omsyn til internkontroll (sjå figur 2).

¹⁵ Rådmann ønskjer mellom anna å senke terskelen for å melde avvik, og oppmodar dei tilsette til å rapportere meir avvik. På ei leiarsamling fekk rådmannen vite at tillitsvalde sette pris på ljusbiletet «Avvik blir rapportert –hurra!».

Figur 2: Ansvar og oppgåver med omsyn til tenesteutøving og internkontroll (N=21)



Også på spørsmål om dei trur det er tydeleg for dei tilsette kva ansvar og oppgåver som ligg til deira stillingar, tyder svara at leiarane i helse- og omsorgstenestene trur det er tydelegare når det gjeld tenesteutøvinga enn internkontroll, jf. figur 3.

Figur 3: Oppfatning av dei tilsette sin kjennskap til internkontroll (N=22).



4.4.2 Vurdering

I undersøkinga kjem det fram at kommunalsjefane i Kvam herad i hovudsak opplever at dei er kjende med kva ansvar dei har med omsyn til internkontroll, sjølv om dette ansvaret ikkje er formalisert. Også dei fleste gruppe- og avdelingsleiarane innanfor helse- og omsorgstenestene svarar at det er tydeleg for dei kva ansvar dei har med omsyn til internkontroll, sjølv om heller ikkje deira ansvar knytt til dette er formalisert.

Funna frå undersøkinga tyder elles at det er risiko for at merksemda knytt til internkontroll er relativt låg bland dei tilsette i organisasjonen; det manglar rutinar for å sikre at signaler om viktigheita av internkontroll blir vidareformidla frå mellomleiarar og nedover i organisasjonen, og svara til gruppe- og avdelingsleiarane innanfor helse- og omsorgstenesta tyder på at dei ikkje trur det er tydeleg for sine tilsette kva ansvar dei har med omsyn til internkontroll.

I sum er det revisjonen si vurdering at leiinga i Kvam herad i relativt høg grad har fokus på internkontroll og leiarane sitt ansvar for internkontrollen, men at dette fokuset ikkje i tilstrekkeleg grad blir omsett til auka fokus på internkontroll elles i organisasjonen.

4.5 Etiske retningslinjer

4.5.1 Datagrunnlag

Kvam herad har etiske retningslinjer for både dei folkevalde¹⁶ og dei tilsette. Retningslinjene er publiserte på nettsidene til heradet.

Dei etiske retningslinjene for dei tilsette inneheld tema som korleis ein skal møte brukarane, habilitet, ikkje-personlege fordelar, ytringsfridom, varsling, miljøomsyn og sanksjonar.¹⁷

Dei etiske retningslinjene for dei tilsette blei første gong publisert etter vedtak i heradsstyret i mai 2014. For å gjere retningslinjene kjende i verksemda, blei dei sendt ut på e-post til alle tilsette og lagt ut på intranettet til heradet.¹⁸ Seinare har retningslinjene blitt følgt opp på leiarsamlingar og på ulike måtar i einingane. I 2017 tok heradet til dømes i bruk eit opplegg frå Oslo kommune som bestod av videoar og dilemmatrening knytt til desse. Dilemmatreninga blei gjennomført på avdelingsmøta i heradet. Det blir opplyst at dette var populære oppgåver som engasjerte dei tilsette.

Rådmannen understreker også at tilsette òg har eit ansvar for å oppsøke informasjon som vedkjem dei i arbeidet deira. Det er også eit punkt i heradet sine etiske retningslinjer at dei tilsette har eit sjølvstendig ansvar for å halde seg oppdatert og søkje informasjon som er naudsynt for å utføre arbeidet sitt, deriblant etiske retningslinjer. Den same budskapet blir fremja i kommunikasjonsstrategien til heradet.¹⁹

Rådmann er opptatt av at det skal trenast på etiske dilemma i løpet av året, og einingsleiarane har fått beskjed om å gjere dette. I malen for gjennomføring av utviklingssamtaler i heradet,²⁰ er etisk standard nemnd som eitt av temaa som skal drøftast med dei tilsette kvart år.

Fleire av einingsleiarar peika i intervju på at det manglar eit system som plukkar opp om deira avdelings- og gruppeleiarar faktisk drøftar dei etiske retningslinjene med sine tilsette i løpet av året.

Rådmannen opplyser i korrespondanse med revisjonen at det no er utarbeidd ei liste med spørsmål som alle leiarar i heradet skal svare på i løpet av eit år. Leiarane skal mellom anna svare på «kva er gjennomført av etisk dilemmatrening/gjennomgang av etiske retningslinjer».

Elles kjem det fram i intervju at det blir arbeidd litt ulikt i einingane for å sikre kjennskap til dei etiske retningslinjene. Ved ei eining er dei etiske retningslinjene fast tema i personalmøta, og ei samanfatning av desse heng som oppslått ved ulike avdelingar i eininga. Ein anna einingsleiar nyttar av og til Lean-metodikk i avdelingsmøta, og tar då ut moment frå dei etiske retningslinjene og ber dei tilsette diskutere kva desse har å seie for arbeidet deira.

I spørjeundersøkinga svarar 20 av 22 leiarar i helse- og omsorgstenesta *ja* på spørsmål om dei er kjende med innhaldet i heradet sine etiske retningslinjer; dei to resterande leiarane svarar *delvis* på same spørsmål. På spørsmål om leiarane har informert sine tilsette om dei etiske retningslinjene, svarar 19 av 22 leiararar *ja*; to svarar *delvis*, og éin svarar *nei*. På spørsmål om leiarane opplever at det er sett tilstrekkeleg fokus på etterleving av dei etiske retningslinjene i Kvam herad, er det om lag like mange som svarar *ja* og *delvis* (sjå figur 4).

¹⁶ Dei etiske retningslinjene for dei folkevalde skisserer kvalitetar dei folkevalde skal ha innanfor fire overskrifter: *tillit, open, respekt*, og *mot*. I tillegg inneheld retningslinjene til dei folkevalde to etiske verktøy, mellom anna KS sin etikkportal. Kvam herad. *Etiske retningslinjer for folkevalde i Kvam herad*. 2017.

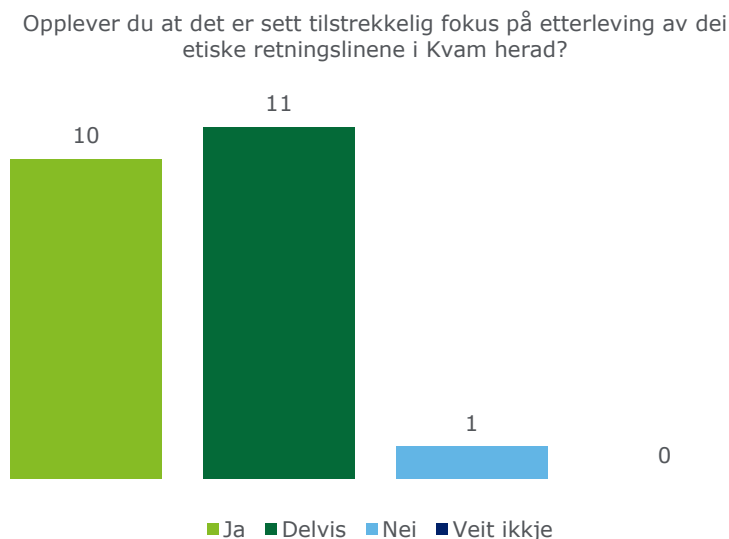
¹⁷ Kvam herad. *Etiske retningslinjer*. Revidert mars 2014.

¹⁸ Etter at Kvam herad tok i bruk nye nettsider, har dei etiske retningslinjene også lege på heimesida til heradet.

¹⁹ Kvam herad. *Kommunikasjonsstrategi 2017-2021*. Vedteken 12.12.2017.

²⁰ Utviklingssamtale skal erstatte medarbeidersamtale i Kvam herad. Utviklingssamtalen skal gjennomførast årleg (sjå avsnitt 4.12.1).

Figur 4: Fokus på etterleving av etiske retningslinjer (N=22).



4.5.2 Vurdering

Kvam herad har utarbeidd etiske retningslinjer og gjort desse kjende for dei tilsette. Det varierer korleis og i kva grad einingsleiarane sikrar at dei etiske retningslinjene jamleg blir drøfta med dei tilsette, og heradet hadde på revisjonstidspunktet ikkje eit system som sikrar at avdelings- og gruppeleiarar faktisk drøftar dei etiske retningslinjene med sine tilsette. Det blir også vist til at det kunne vere noko ulikt korleis dette blir gjort i dei ulike einingane. Dette kan etter revisjonen si vurdering gjere at det er ein risiko for at ikkje alle einingane held fokus på dei etiske retningslinjene.

Revisjonen registrerer at heradet er i gong med å etablere ein rutine som pålegg leiarane i heradet å årleg drøfte dei etiske retningslinjene med sine tilsette og at det skal rapporterast årleg på korleis dette er gjort. På revisjonstidspunktet var ikkje denne rutinen på plass.

4.6 Korrupsjon og misleghald

4.6.1 Datagrunnlag

Dei etiske retningslinjene for tilsette i Kvam herad inneheld mellom anna informasjon om habilitet og ikkje-personlege fordelar.

Under *habilitet* går det fram at tilsette i heradet aktivt skal unngå ulik handsaming ved tildeling av midlar eller urettvis favorisering av søkjarar. Det går vidare fram at ein som representant for Kvam herad skal leggje vekt på å ha ei fri og uavhengig stilling i all saksførebuing og avgjerdsprosessar elles. Dei tilsette har plikt til å varsle leiaren sin dersom dei er inhabile.²¹

Under *ikkje-personlege fordelar* i dei etiske retningslinjene går det fram at tilsette i Kvam herad ikkje skal tileigne seg personlege fordelar av ressursane til heradet. Tilsette skal ikkje ta i mot gåver av vesentleg verdi eller som er eigna til å påverke tenesteytinga. Det blir presisert at tilsette ikkje kan ta i mot eksterne gåver, provisjon, reiser, seminar, tenester eller andre ytingar for seg sjølv eller andre som kan oppfattast som påverknad i samband med tenesteyting/saksutgreiing eller liknande.²²

Ulike former for misleghald, som til dømes underslag, er ikkje konkret nemnt i dei etiske retningslinjene. Det går fram av retningslinjene at heradet si forretningsmessige verksemd mellom anna må drivast på ein

²¹ Det går også fram nokre døme på konkrete interessekonfliktar som kan oppstå, som familiære eller andre nære sosiale relasjonar, styreverv i andre verksemdar og liknande.

²² Dei etiske retningslinjene viser til lov om offentlege anskaffingar som legg premissane for korleis innkjøp skal skje. Kvam herad har eit eige regelverk for innkjøp. Det blir i intervju peika på at innkjøpssystemet til heradet frå 2017 er med på å redusere risikoen for misleghald, då den som handlar i systemet sjølv ikkje kan godkjenne eit kjøp, men må få godkjenning frå ein annan person. Sjå *Innkjøpsstrategi 2017-2021*. Lenkje: <https://www.kvam.no/tenester/plan-bygg-og-eigedom/planar-strategiar-og-styringsdokument/temaplanar/politikk-og-organisasjon/innkjopsstrategi/>

slik måte at innbyggjarar, brukarar og leverandørar har tillit til heradet som forvaltar av felles midlar og som forretningspart.

Det blir opplyst at faren for korrupsjon, samt underslag og misbruk av heradet sine ressursar, var del av dilemmatreninga i 2017. Rådmann har inntrykk av at dei tilsette i heradet er opptekne av å ivareta heradet sitt omdøme, og at dei tilsette kjenner ansvar for å melde frå dersom nokon misbruker fellesskapet sine ressursar. Rådmann ser likevel at det kunne vore aktuelt å gjennomføre ein ROS-analyse av faren for korrupsjon og misleghald.

Forutan gjennomgangen av dei etiske retningslinene, har ikkje revisjonen fått informasjon som tyder på at Kvam herad har rutinar for å jamleg diskutere faren for korrupsjon og misleghald.

Det synast å variere mellom einingane i kva grad faren for korrupsjon og misleghald er sett på agendaen. Helse- og omsorgstenestene blir i fleire intervju peika på som ei eining med høg medvit knytt til slike spørsmål. Dei har t.d. tradisjon for at små gåver som konfekt frå pasient eller pårørende blir tatt med inn på felles personalrom/vaktrom.²³

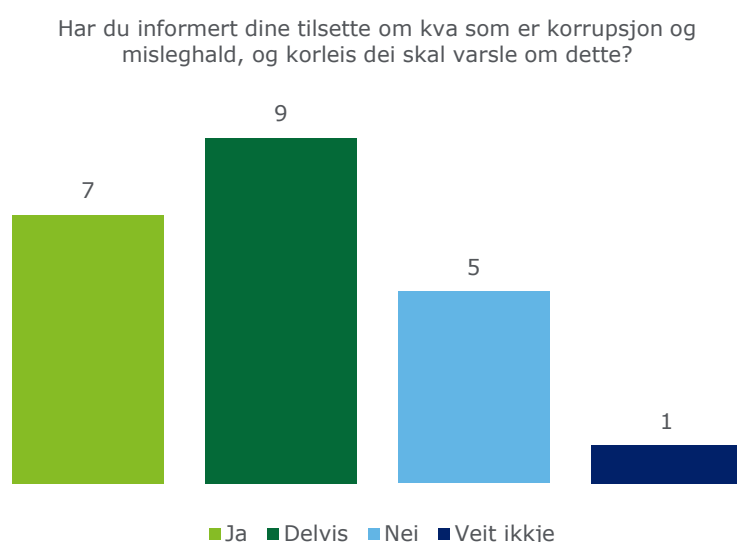
I fleire av dei andre einingane er det ikkje blitt sett spesifikt fokus på korrupsjon og misleghald. Til dømes er ikkje faren for at pengar blir tilbode «under bordet» i næringssaker noko som har blitt drøfta i eininga.

I plan- og byggesakseininga er det innarbeidd ei uformell rutine med at dei tilsette orienterer på avdelingsmøta om telefonsamtalar dei har fått frå folk som vil overtale dei i ei sak. Det blir opplyst at eininga har kultur for å seie ifrå om venskaps- og slektsskapsforhold som gjer tilsette inhabile i saker. I saker der leiar sjølv er inhabil, blir saka flytta over på ei anna avdeling.

I spørjeundersøkinga svarar 20 av 22 leiarar i helse- og omsorgstenesta at dei er kjende med kva som er korrupsjon og misleghald. Ein av leiarane svarar at vedkomande *delvis* er kjend med dette, medan ein anna leiar svarar *nei*. På spørsmål om leiarane er kjende med korleis dei skal varsle om korrupsjon og misleghald i heradet, svarar 11 leiarar *ja*, ni svarar *delvis*, og to leiarar svarar *nei*.

Det kjem vidare fram av spørjeundersøkinga at det varierer om leiarane i helse- og omsorgstenesta har informert sine tilsette om kva som er korrupsjon og misleghald, og korleis dei skal varsle om dette. Som figur 5 svarar sju av leiarane *ja* på spørsmål om dette, ni svarar *delvis*, fem svarar *nei*, og éin *veit ikkje*.

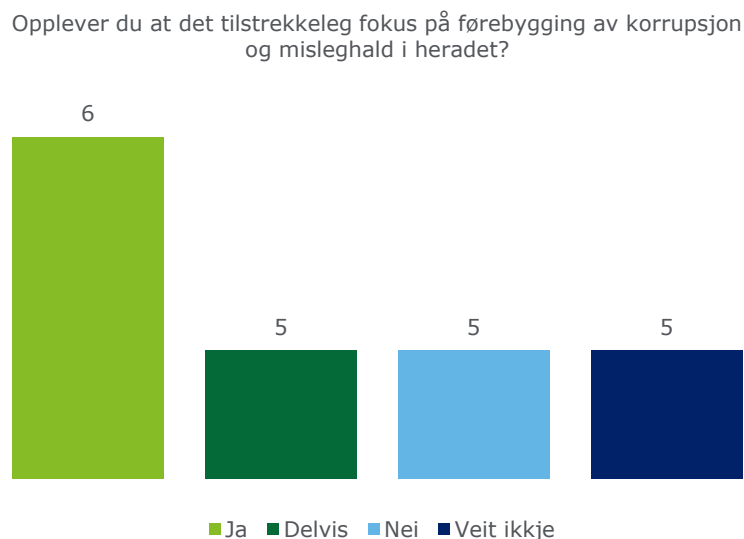
Figur 5: Informasjon til tilsette om korrupsjon og misleghald (N=22).



Som det går fram av svara presentert i figur 6, er leiarane i helse- og omsorgstenesta delte i spørsmålet om dei opplever at det er tilstrekkeleg fokus på førebygging av korrupsjon og misleghald i heradet:

²³ Det blir vidare opplyst at dei tilsette i denne sektoren ofte drøftar om det til dømes er lov til å ta imot ein blom i ulike fora der dei tilsette er samla.

Figur 6: Fokus på forebygging av korrupsjon og misleghald (N=21).



4.6.2 Vurdering

Funna i undersøkinga tyder på at Kvam herad ikkje i tilstrekkeleg grad har sett fokus på faren for korrupsjon og misleghald; dei etiske retningslinene dekkjer temaa berre indirekte, og svara i spørjeundersøkinga peiker i retning av delvis manglande kjennskap om tematikken hos respondentane, delvis manglande informasjon frå desse til deira tilsette, og ei oppleving blant fleire av dei om at det ikkje eller berre delvis er tilstrekkeleg fokus på å forebyggje korrupsjon og misleghald i heradet.

Revisjonen merkar seg elles at fokuset på forebygging av korrupsjon og misleghald varierer mellom einingane i heradet, utan at denne variasjonen synast å ha nokon samanheng med risikoen for korrupsjon og misleghald i dei forskjellige einingane; det kjem t.d. fram at det innanfor helse- og omsorgstenestene er høgt fokus på dette, medan risikoen for misleghald i næringssaker eller byggesaker ikkje har vore gjenstand for formelle drøftingar.

4.7 System for varslings og oppfølging av varslingsar

4.7.1 Datagrunnlag

Kvam herad har ein rutine for varslings. Denne er tilgjengeleg i Compilo og i dokumentet *Internkontroll i Kvam herad*,²⁴ og er reprodusert i figur 7 på side 21.

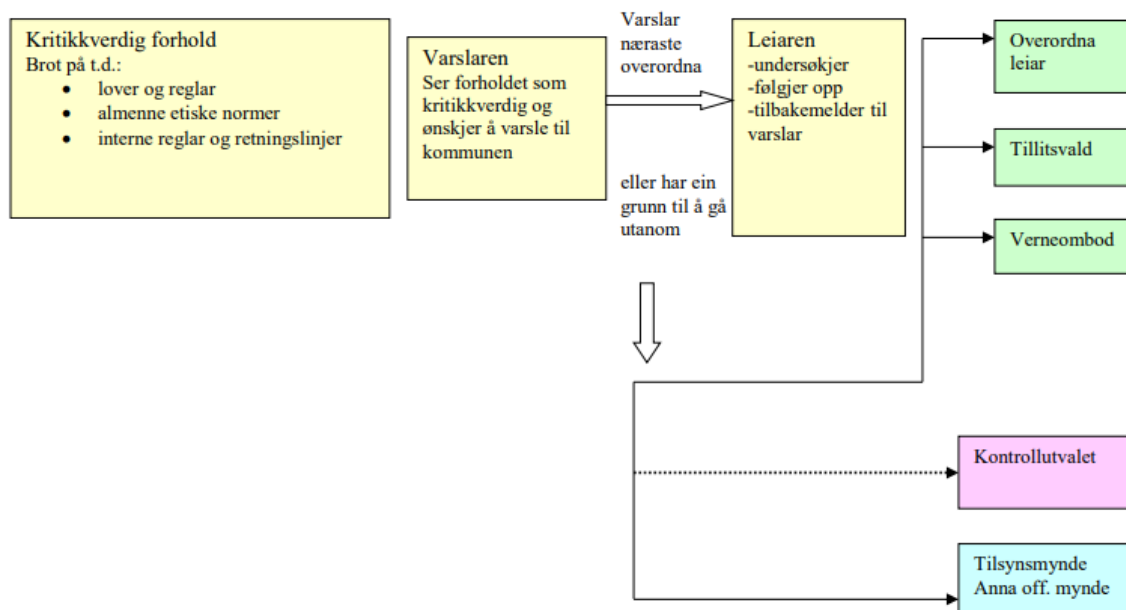
Frå varslingsrutinen går det fram at den tilsette i normale tilfelle skal varsle sin næraste overordna ved brot på lover og reglar. Dersom det ikkje er mogleg eller ønskjeleg å gå til næraste leiar, kan den tilsette varsle overordna leiar, tillitsvald, verneombod, kontrollutvalet, tilsynsmynde eller anna offentleg mynde. Det blir opplyst at HR-sjefen i heradet ofte blir involvert i saker der den tilsette ikkje ønskjer å gå til næraste leiar først.

Varsling er òg tema i dei etiske retningslinene for tilsette i Kvam herad. Der går det mellom anna fram at tilsette har ei plikt til å varsle arbeidsgjevar om kritikkverdige forhold. Dei etiske retningslinene viser også til at plikta til å leggje til rette for varslings, retten til å varsle og vern mot gjengjelding ved varslings er heimla i arbeidsmiljølova.

Rådmannen opplyser at alle varsel blir forsøkt handsama så tidleg som mogleg og på lågast mogleg nivå. Varsel som blir vurdert som aktuelle, blir tatt opp på leiarmøta. Ho understreker i den samanheng at dette ikkje gjeld alle varsel, men t.d. varsel der leiargruppa bør vere orientert; nokre varsel vil ikkje eigne seg å bli drøfta på leiarmøte, som t.d. varsel knytt til personalsaker.

²⁴ Denne er tilgjengeleg på Lagsportalen (lenkje: <http://www.lagsportalen.no/kf/hms/varslingsrutine.pdf>).

Figur 7: Varslingsrutine, Kvam herad



Sjølv om det i intervju kjem det fram at dei fleste av einingsleiarane er kjende med at det finst rutinar for varsling i heradet, har dei ikkje nødvendigvis kjennskap til innhaldet i rutinane.

Det blir opplyst at medarbeidarundersøkinga for nokre år sidan synte at mange av dei tilsette ikkje kjende til heradet sine rutinar for kva ein tilsett skal gjere i tilfelle der dei blir utsett for vald eller trugslar. På bakgrunn av dette blei det sendt ut eit e-læringskurs knytt til tematikken.

Det har blitt signalisert til rådmann frå tillitsvalde at dei opplever at det er eit ope miljø i heradet, der det er lett å ta tak i saker før dei utviklar seg til å bli meir alvorlege.²⁵

I spørjeundersøkinga svarar 12 av 22 leiarar i helse- og omsorgstenesta *ja* på spørsmål om dei er kjende med kva rutinar som gjeld for varsling i Kvam herad. Åtte leiarar svarar at *delvis* på same spørsmål, medan dei to resterande svarar *nei*.²⁶

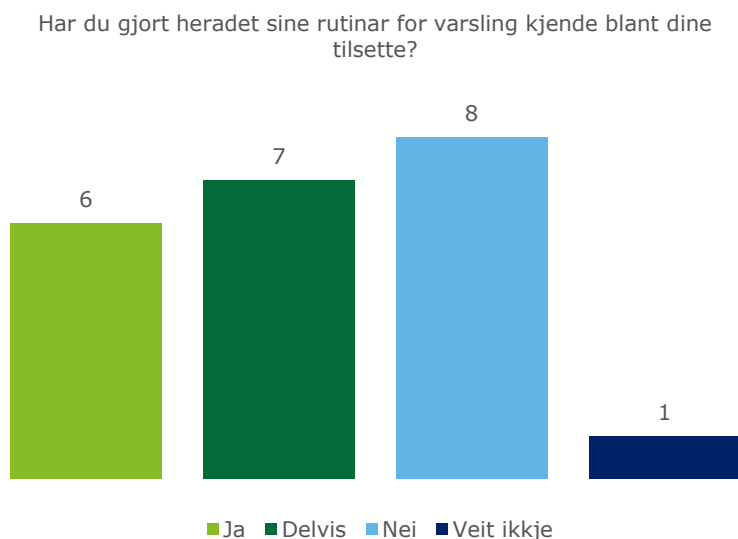
Spørjeundersøkinga syner elles at rutinane for å *følgje opp* varsel er mindre kjend blant leiarane. Her svarar sju leiarar *ja* på spørsmål om dei er kjende med desse, medan 10 leiarar svarar *delvis* og fem leiarar svarar *nei*.

Det kjem vidare fram i spørjeundersøkinga at det varierer om leiarane i helse- og omsorgstenesta har gjort rutinane for varsling kjende blant sine tilsette. Seks av leiarane svarar *ja* på spørsmål om dei har gjort sine tilsette kjende med desse, sju leiarar svarar *delvis*, åtte *nei* og éin *veit ikkje* (sjå figur 8).

²⁵ Det blir opplyst at heradet har om lag 15 tillitsvalde og mellom 30-40 verneombod. Ein av dei intervjuja einingsleiarane opplyser at dei tillitsvalde har gitt inntrykk av at varslingsystemet er godt kjend ute i eininga.

²⁶ Ein av leiarane i helse- og omsorgstenesta kommenterer i spørjeundersøkinga at varsling var tema på ei leiarsamling for nokre år sidan, men at det sidan ikkje har vore fokusert på i leiarsamling eller arbeidsgruppe.

Figur 8: Kjennskap til rutinar for varsling blant tilsette.



På spørsmål om leiarane trur at deira tilsette vil varsle om dei opplever kritikkverdige forhold på arbeidsplassen, svarar 20 av 21 *ja*, medan ein leiar svarar *veit ikkje*.

4.7.2 Vurdering

Kvam herad har etablerte rutinar for varsling og oppfølging av varsel. Revisjonen finn at dei fleste kommunalsjefane er kjende med at det finst rutinar knytt til dette varsling og oppfølging av varsel. Revisjonen merkar seg at ikkje alle kommunalsjefane er godt kjende med rutinane, og meiner på den bakgrunn at heradet ikkje i tilstrekkeleg grad har gjort desse kjende blant kommunalsjefane. Revisjonen meiner òg at heradet ikkje i tilstrekkeleg grad har gjort varslingsrutinane kjende blant dei tilsette. Dersom vi ser på svara frå leiarane i helse- og omsorgstenestene i spørjeundersøkinga er desse i mindre grad kjende med rutinane for å varsle, og i enda lågare grad kjende med korleis varsel skal følgjast opp. Relativt mange av respondentane har heller ikkje gjort rutinane for varsling kjende for sine tilsette.

Manglande kjennskap til varslingsrutinane reduserer etter revisjonen si vurdering sannsynet for at varslingsinstituttet blir nytta, og det er følgjeleg òg ein auka risiko for at kritikkverdige forhold ikkje blir varsla.

4.8 Mål for tenestene

4.8.1 Datagrunnlag

I samfunnsdelen av kommuneplanen er det innarbeidd ei rekkje strategiar med mål, formulert som «slik vil me ha det», med tilhøyrande tiltak, formulert som «slik gjer me det». Måla og tiltaka i samfunnsdelen av kommuneplanen, samt mål og tiltak i kommunedelplanar, temaplanar og ulike strategiar, er også med i det årlege budsjett- og økonomiplandokumentet. I årsmeldinga går resultatet for kvart tiltak fram av ei eiga kolonne.²⁷

Rådmann opplyser å ha arbeidd for at det som står i heradet sitt planverk skal inn i handlingsplanar, og at måla i handlingsplanane skal vidare inn i budsjetta. Føremålet med dette arbeidet har vore å sikre ei tydeleggjering av kva mål einingane prioriterer, og ei bevisstgjerung kring kva arbeid som må gjerast for å nå måla. Erfaringa så langt er at dette fører til at leiarane spissar måla meir.

Det blir opplyst at dei budsjettansvarlege, i samband med budsjettarbeidet for komande år, må gå gjennom drift, planar, strategiar og erfaringar frå førre og inneverande år, og deretter prioritere kva tiltak som skal gjennomførast opp mot økonomiske rammer.²⁸ Rådmann har kommunisert til leiarane på leiarsamlingar at det er måla i budsjetta dei har sagt at dei skal jobbe med det neste året, og at dei om halvanna år fram i tid skal svare ut kva som er gjort for å nå måla. Dei ansvarlege leiarane rapporterer om målinnfriing i

²⁷ Sjå dømer på dette i vedlegg 3.

²⁸ Gjennomgangen av budsjettframlegget er hierarkisk organisert etter organisasjonskartet, der lågast mogleg nivå skal løyse utfordringane for det komande året.

årsmeldinga. Rådmann ser det som viktig å få konkretisert måla ytterlegare og betre synleggjere korleis måla er følgde opp som del budsjettprosessen.

Einingsleiarane har hovudsak ei oppfatning om at budsjett- og økonomiplan styrer aktiviteten og drifta i eininga gjennom året, og at dei viktigaste måla for eininga går fram der.²⁹ Dette er likevel ikkje eit eintydig bilete; nokre av einingsleiarane har ikkje ei oppleving av at det er nedfelt tydelege mål for deira eining, og det kjem fram i intervju at dette er noko dei saknar.

Dei fleste einingsleiarane fortel elles i intervju at dei opplever å ha fått på plass gode rutinar i samband med budsjettprosessen ved å konkretisere mål per år i budsjett- og økonomiplandokumentet. Dei fleste av einingsleiarane synest at dette gjer det enklare å svare ut kva som er gjort for å nå måla frå år til år.

Det blir av fleire peika på eit forbettringspotensiale knytt til å prioritere færre mål i budsjett- og økonomiplandokumentet, og sørgje for at måla blir formulerte slik at dei i etterkant er målbare.³⁰

I spørjeundersøkinga svarar 17 av 22 leiarar i helse- og omsorgstenesta *ja* på spørsmål om det er tydeleg definerte mål for deira tenesteområde; dei resterande fem svarar *delvis* på same spørsmål.

4.8.2 Vurdering

Funna i undersøkinga tyder at det er etablert fleire mål for dei fleste einingane i heradet, og at desse måla i hovudsak blir opplevd som tydelege av dei respektive leiarane. Revisjonen merkar seg likevel at nokre av leiarane opplever å ha for mange mål, at nokre av måla ikkje er opplevd å vere tilstrekkeleg konkrete, og at ikkje alle måla er tilstrekkeleg målbare.

Tydelege mål er viktig for å kunne styre verksemda på ein god måte. Undersøkinga tyder etter revisjonen si vurdering at det bør arbeidast ytterlegare med å konkretisere måla for alle einingane i heradet. Revisjonen vil her vise til at det er presisert i forskrift for leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 6 bokstav a) at det skal settast mål for verksemda, og vidare at det i rettleiaren til forskrifta blir vist til at:

Øverste leder har ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres på relevante nivå i virksomheten og for jevnlig å etterspørre og følge opp resultater knyttet til målene. Målene må følges opp kontinuerlig av samtlige ledere i den daglige driften.

Revisjonen registrerer at rådmannen har fokus på å få konkretisert måla ytterlegare.

4.9 Kommunikasjon og informasjon

4.9.1 Datagrunnlag

Leiargruppa i heradet består av alle einingsleiarane og rådmannen. Desse møtast ein gong i veka. Rådmann opplyser at det er i desse møta at koordineringa av heradet sine tenester skjer.³¹

Alle kan melde inn saker til leiarmøta; både rådmannen sjølv, kommunalsjefane, samt deira underordna i den grad den enkelte kommunalsjef opnar for dette. Rådmann er oppteken av at det skal vere god takhøgde i leiarmøta. Det er ope for at alle tilsette i heradet kan kome i møta til leiargruppa og leggje fram saker for diskusjon. Det blir opplyst at dette har vore tilfelle.

Ei skyløysing (Office365) blir nytta både til saksliste i førekant av møta, og til referatføring. I agendamalen som revisjonen har fått tilsendt, er det opne felt for «saksdiskusjonar med andre deltakarar» og «innmeldte saker». I tillegg er det nokre faste poster på agendaen, mellom anna innrapporterte avvik i Compilo som ikkje blir handtert innan fristar (meir om avviksrapportering og handtering av avvik i seksjon 6.6).³² I løpet av møtet blir referat laga ved at kommentarfelta per sak blir fylt ut av rådmann, noko som betyr at referatet

²⁹ Det blir opplyst at det kan dukke opp ting i løpet av året som gjer at dei må justere arbeidet som blir gjort for å nå måla i budsjett- og økonomiplan, men at dette i så fall blir omtalt i årsmeldinga.

³⁰ Ein einingsleiar peikar på at erfaringa frå dei siste åra er at eininga vil for mykje på for kort tid, og dimes ikkje rekk å arbeide seg gjennom alle måla.

³¹ Det blir peika på at det meir uformelt blir koordinert også utanom dette, ettersom leiarane sit på same gang på rådhuset.

³² Andre faste punkt inkluderer «tidlegare referat/oppfølgning», «avvikshandtering og forslagskasse», «status Lean-arbeid», «Kanban-tavler» og «informasjonsutveksling».

er ferdig når møtet er ferdig. Referata frå leiarmøta blir ikkje lagt ut offentleg, men er tilgjengeleg for einingsleiarane. Desse uttrykker at dei synest det er eit ope og effektivt system.³³

Det blir opplyst at kommunikasjonen går begge vegar i møta til rådmannen si leiargruppe. Kommunalsjefane tar opp saker som er aktuelle frå deira einingar og som krev avgjersle eller drøfting på overordna nivå, og rådmann deler informasjon med kommunalsjefane som dei tar med vidare ut i einingane. Nokre einingsleiar skriv litt til dei tilsette i eininga kvar veke om kva som er tatt opp i leiarmøta til rådmann, medan fleire av dei andre einingsleiarane orienterer i leiarmøte i eininga om kva informasjon eller føringar som kjem frå rådmannen.

Rådmannen har personlege møte med alle ho har personalansvar for kvar månad (einingssleiarane), der mellom anna det som skjer i dei einskilde eininga er tema.

Det blir også opplyst at alle som har eit personalansvar i heradet, samt alle tillitsvalde og Lean-rådgjevarar er med på leiarsamlingar fire gonger i året.

Kommunikasjon i einingane

Dei fleste einingane opplyser å gjennomføre leiarmøte kvar tredje veke. Tema i desse leiarmøta blir opplyst å omhandle ulike utfordringar einingane står overfor knytt til økonomi, tenester/fag og personell. Ein av dei intervjua einingsleiarane opplyser at sakslista for leiarmøta i eininga blir laga på bakgrunn av innmelde saker, saker frå rådmannen og andre aktuelle tema.

Ved ei av einingane er det oppretta ein sakslistemal i Office365 på same vis som for rådmannen sine leiarmøte, slik at saker kontinuerleg kan leggjast inn i sakslista av både einingsleiar og leiarane i eininga. Referat blir skriva og er tilgjengeleg for alle leiarane i same system. Ved ei anna eining er det også eit ønske om å ta i bruk dette systemet. Ved ei tredje eining blir det opplyst at leiarane alltid får ei skriftleg innkalling til leiarmøta i eininga, men einingsleiar der peikar på eit forbettringspotensial knytt til referatføringa av leiarmøta i eininga då det ikkje blir systematisk skriftleg referert frå møta.

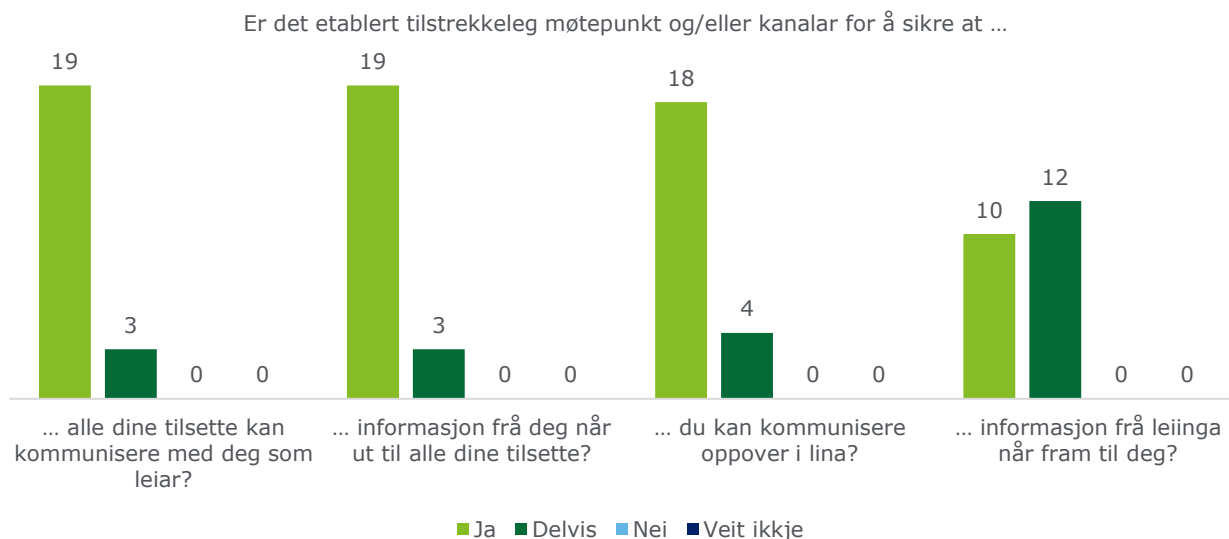
Det blir opplyst at alle einingane plar vere representert i dei overordna prosessane heradet står i, som t.d. innføringa av Compilo og ny personvernlovgjeving (GDPR). Rådmannen fortel at dei som regel held fram med systembrukarar frå alle einingar i etterkant av slike prosjekt for å sikre at alle har tilgang og «eigarskap» til større, felles prosessar og system. Dei som deltek har ansvar for å formidla informasjonen vidare i eiga eining. Leiarar i eininga har òg ansvar for å etterspørja informasjonen.

Det varierer kor mange andre faste møtepunkt einingsleiarane har med dei tilsette i einingane. Nokre einingsleiarar har mange faste møtepunkt, medan andre peikar på meir sporadiske møte og elles ein jamleg dialog med dei tilsette.

I spørjeundersøkinga svarar 19 av 22 leiarar i helse- og omsorgstenesta *ja* på spørsmål om det er etablert tilstrekkeleg møtepunkt og/eller kanalar for å sikre at deira tilsette kan kommunisere med dei, og *ja* på spørsmål om det er etablert tilstrekkeleg møtepunkt og/eller kanalar for å sikre at informasjon når ut frå dei til alle deira tilsette. Vidare svarar 18 av 22 leiarar *ja* på spørsmål om det er tilstrekkeleg møtepunkt og/eller kanalar for å sikre at dei kan kommunisere oppover i lina, medan nokre færre, 10 av 22, svara *ja* på spørsmål om det er etablert tilstrekkeleg møtepunkt og/eller kanalar for å sikre at informasjon frå leiinga når fram til dei. Dei resterande 12 svarar *delvis* på dette spørsmålet (sjå figur 9).

³³ Sjå døme på agenda og referat i Office365 i vedlegg 3.

Figur 9: Møtepunkt og/eller kanalar for å sikre informasjon og kommunikasjon (N=22).



På spørsmål om kva møtepunkt og/eller kanalar som er etablert, viser mange av leiarane til leiarmøte kvar tredje veke og faste samtalar med næraste leiar, samt kontormøte, personalmøte og daglege rapportar kring brukarane. Fleire viser også til den jamlege dialogen dei har med sine tilsette, og at det er låg terskel for dei tilsette å ta kontakt, mellom anna grunna ein «open dør-praksis». Ein av leiarane peikar på at for lite av kommunikasjonen og informasjonen i heradet er skriftleggjort.

4.9.2 Vurdering

Det er etablert formelle møtepunkt på både leiar- og mellomleiarnivå i Kvam herad. Revisjonen har ikkje indikasjonar på at frekvensen for eller innhaldet i desse møta ikkje er føremålstenleg med omsyn til effektiv og tidsriktig kommunikasjon og informasjon.

Likevel tyder funn i undersøkinga på at informasjon frå øvste leiing ikkje alltid blir opplevd å nå fram til mellomleiar nivået i heradet. Revisjonen registrerer òg at det varierer i kva grad kommunikasjon og informasjon i heradet er skriftleggjort (sjå også seksjon 4.10).

Det er difor revisjonen si vurdering at Kvam herad bør vurdere å auke graden av skriftleggjering for å sikre meir effektiv og tidsriktig kommunikasjon og informasjon.

4.10 Rapportering som mogleggjer oversikt og kontroll

4.10.1 Datagrunnlag

Rådmann opplyser å vere avhengig av at leiarane gir beskjed om det som føregår ute i einingane for å ha oversikt over heradet si verksemd.

Det blir opplyst at einingsleiarane tidlegare hadde eit meir omfattande rapporteringssystem med ei sjekkliste over ulike utførte oppgåver (mellom anna vernerunde og medarbeidersamtalar) som skulle leverast rådmann på slutten av året. Ein av einingsleiarane synest det er uheldig at mykje av rapporteringa i dag er munnleg, og at det er lite som blir skriftleggjort. Vedkomande trur at dette blir betre når heradet tar i bruk årshjulmodulen i Compilo.

Årshjul for økonomiprosessane (tertialar, budsjett og årsmelding) ligg førebels i Excel-ark. Dei økonomiske rammene og det politiske budsjettvedtaket blir, i tillegg til årsmeldinga, òg meldt tilbake til politisk nivå i 1. og 2. tertialrapport. Nokre fagområde/avdelingar har i tillegg egne, meir detaljerte årsrapportar for sine fagområde.

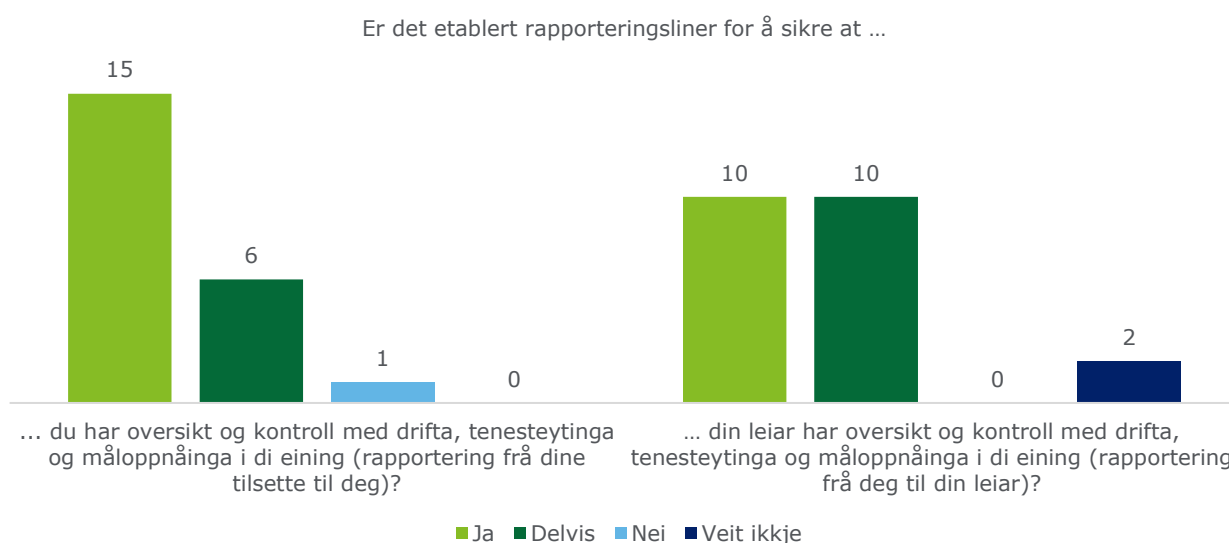
Det blir stadfesta i fleire intervju at det generelt sett i liten grad blir stilt krav til skriftleg rapportering i heradet. Det er mykje som blir rapportert munnleg, både når det gjeld økonomi og anna, både til einingsleiar og til rådmannen.

I intervju med økonomisjefen, kjem det fram at det er forbettringspotensial når det gjeld økonomi-rapportering frå avdelingsnivå til einingsnivå. Det blir opplyst at sjølv om alle avdelingar og einingar har

samla gjennomgang kvar fjerde måned i samband med tertialrapportar, og at kvar avdelingsleiar har gjennomgang med controller kvar måned, varierer frekvensen for vurdering per eining. Det blir no arbeidd med system for skriftleggjing og månadleg rapportering til overordna leiing for å sikra at problemstillingar i einingane blir fanga opp og handsama så snart som mogleg.

I spørjeundersøkinga svarar 15 av 22 leiarar innan helse og omsorg *ja* på spørsmål om det er etablert rapporteringslinjer som sikrar at dei har oversikt og kontroll med drifta, tenesteytinga og måloppnåinga i si eining. Det er nokre færre leiarar, 10 av 22, som svarar *ja* på tilsvarande spørsmål om det er etablert rapporteringslinjer for å sikre at deira leiar har oversikt og kontroll med drifta, tenesteytinga og måloppnåinga deira eining (sjå figur 10).

Figur 10: Rapporteringslinjer som sikrar oversikt og kontroll (N=22).



På spørsmål om kva rapporteringslinjer som er etablert blir det mellom anna trekt fram at leiarane i helse- og omsorgstenesta rapporterer til sin leiar i samband med budsjett og årsmelding, samt gjennom både faste og sporadiske møte. Når det gjeld rapporteringslinjene mellom leiarane og deira tilsette ved dei ulike avdelingane blir personalmøta, medarbeidersamtalar, og avviksrapporteringa i Compilo trekt fram som viktige rapporteringslinjer. Ein av leiarane synest at det er for lite rapportering knytt til HMT.

4.10.2 Vurdering

Det blir i Kvam herad lagt til rette for rapportering i dei faste leiar- og mellomleiar møte (sjå avsnitt 4.9.1). Det kjem elles fram i undersøkinga at det i dag er mindre rapportering i heradet enn tidlegare, og at mykje av rapporteringa som skjer, i liten grad er skriftleg. Vidare blir det på nokre område – som t.d. økonomiområdet – etterlyst høgare frekvens på rapporteringa for å få betre kontroll. Revisjonen registrerer at det blir arbeidd med å få på plass system for skriftleggjing og månadleg rapportering til overordna leiing for å sikra at problemstillingar i einingane blir fanga opp og handsama så snart som mogleg.

På revisjonstidspunktet er det likevel revisjonen si vurdering at Kvam herad ikkje har ei tilstrekkeleg rapportering på overordna nivå som gjer det mogleg å ha ei god oversikt og kontroll på heradet si verksemd. Revisjonen vil samstundes understreke at rapporteringa må tilpassast behova i verksemda. Revisjonen merkar seg at heradet planlegg å ta i bruk årshjulmodulen i Compilo, og at dette kan forbetre rapporteringa både med omsyn til formalisering, frekvens, innhald og skriftleggjing.

4.11 Kompetanseutvikling og bemanningsplanlegging

4.11.1 Datagrunnlag

Det blir opplyst at Kvam herad hentar inn statistikk frå arbeidsgjevvarmonitoren til KS for å halde oversikt over framtidig kompetansebehov og behov for bemanning. I tillegg nyttar heradet statistikk frå løns- og personalsystem som til dømes inneheld alderssamansetnad. Heradet har òg dialog med arbeidstakarorganisasjonane. Utover dette har ikkje heradet noko overordna system for bemanningsplanlegging eller kompetanseutvikling.

Bemanningsplanlegging

Det blir opplyst at dei ulike einingane har eigne og varierende løysingar for bemanningsplanlegging og bruk av vikarar.

Innanfor oppveksteininga blir det gjennomført ein felles tilsetjingsprosess i skule og barnehage. I samband med denne prosessen får einingsleiar kvar vår ei oversikt over kva personalressursar skulane og barnehagane har bruk for.

Eining for helse og omsorg har innført elektronisk arbeidstidsplanleggingssystem (GAT), og i 2018 blei ordninga med årsturnus innført. Ved hjelp av GAT har leiarane oversikt over arbeidsplanar, vikarbehov mm.³⁴

Revisjonen har ikkje informasjon om at dei andre einingane i heradet har system for bemanningsplanlegging.

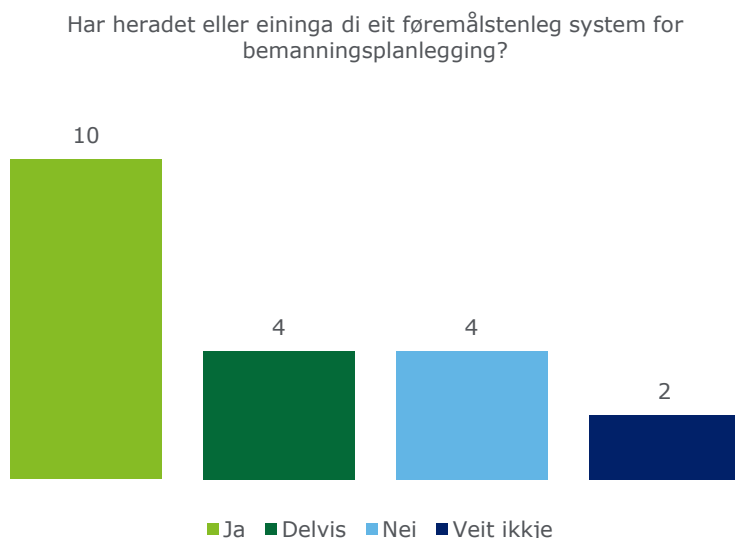
Eining for helse og omsorg har også tilsett fleire faste vikarar, noko som saman med innføringa av årsturnus blir opplyst å ha redusert bruken av vikarbyrå.

Oppveksteininga bruker også stort sett faste vikarar, og ikkje vikarbyrå. Det blir lyst ut ei rekke vikarstillingar for å få «ein bank» av vikarar. Det blir opplyst at det er utfordringar med vikarbruk, spesielt i utkantane av heradet, der einingsleiar ser at ein del skular ikkje alltid klarar å få inn kvalifiserte vikarar.³⁵

Andre einingar, som t.d. plan og bygg, bruker ikkje vikarar.³⁶

Som det går fram i figur 11, svarar 10 av 20 leiarar innan helse og omsorg at heradet eller eininga deira har eit føremålstenleg system for bemanningsplanlegging.

Figur 11: Føremålstenleg system for bemanningsplanlegging (N=20).



På spørsmål om systemet for bemanningsplanlegging femner om bruken av vikarar svarar sju leiarar *ja*, fem svarar *delvis*, éin svarar *nei* og éin svarar *veit ikkje*. Når det gjeld vikarbruken, svarar 15 av 19 leiarar at det er etablert rutinar som sikrar at vikarar får naudsynt opplæring. 3 svarar *delvis* til dette, medan ein svarar *nei*.

³⁴ Dei tilsette kan sjølve sjekke ut ledige vakter og melde si interesse. Det er leiarane som avgjer kven som får vikarvakter, basert på kompetansebehov og rettferdig fordeling av vakter mellom vikarane.

³⁵ Det blir opplyst at bruken av ufaglærte vikarar særleg svingar med influensasesongen; i periodar der mange tilsette er sjuk samtidig kan det vere utfordrande å få tak i nok kvalifiserte vikarar.

³⁶ Eininga er i ein prosess med å tilsetje ein ny medarbeidar, men det er ikkje avklart kva kompetanse denne skal ha. Dei har tidlegare vurdert å tilsetje i eit årsvikariat, men einingsleiar peikar på at dette er eit utfordrande fagfelt som det tar tid å lære seg, noko som gjer det ugunstig å tilsetje ein vikar for berre eitt år.

Kompetanseutvikling

Fleire av einingane har ikkje noko system for å halde oversikten over framtidig kompetansebehov og behov for bemanning. Rådmann trur at det varierer mellom einingane når det gjeld kor god oversikt dei har over framtidig kompetanse- og bemanningsbehov ettersom turnover og behov er ulikt frå eining til eining, og dermed òg behovet for å utarbeide slik oversikt.

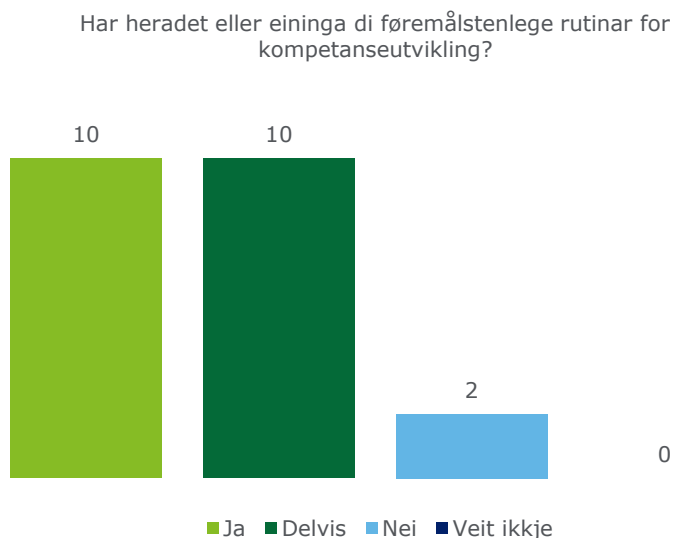
I oppveksteininga får einingsleiar og leiar for barnehage og skule oversikt over kva tid lærarar skal ut i pensjon i samband med den årlege tilsetjingsprosessen, og kan såleis sjå om det er bruk for å tilsetje fleire lærarar. Vidare har lærarane sin kompetanse blitt kartlagt i samband med nye kompetansekrav. Det har vist seg å vere ei utfordring at for få lærarar søkjer vidareutdanning sjølv om dei manglar studiepoeng. Oppveksteininga har ikkje laga ein strategi for å løyse dette.

I eining for helse og omsorg blir det opplyst at einingsleiar, saman med fagleiarane i eininga, har ein overordna oversikt over fagkompetansen i eininga. Det blir laga ein årleg kompetanseplan i eininga der det går fram kva tema dei ulike avdelingane skal prioritere i løpet av året. Leiargruppa i helse og omsorg utarbeider kompetanseplanen på bakgrunn av tema i budsjett, planar og innspel frå leiarar og tillitsvalde. Ein slik årleg kompetanseplan er naudsynt for å kunne søkje om midlar til kompetanseutvikling frå mellom anna Fylkesmannen.

Ved andre einingar blir ikkje kompetansenivået kartlagt på noko vis, og det er opp til medarbeidarane å melde om ønskje om eller behov for kurs.

I spørjeundersøkinga svarar fem av leiarane i helse- og omsorgstenesta at heradet eller eininga har gjennomført kompetansekartlegging av dei tilsette siste to år. Tre leiarar innan helse og omsorg svarar at dette *delvis* er gjort, medan åtte svarar *nei* og fem svarar *veit ikkje*. På spørsmål om heradet eller eininga deira har føremålstenlege rutinar for kompetanseutvikling, svarar 10 av 22 leiarar i helse- og omsorgstenesta *ja*. Like mange svarar *delvis*, medan to svarar *nei* (sjå figur 12).

Figur 12: Føremålstenlege rutinar for kompetanseutvikling



Tre av leiarane i helse- og omsorgstenesta svarar *ja* på spørsmål om det er utarbeidd opplæringsplanar for dei tilsette i deira eining, ti svarar *delvis*, sju svarar *nei* og to svarar *veit ikkje*.

I spørjeundersøkinga blir kommentert frå ein av leiarane i helse- og omsorgstenesta at ein nyttar medarbeidersamtalane til å leggje fram både kortsiktig og langsiktig behov for kompetanse. Ein anna peikar på at heradet må lage eit system som sikrar at alle tilsette får kompetanseheving, og ikkje berre dei som spør etter det sjølve. Det blir også kommentert at det kan vere vanskeleg å sikre at alle får den informasjonen dei treng, då vanleg drift skal skje samstundes som ein har nye på opplæring.

4.11.2 Vurdering

Revisjonen finn i si undersøking at Kvam herad ikkje har noko overordna system for bemanningsplanlegging eller kompetanseutvikling, og at det på einingsnivå varierer om og korleis bemanningsplanlegging og kompetanseutvikling blir handtert.

Med omsyn til bemanningsplanlegging, registrerer revisjonen at helse- og omsorgstenesta har eit elektroniske system for arbeidstidsplanlegging, og at dette systemet i relativt stor grad blir opplevd å vere føremålstenleg av mellomleiarane i tenesta.

Vidare viser undersøkinga at helse- og omsorgstenesta og oppveksteininga – dei to største einingane i heradet – i hovudsak nyttar faste vikarar.

Det er berre helse- og omsorgstenesta og oppveksteininga som har etablert system for kompetanseutvikling; dei andre einingane har ikkje noko system for å halde oversikten over framtidige behov for kompetanse eller bemanning. Basert på svara i spørjeundersøkinga, meiner revisjonen at helse- og omsorgstenesta i nokon grad har ei føremålstenleg tilnærming til kompetanseutvikling, og heradet er slik berre delvis er i samsvar med § 6 bokstav f) i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta, som seier at verksemda har plikt til å «ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring».

Oppveksteininga har oversikt over kva kompetanse dei tilsette har og slik også informasjon om kva dei manglar sett opp mot kompetansekrava i regelverket, men har ikkje noko strategi for å for korleis heve kompetansen til dei tilsette som manglar dette.

4.12 Gjennomføring og oppfølging av medarbeidersamtalar

4.12.1 Datagrunnlag

Det går fram frå tilsendt dokumentasjon³⁷ og i intervju at medarbeidersamtalar skal gjennomførast årleg i Kvam herad.

I fleire intervju blir det peika på at det var utfordringar knytt til malen for gjennomføring medarbeidersamtalar. Dette blei òg meldt frå om til rådmann, og rådmann har på bakgrunn av dette utarbeidd ein ny mal som leiarane er oppmoda til å prøve ut. Den nye malen er for *utviklingssamtalar* og ikkje *medarbeidersamtalar*, og rådmannen opplyser i korrespondanse med revisjonen at heradet er i ferd med å ta i bruk utviklingssamtale i staden for medarbeidersamtale.

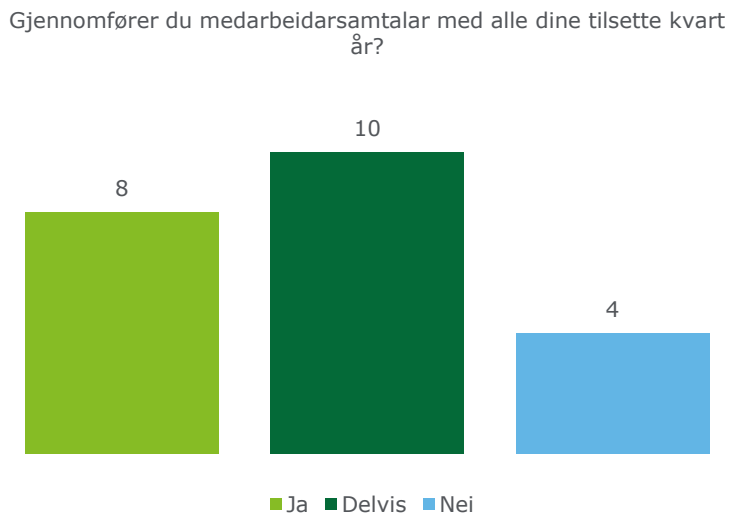
Malen for gjennomføring av utviklingssamtale inneheld mellom anna fire hovudtema som skal drøftast: arbeidsoppgåver, arbeidsmiljø, forventningar og utviklingstema. For kvart av temaa inneheld malen ei rekkje stikkord som skal eller kan dekkjast i samtalen; t.d. går det fram under *arbeidsmiljø* at heradet sin etiske standard skal vere tema i utviklingssamtalen. Det blir opplyst at tanken bak malen er å få til ein samtale med flyt som ikkje er altfor bunden opp i fastsette spørsmål, men der stikkorda skal sikre at ein kjem innom viktige tema.

Det varierer i kva grad medarbeidersamtalar blir gjennomført årleg ved einingane. Ved ei eining blir det opplyst å vere eit godt innarbeidd system med årlege medarbeidersamtalar. Ein anna einingsleiar har inntrykk av at leiarane i eininga gjennomfører årlege medarbeidersamtalar, men har inga skriftleg oversikt over kor mange samtalar som blir gjennomført i eininga årleg. Ved ei anna eining blir det opplyst at det har blitt utført få utviklingssamtalar dei seinare åra, då einingsleiar har drøfta med leiarane i eininga om det er behov for dette.

I spørjeundersøkinga svarar åtte av 22 leiarar i helse- og omsorgstenesta at dei gjennomfører medarbeidersamtalar med alle sine tilsette kvart år, 10 svarar *delvis*, medan fire svarar *nei* (sjå figur 13).

³⁷ Prosedyre for medarbeidersamtale (dokument 10.1 i HMT-systemet).

Figur 13: Gjennomføring av medarbeidersamtalar (N=22).



Det går ikkje fram får tilsendt dokumentasjon eller intervju at Kvam herad har system eller rutine for å sikre at medarbeidersamtalar eller utviklingssamtaler blir gjennomførde og følgde opp.

4.12.2 Vurdering

Leiarane i Kvam herad er pålagt å gjennomføre årlege medarbeidersamtalar med sine tilsette. Undersøkinga avdekkjer at det varierer i kva grad leiarane faktisk gjennomfører slike samtalar kvart år. Revisjonen finn vidare at det ikkje føreligg noko system for å sikre at leiarane gjennomfører årlege medarbeidersamtalar, og at det heller ikkje føreligg noko system for å sikre at slike samtalar blir følgd opp.

Slike samtalar er viktige for mellom anna å sikre ei felles forståing blant dei tilsette i heradet med omsyn til heradet sine mål og oppgåver, avklare forventningar og behov, gje tilbakemelding på jobbutføring, ta imot ønskjer om endring og utvikling, utvikle tillit og open kommunikasjon mellom tilsette og leiarar, og som eit styringsreiskap for å vidareutvikle medarbeidarar og arbeidsplassen. Manglande gjennomføring og oppfølging av slike samtalar medfører etter revisjonen si vurdering risiko for at desse måla ikkje blir nådd.

5. Bruk av risikovurderingar

5.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

Korleis blir risikovurderingar nytta i internkontrollen i heradet?

Under dette:

- Innan kva område blir det tatt i bruk risikovurderingar?
- Er det system for å følgje opp gjennomførte risikovurderingar og handtere identifiserte risikoar?
- I kva grad er det etablert system for å sikre at leiinga i heradet er orientert om risikoområda innanfor dei ulike tenestekområda?

5.2 Revisjonskriterium

Risikovurderingar er eit sentralt element både i rammeverket for internkontroll i COSO, og dei sektorspesifikke og tenestespesifikke krava til internkontroll.

Gjennom risikovurderingar gjer ein systematisk gjennomgang av tenestene for å finne fram til aktivitetar eller prosessar kor det til dømes er fare for manglande måloppnåing, manglande etterleving av regelverk/rutinar, mangelfull rapportering eller utilfredsstillande kvalitet i tenestene.

I følgje KS er risikovurderingar grunnlaget for innretning av internkontrollen, og både det operative og strategiske nivået i heradet bør vere involvert i risikovurderingane. Dette er også i samsvar med tilrådingar frå COSO. Risikovurderingar skal skje på både detaljert plan og på overordna plan. KS påpeiker at eit ansvar på rådmannsnivået er å «aggregere risiko», det vil seie å ha eit system for å sjå resultata frå enkeltvise risikoanalyser i samanheng. KS framhevar at:

Relevant informasjon skal aggregeres og rapporteres videre til andre ledernivåer. Dette vil sikre oppmerksomhet om det som er viktigst, samtidig som vesentlige forhold fanges opp, vurderes og dokumenteres. (s. 23)³⁸

I forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene blir det vist til at verksemda skal ha oversikt over områder i der det er risiko for svikt eller mangel på etterleving av krav frå myndigheita og områder der det er behov for vesentleg forbetring av kvaliteten på tenestene og pasient- og brukartryggleiken. Det blir vidare vist til at verksemda må planlegge korleis risiko kan minimaliserast og særleg legge vekt på risikofaktorar forbundet med samhandling internt og eksternt.

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

5.3 Område for bruk av risikovurderingar

5.3.1 Datagrunnlag

Kvam herad har ikkje tatt i bruk noko overordna system for å gjere risikovurderingar. Heradet har ikkje rutinar for å gjere risikovurderingar knytt til internkontroll, som til dømes med omsyn til kvalitet eller regellefterleving i tenesteytinga.³⁹

Frå intervju går det fram at inga av einingane gjennomfører noka overordna risikovurdering for si eining. Einingsleiarane peikar på at risikovurderingar blir knytt til fagfelte dei forvaltar og til nokre tema og situasjonar, men at det er ulikt frå tenestekområde til tenestekområde korleis risikovurderingane blir utførde. Til dømes har barnehage arbeid med risikoar som kan oppstå på tur, medan andre tenestekområde med mange lovpålagde oppgåver har gjort risikovurderingar knytt til konsekvensane av mangel på tilstrekkeleg personale. Plan- og byggesakseininga har gjennomført ROS-analysar av alle nye arealføremål i

³⁸ Kommunesektorens organisasjon (2012/13). *Rådmannens internkontroll. Hvordan få orden i eget hus?*

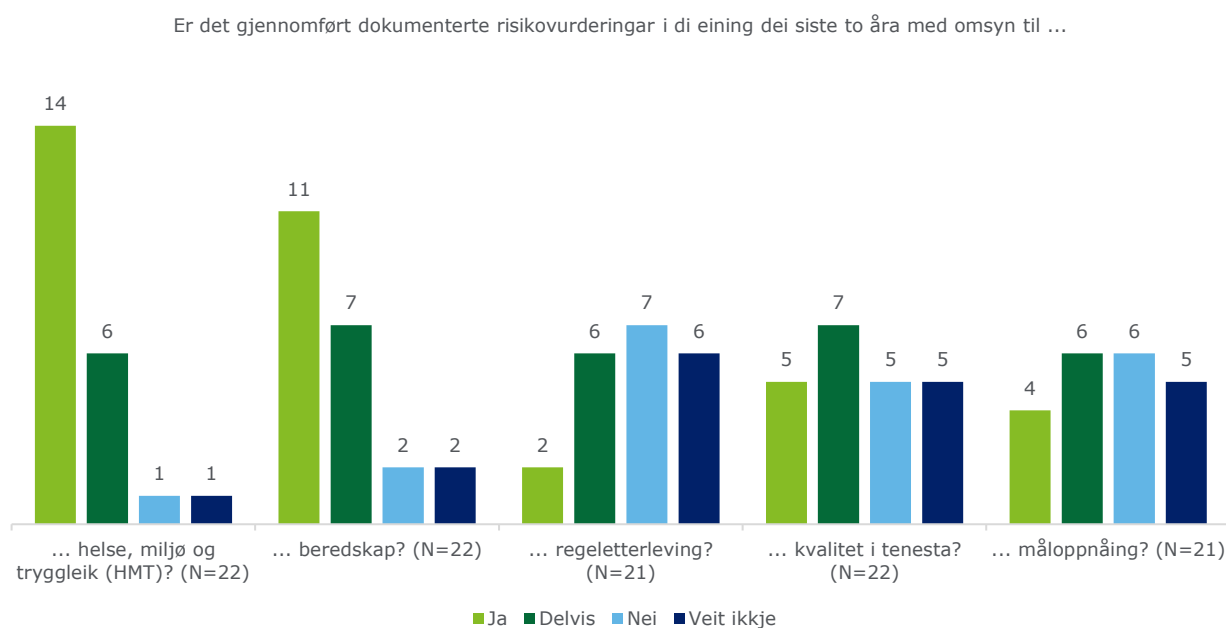
³⁹ Det blir opplyst at heradet har gjort fleire overordna ROS-analysar og -vurderingar i samband med samfunnstryggleik, beredskap og utarbeiding av arealplanar. Den siste av slike overordna ROS-analysen knytt til beredskapsarbeidet blei vedteken av heradsstyret i 2015 og tar for seg perioden fram til 2019. Denne omhandlar samfunnstryggleik og beredskap på tvers av sektorane. Sjå *Heilskapleg risiko- og sårbarheitsanalyse for Kvam herad 2015-2019*. Vedteken 16.06.2015.

kommuneplanen. Andre einingar med færre lovpålagte oppgåver gjennomfører ikkje risikovurderingar i det heile.

Heradet har tatt i bruk risikovurderingar i utarbeiding av prosjektmandat,⁴⁰ og i budsjett/tertialar blir risikoen for rammeavvik vurdert.⁴¹ Det blir opplyst at formannskapet er nøgd med at det er innført risikovurderingar i første og andre tertialrapport ettersom det synleggjer sannsynet for at det kjem avvik frå budsjettet og kva konsekvensen av dette er. Rådmann peikar på at særleg tekniske tenester og prosjektstyring har blitt gode på bruk av risikoanalysar og –vurderingar. Rådmann peikar på at det står att fleire område der risikovurderingar kan nyttast i større omfang, og at dette arbeidet vil starte med innføringa av risikomodule i Compilo.

Som det går fram av figur 14, svarar leiarane i helse- og omsorgstenesta at det i større grad er gjennomført risikovurderingar med omsyn til HMT enn når det gjeld regeletterleving, kvalitet i tenesta og måloppnåing.

Figur 14: Område for bruk av risikovurderingar (N=21/22).



5.3.2 Vurdering

Kvam herad gjer ikkje eller berre i avgrensa grad overordna risikovurderingar som kan nyttast i internkontrollarbeidet i heradet. Etter det revisjonen kjenner til, blir det t.d. ikkje gjort systematiske risikovurderingar av måloppnåing, regeletterleving, fare for korrupsjon og misleghald, eller tenestekvalitet i heradet. Utan slike risikovurderingar, er det ikkje mogleg for leiinga å systematisk vite kor det er størst fare for manglande måloppnåing, manglande regeletterleving, mangelfull rapportering eller utilfredsstillande kvalitet i tenestene i heradet. Manglande risikovurderingar innan helse og omsorgstenestene er heller ikkje i samsvar med forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene § 6 bokstav d).

Revisjonen registrerer at det innanfor nokre område (t.d. budsjett, HMT og innanfor utvalde tenestekområde) blir gjort risikovurderingar.

Revisjonen merkar seg elles at heradet planlegg å ta i bruk risikomodule i Compilo i 2019 eller 2020, og at heradet då også planlegg å gjere risikovurderingar i eit større omfang enn på revisjonstidspunktet.

5.4 Oppfølging og handtering av risikovurderingar

5.4.1 Datagrunnlag

Heradet har ikkje noko system for å følgje opp resultata av gjennomførte risikovurderingar. I den grad einingane i det heile gjennomfører risikovurderingar og følgjer opp desse, blir dette gjort ulikt frå

⁴⁰ Døme på dette i vedlegg 3.

⁴¹ Døme på dette i vedlegg 3.

tenestoområde til tenestoområde. Det blir opplyst at barnevernet til dømes plukka ut nokre område der det var størst risiko for at dei ikkje overheldt fristane, og nytta Lean-metodikk for å finne ut korleis dei kunne løyse dette.

Som nemnt i 3.3 vil heradet ta i bruk modulen for risikovurderingar i Compilo mot slutten av 2019 eller i 2020. Rådmann har sett at denne modulen fungerer som eit verktøy for å prioritere kva oppgåver som bør kome først og sist. Ho trur dette kunne vore nyttig for å sjå om heradet brukar ressursane der det er mest bruk for det.

5.4.2 Vurdering

Som det går fram i førre avsnitt (5.3), gjer Kvam herad ikkje eller berre i avgrensa grad risikovurderingar som kan nyttast i internkontrollarbeidet. Heradet kan difor heller ikkje følgje opp risikovurderingar på ein systematisk måte, og det er slik risiko for at vesentlege risikoar i heradet ikkje i tilstrekkeleg grad eller ikkje i det heile blir følgt opp.

Revisjonen er som nemnd kjend med at heradet planlegg å ta i bruk risikomodulen i Compilo i 2019 eller 2020, og då gjere risikovurderingar i eit større omfang enn på revisjonstidspunktet, noko som òg gjer at heradet då kan følgje opp desse på ein systematisk måte.

5.5 Kjennskap til risikoområde i leiinga

5.5.1 Datagrunnlag

Kvam herad har ikkje etablert eit system for å sikre at leiinga i heradet er orientert om risikoområda innanfor dei ulike tenestoområda. Leiinga blir, gjennom risikovurderingane knytt til budsjettprosessen, gjort kjend med risikoane for at budsjettramma ryk. Leiinga er òg kjend med risikoane som har blitt peika på i overordna ROS knytt til beredskap, men leiinga er berre delvis kjend med risikoane innanfor dei ulike tenestoområda.

5.5.2 Vurdering

Kvam herad manglar system for å sikre at leiinga i heradet er orientert om risikoområda innanfor dei ulike tenestoområda. Det blir heller ikkje gjennomført ein overordna/samla risikovurdering for heradet. Leiinga blir informert om ein del risikoområde i dei ulike tenestoområda gjennom dei vekentlege leiarmøta (sjå seksjon 4.9), men då heradet ikkje systematisk gjennomfører og dokumenterer risikovurderingar (sjå seksjon 5.3), vil ein ikkje sikre tilstrekkeleg oversikt og oppfølging av risikoar.

Revisjonen er vidare merksam på at meldte avvik blir drøfta på overordna nivå i dei nemnde leiarmøta (sjå avsnitt 6.6), men heller ikkje dette erstattar behovet leiinga har for å systematisk vere orientert om risikoområda innanfor dei ulike tenestoområda for å sikre god internkontroll i heradet.

6. Etablering av kontrollaktivitetar

6.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

I kva grad har heradet etablert kontrollaktivitetar som skal sikre at sentrale arbeidsprosessar følgjer heradet sine krav og retningslinjer?

Under dette:

- a) I kva grad er det etablert skriftlege rutinar og retningslinjer for sentrale arbeidsprosessar?
- b) I kva grad er det eit system for dokumentstyring som sikrar at rutinar blir oppdaterte og gjort tilgjengeleg for dei tilsette på ein føremålstenleg måte?
- c) I kva grad er det etablert kontrollar for å sikre etterleving av sentrale rutinar og retningslinjer, og er eventuelle kontrollar basert på systematiske risikovurderingar?
- d) I kva grad har heradet etablert eit tenleg avviksmeldesystem?

6.2 Revisjonskriterium

Kontrollaktivitetar er dei retningslinjer, aktivitetar og rutinar som blir sett i verk i den daglege drifta for å sikre at organisasjonen når måla sine. Eit prinsipp som blir lagt til grunn er at leiinga skal etablere rutinar og retningslinjer som inngår som ein del av den daglege drifta i organisasjonen. Slike rutinar skal gjere det klart kva som er forventet av einingane, og skal gjere det tydeleg kven som har ansvar for å gjennomføre rutinen. COSO åttarar mot at uskrivne rutinar kan vere lette å omgå og kostnadskrevjande for organisasjonen å vedlikehalde dersom det er utskifting av personell. Vidare tilrår COSO at leiinga ved jamne mellomrom gjennomgår og oppdaterer prosedyrar og kontrollaktivitetar.

Også forskrift om leiling og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta stiller i § 8 krav om evaluering av verksemdas aktivitetar. I rettleiaren til forskrifta går det mellom anna fram at:

Øverste leder har ansvaret for at virksomheten kontrollerer at oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres som planlagt. Plikten innebærer en selvstendig aktivitet fra den ansvarlige ved for eksempel å etterspørre status, følge med på målinger og resultater og sikre at frister for arbeidet overholdes (s. 37).

Vidare i rettleiaren går det fram at:

Det er øverste leders ansvar å sikre at vedtatte rutiner og ulike tiltak i virksomheten systematisk følges opp, og at virksomheten evaluerer om de fungerer hensiktsmessig og som forutsatt. Det må vurderes om eksisterende ordninger og praksis er tilfredsstillende. Det skal vurderes om vedtatte rutiner er i tråd med gjeldende regelverk og krav til forsvarlighet, samt om de er kjent, forstått og blir fulgt i praksis (s. 42).

I rettleiinga til rådmennene om internkontroll tilrår KS at internkontrollen inngår som ein integrert del av leiling og styring i heradet. Dette medfører at rådmannen og leiargruppa til rådmannen skal involverast i internkontrollen, og då i særleg grad den sektorovergripande internkontrollen. KS tilrår at rådmannsnivået innhentar rapportering og følgjer opp mellom anna verksemda sitt arbeid med risikokartlegging og – vurdering, og følgjer opp gjennomførte kontrollar og evalueringar.

Systematisk avviksrapporting er ein måte å sikre at organisasjonen oppdagar brot på rutinar og svakheiter i rutinar. Ein kan leggje til rette for avviksrapporting elektronisk eller manuelt. Det sentrale er at rutinane for avviksrapporting er enkelt tilgjengeleg, kjende for dei tilsette (eller andre som skal melde avvik), at det er ein god kultur (kontrollmiljø) for å melde avvik, og at det er gode rutinar for oppfølging av meldte avvik. Resultatet frå ferdigbehandla avvik kan gjerne vere at organisasjonen gjer ei grundigare risikovurdering for å analysere årsaker til avvik, og kva tiltak som kan tenkjast å førebygge framtidige avvik.

Også i forskrift om leiling og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene blir viktigheita av oversikt og oppfølging av avvik presisert (§ 6 bokstav g) og § 8 bokstav e)).

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

6.3 Skriftlege rutinar og retningslinjer for sentrale arbeidsprosessar

6.3.1 Datagrunnlag

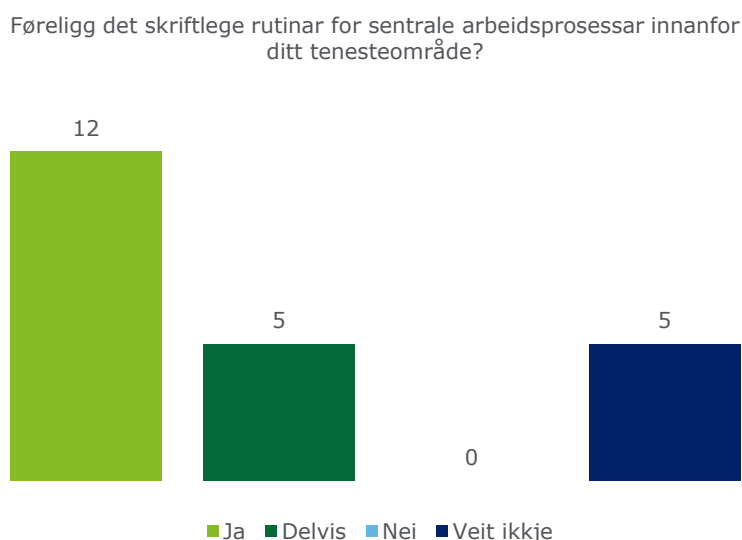
Det varierer mellom einingane i kva grad dei har utvikla rutinar og retningslinjer for sentrale arbeidsprosessar. Som nemnd i seksjon 3.3 har arbeidet med å ta i bruk Compilo for fleire einingar innebore å etablere rutinar for arbeidsprosessar som ikkje er skriftleggjorte i dag.

Det blir opplyst at rutinar, skjema og malar i dag er spreidd rundt i filstruktur og i ulike fagsystem. Eit av måla til heradet er at alle rutinar skal vere tilgjengeleg i Compilo, anten ved at sjølve dokumentet ligg der, eller med lenkje til andre fagsystem. Compilo skal såleis erstatte det meste som i dag ligg i filstruktur. Rutinane og prosedyrane for tenestene som blir utført innan eining for helse og omsorg har til dømes lege spreidd på ulike kvalitets- og fagsystem, noko som har gjort det vanskeleg å finne fram til dei. Det blir difor opplevd som positivt å samle alle rutinar og prosedyrar i Compilo.⁴²

Det blir opplyst at planavdelinga ved plan- og byggesakseininga har god kontroll på rutinane sine, men at desse har lege i ein filstruktur som har kravd mykje forkunnskapar for å forstå. På byggesaksavdelinga har det vore få rutinar. Dei sentrale arbeidsprosessane i denne avdelinga har vore godt kjende blant medarbeidarane, men ikkje formaliserte. Plan- og byggesakssjef opplyser at ein katalogstruktur er kome på plass i dokumentasjonsmodulen i Compilo, og at hennar eining har eit mål om å leggje inn ein rutine i veka i det nye systemet. Eininga utarbeider også rutinar som formaliserer kontaktpunkta med dei andre einingane.

I spørjeundersøkinga svarar 12 av 22 leiarar innanfor helse og omsorg at det føreligg skriftlege rutinar for sentrale arbeidsprosessar innanfor deira tenesteområde, medan fem svarar at slike skriftlege rutinar *delvis* føreligg, og fem svarar *veit ikkje* (sjå figur 15).

Figur 15: Skriftlege rutinar for sentrale arbeidsprosessar (N=22).



Dei som svara *ja* eller *delvis* på spørsmålet over, fekk spørsmål om skriftlege rutinar for sentrale arbeidsprosessar innanfor deira tenesteområde er blitt gjort tilgjengelege. Til dette svarar 12 av 17 leiarar ja, fire *delvis* og ein leiar *nei*. Fleire leiarar peikar på at rutinar ligg tilgjengeleg i kvalitetssystemet Compilo, eller at ein er i ferd med å leggje over rutinar i Compilo. I tillegg blir det peika på at ulike rutinar, mellom anna sjekklister, ligg på ein fast plass, eller heng som oppslag på vaktrommet. Ein del rutinar blir også opplyst å vere tilgjengeleg for dei tilsette på intranettet eller på ei mappe i lokale filstruktur.

⁴² På grunn av tidspress reviderer ikkje eininga rutinar og prosedyrar før dei blir lagt inn i Compilo, men legg over alt som kan vere relevant. Framover vil einingsleiar revidere rutinane og prosedyrane som er lagt inn i Compilo parallelt med ein gjennomgang av den nye forskrifta om leiging og kvalitetsforbetring i helse og omsorgstenesta. Dette for å sikre at rutinane i eininga er i tråd med det nye regelverket.

6.3.2 Vurdering

Undersøkinga avdekkar at det varierer i kva grad det føreligg skriftlege rutinar og retningslinjer for sentrale arbeidsprosessar i dei ulike einingane i Kvam herad; svara frå spørjeundersøkinga tyder at det innanfor helse- og omsorgstenestene føreligg skriftlege rutinar for sentrale arbeidsprosessar i litt over halvparten av undereiningane og avdelingane, men at fleire manglar skriftlege rutinar for sentrale arbeidsprosessar, og fleire ikkje veit om det finst i eiga eining eller avdeling. Vidare viser funna frå undersøkinga at det i andre einingar manglar til dels mykje skriftlege rutinar og retningslinjer for sentrale arbeidsprosessar.

Det er revisjonen si overordna vurdering at Kvam herad ikkje i tilstrekkeleg grad har etablert skriftlege retningslinjer og rutinar for sentrale arbeidsprosessar. Revisjonen vil understreke at skriftleggjing av rutinar skal medverke til at praksis er i tråd med føringar og avgjersler og at lovpålagte krav blir overheldt. Oppgåver i verksemda det er knytt risiko til krev meir styring i form av skrivne prosedyrar og rutinar enn andre mindre risikofylte oppgåver. Einingane må difor gjerne ei risikovurdering med omsyn til kor det er mest naudsynt å etablere skriftlege rutinar. I dette arbeidet må ein også ta spesielt omsyn til at nyttilsette og vikarar får tilstrekkelig informasjon. Undersøkinga viser at det også har vore ei utfordring at dokumentasjonen ikkje har vore tilstrekkeleg tilgjengeleg for mearbeidarane.

Revisjonen er merksam på arbeidet som er i gong med å ta i bruk Compilo for fleire einingar, noko som inneber å etablere rutinar for arbeidsprosessar som i dag ikkje er skriftleggjorte og som vil gjere desse rutineane lettare tilgjengeleg.

6.4 System for dokumentstyring

6.4.1 Datagrunnlag

Som nemnd i seksjonane 3.3 og 6.3, er Kvam herad i gang med å ta i bruk dokumentasjonsmodulen i Compilo. Det blir opplyst at arbeidet med å flytte over dokumentasjonen frå eigenutvikla nettsider, og frå filstruktur og andre dokumentasjonsløyningar er godt i gang, men ikkje forventa ferdig før sommaren 2019.

Ein av dei intervjuja einingsleiarane fortel at nokre av tenesteområda i hennar eining har eigne kontroll- og rutinebøker som einingsleiarar ikkje har tilgang til. Einingsleiar må be om å få dei tilsendt dersom ho vil sjå dei. Når rutineane blir lagt inn i Compilo, vil det vere mogleg for alle å sjå rutineane, noko einingsleiar trur vil gje betre oversikt over kva rutinar som finst i dei ulike tenesteområda.

I spørjeundersøkinga svarar 20 av 22 leiarar i helse- og omsorgstenesta *ja* på spørsmål om deira eining nyttar Compilo; dei resterande to leiarane svarar *delvis* på spørsmålet.

6.4.2 Vurdering

Fram til revisjonstidspunktet, er det revisjonen si vurdering at Kvam herad ikkje i tilstrekkeleg grad har system for dokumentstyring som sikrar at rutinar blir oppdaterte og gjort tilgjengelege for dei tilsette på ein føremålstenleg måte. Kvam herad er i gong med å få på plass eit dokumentstyringssystem gjennom bruk av dokumentasjonsmodulen i kvalitetssystemet Compilo. Når dette arbeidet er ferdigstilt, meiner revisjonen at Kvam herad vil ha eit system som legg til rette for at rutinar blir haldne oppdaterte, og kan bli gjort tilgjengeleg for dei tilsette på ein føremålstenleg måte.

6.5 Kontrollar for å sikre etterleving av rutinar og retningslinjer

6.5.1 Datagrunnlag

Rådmann opplyser at det ligg ein del kontrollmekanismar inne i fagsystema ved dei ulike einingane, men at Kvam herad ikkje på eit overordna nivå har etablert kontrollar for å sikre etterlevinga av sentrale rutinar og retningslinjer. Til dømes blir det ikkje kontrollert om leiarane har informert dei tilsette om dei etiske retningslinjene, eller om dei har gjennomført medarbeidersamtalar.

Den overordna drifta blir i hovudsak følgt opp gjennom utarbeiding og oppfølging av budsjett gjennom tertialar og årsmelding. Rådmann tenkjer bruk av kontrollar vil måtte vere svært omfattande for å vege opp for dårlege haldningar eller kultur, og det difor er viktigast å jobbe for å motverke det siste.

Det går fram av tilsendt informasjon at ei av utfordringane i organisasjonen i dag, er å sikre at alle tilsette har fått med seg viktig informasjon. Administrasjonen har prøvd ulike verktøy som «nano-læring» (korte nettbaserte kurs), dilemmatrening, kurs, oppslag og utsending av e-post-informasjon, men heradet har ikkje noko system for å finne ut om dei tilsette faktisk gjennomfører e-læringskurs elles les e-postar som blir sendt ut. Rådmann ser for seg at heradet etter kvart vil ta i bruk funksjonen for leselister i Compilo.

Ved bruk av denne må dei tilsette kvittere for at eit innhald er lese, noko som vil gje leiinga betre oversikt over i kva grad informasjonen er motteke.

Det varierer mellom einingane kva kontrollmekanismar som blir nytta. Skule og barnehage har tatt i bruk systemet «1310» der alle arbeidsoppgåver som er knytt opp mot lovkrav ligg fordelt utover i eit årshjul.⁴³ I «1310» blir oppgåvene for å følgje lovkrava gitt til rektor og styrar, som kan delegere desse vidare. Den som får tildelt oppgåva må kvittere for at den er utført. Til dømes ligg oppretting av FAU som ei oppgåve i august, og rektor må hake av at dette er gjort. Leiar for skule og barnehage har tilgang i «1310» til å følgje med på at arbeidsoppgåvene er utført.⁴⁴

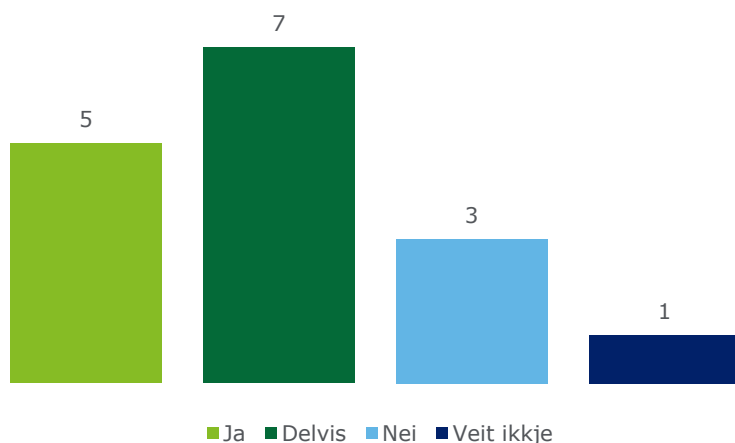
Ein av einingsleiarane synest ikkje at eininga kontrollerer seg sjølv i tilstrekkeleg grad. Vedkomande går av og til går inn i sakssystemet og gjennomfører stikkprøvar, men har ikkje utarbeidd ein systematikk i dette kontrollarbeidet enno.

Ein anna einingsleiar opplyser at det av og til blir gjennomført kontrollar i eininga av om lover og regelverk er følgt, gjerne på bakgrunn av avvik eller klager. Slik kontrollar blir i all hovudsak blir undersøkt munnleg, med unntak av formelle klagesaker som blir skriftleggjort. Vedkomande synest det ville vore bra om Kvam herad hadde eit system for at tilsette kvitterte ut at ting er gjort ettersom det meste av kontrollaktiviteten per i dag blir gjennomført munnleg. Det blir av fleire einingsleiarar understreka at dei er trygge på at den faglege delen av arbeidet er ivarettatt trass mangelen på skriftlege kontrollaktivitetar. Ein av einingsleiarane peikar på at heradet ikkje har kultur for streng kontrollaktivitet, og at mange opplever eit stort handlingsrom i leiarjobben i Kvam herad.

Dei leiarane i helse- og omsorgstenesta som svarte *ja* eller *delvis* på om det føreligg skriftlege rutinar for sentrale arbeidsprosessar innanfor deira tenesteområde, fekk eit oppfølgingsspørsmål om det blir gjennomført tilstrekkelege kontrollar av at deira tilsette følgjer skriftlege rutinar for sentrale arbeidsprosessar. Svara går fram i figur 16.

Figur 16: Kontrollar av at tilsette følgjer skriftlege rutinar for sentrale arbeidsprosessar (N=16).

Blir det gjennomført tilstrekkelege kontrollar av at dine tilsette følgjer skriftlege rutinar for sentrale arbeidsprosessar?



Revisjonen har ikkje informasjon som tyder på at heradet gjennomfører systematiske risikovurderingar (jf. kapittel 5). Heradet kan difor heller ikkje gjere kontrollar basert på systematiske risikovurderingar.

⁴³ 1310 er levert av Moava. Lenkje: <https://www.1310.no/>

⁴⁴ Einingsleiaren ønskjer at 1310 og Compilo skal integrerast. Målet er å først få inn alle overordna rutinar og malar inn i Compilo, og deretter dokument som er utarbeidd ved kvar skule og barnehage. Alt dette skal i neste instans hengje saman med lover og reglar i 1310.

6.5.2 Vurdering

Kvam herad har ikkje etablert eit overordna system for å kontrollere at sentrale rutinar og retningslinjer blir etterlevd. Det varierer elles korleis og i kva grad det på einingsnivå blir kontrollert at dei tilsette etterlever rutinar og retningslinjer, og det er etter det revisjonen kjenner til berre oppveksteininga som har eit system med kontrollfunksjon knytt til regeletterleving på tenestområdet.

Revisjonen merkar seg at heradet på sikt planlegg å ta i bruk leselistefunksjonen i Compilo, noko som vil kunne bidra til auka kontroll med etterleving av retningslinjer og rutinar. Likevel er det revisjonen si overordna vurdering at Kvam herad på revisjonstidspunktet ikkje i tilstrekkeleg grad kontrollerer at sentrale retningslinjer og rutinar blir etterlevd.

Revisjonen vil understreke at verksemder innan helse- og omsorgstenester skal kontrollerer at oppgåver blir gjennomført og at gjennomføringa er eigna til å etterleve lovpålagte krav (jf. forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 8). Det blir i rettleinga frå Helsedirektoratet vist til at

Hyppighet og omfang av kontroll må tilpassas den enkelte virksomhet og tjenestene som ytes. Momenter ved vurderingen vil blant annet være om tjenestene som ytes er særlig risikofylte, om det har blitt innført en ny rutine, nye lovkrav eller lignende.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga gjer ikkje heradet systematiske risikovurderingar, og kan difor heller ikkje gjere kontrollar basert på slike vurderingar. Det er følgeleg risiko for at dei kontrollane som blir gjennomført, ikkje blir gjennomført på dei område der det er høgst risiko.

6.6 Avviksmeldesystem

6.6.1 Datagrunnlag

Heradet tok i bruk avviksmodulen i Compilo i 2017. I samband med at ein tok i bruk Compilo, blei det gjennomført ei opplæring knytt til kva avvik er, kva tid ein skal melde avvik, korleis ein skal melde avvik, og kva som er kvar tilsett sitt ansvar når det kjem til avviksmeldingar.

Erfaringa til rådmann så langt er at avvik blir rapportert. Då avviksmodulen i Compilo blei tatt i bruk såg øvste administrative leing at omfanget av avvik var større enn dei var klar over. Rådmann peikar på at det er viktig å følgje opp kvart enkelt avvik, men at det også er viktig å leite systematisk i avviksrapportane etter systemsvikt for at heradet skal dra nytte av avvikssystemet. Rådmann går regelmessig inn i Compilo og ser på avvik, og avvik er fast tema i møta til leiargruppa til rådmann. Ein av dei intervjua einingsleiarane understrekar at dei ikkje tar opp enkeltsaker når dei ser på avviksstatistikken, men at det blir leita etter mønster som kan tyde på større problem.

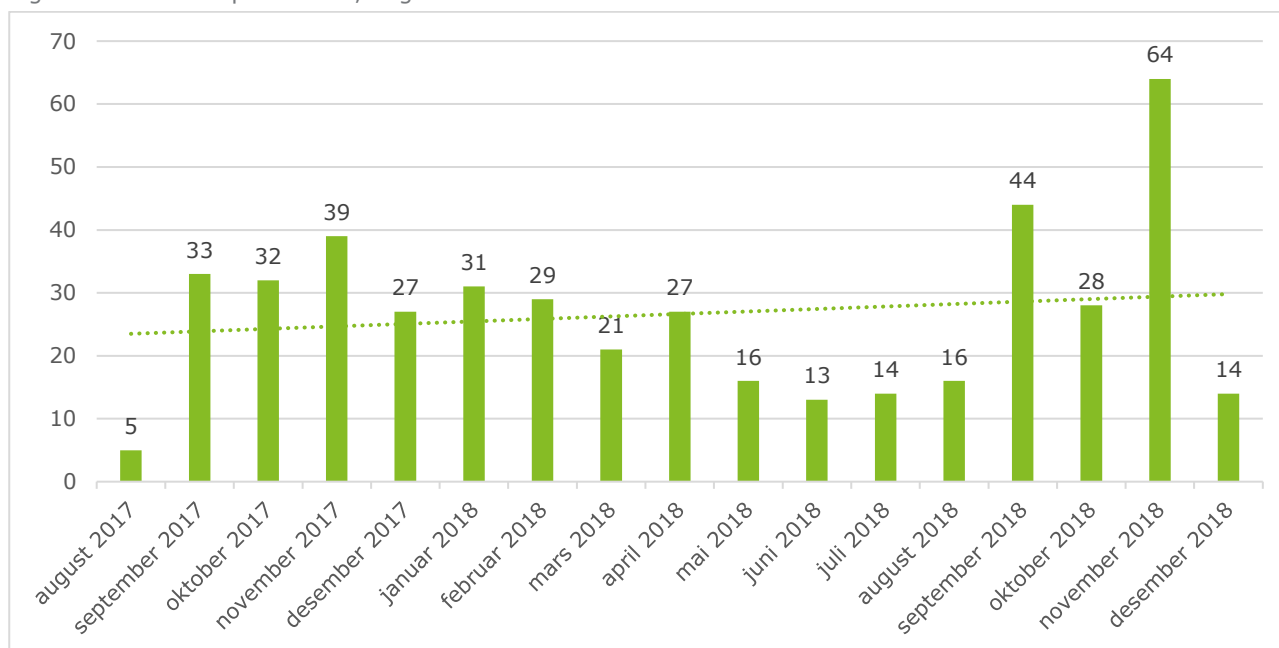
Kommunalsjefane i leiargruppa tar diskusjonane kring avvik med vidare ut i einingane frå leiarmøta til rådmannen, men rådmann kjenner ikkje til kor breitt ut i einingane desse diskusjonane blir kjende. Fleire av einingsleiarane opplyser at avvik er fast tema i leiarmøta i einingane også.

Oppveksteininga er den eininga der det blir meldt flest avvik. Oppvekstsjef meiner at avviksmodulen i Compilo medførte ei stor forbetring. Etter at avviksmodulen i Compilo blei tatt i bruk, og ein byrja å sjå på avviksstatistikkar ein gong i månaden, blei det tydeleg at mange av avvika gjaldt utagerande elevar ved fleire av skulane. Einingsleiar orienterte rådmann om dette, og rådmann, einingsleiar og leiar for barnehage og skule diskuterte korleis dette skulle handterast. På bakgrunn av dette blei det laga eit kompetanseheevande kursopplegg for alle tilsette i barnehage, skule og hjelpetenestene knytt til at «barn er ikkje vanskeleg, barn *har* det vanskeleg».

Det blir opplyst at det er tradisjon for å melde avvik i eining for helse og omsorg. Einingsleiar opplever at denne tradisjonen blei svekka dei siste åra, men at avviksmeldingar har fått fornya fokus med innføring av Compilo.⁴⁵ Einingsleiar ser jamleg over avvik som er meldt ved eininga, og avvik er også tema i leiarmøta i eininga. Det går fram av intervju at det ved andre einingar blir meldt få avvik. Det blir mellom anna opplyst at avvika som er meldt frå plan- og byggesakseininga har vore av triviell karakter, og ikkje avdekka alvorlege avvik knytt til arbeidsprosessane i eininga.

⁴⁵ Det kjem fram i intervju at alle avvik skal meldast i Compilo, men at avvik knytt til medikamenthandtering blir registrert i fagsystemet Geric og meldt som avvik i eige papirbasert system. Det er eit mål at også avvik knytt til medikamenthandtering skal registrerast i Compilo og at papirsystemet skal avviklast.

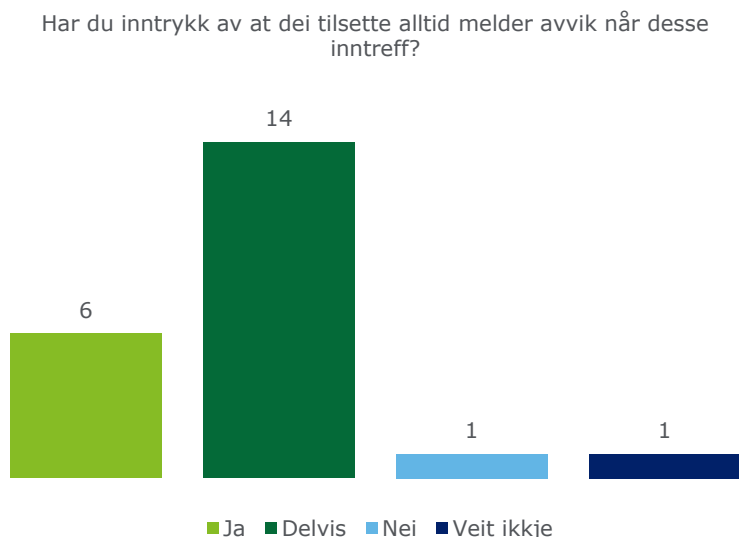
Figur 17: Tal avvik per måned, august 2017 - medio desember 2018⁴⁶



Alle dei 21 leiarane i helse- og omsorgstenesta som svara på spørsmål om eininga deira har eit system for å melde avvik, svarar *ja*. 19 av 21 svarar også *ja* på spørsmål om det er etablert skriftlege rutinar for å melde avvik, medan to svarar *nei* på dette spørsmålet.

På spørsmål om dei har inntrykk av at dei tilsette alltid melder avvik når desse inntreff, svarar seks *ja*, 14 *delvis*, éin *nei*, og siste *veit ikkje* (sjå figur 18).

Figur 18: Inntrykk av om tilsette melder avvik (N=22).



Alle leiarane i helse- og omsorgstenesta blei spurde om kva område det blir meldt flest avvik på. Den hyppigaste nemnde årsaka til avviksmeldingar er vald og trugslar. Vidare blir det nemnt at avvik mellom anna blir meldt i tilknytning til medikamenthandtering, HMT og ulike telefon/IT-løysingar som ikkje verkar.

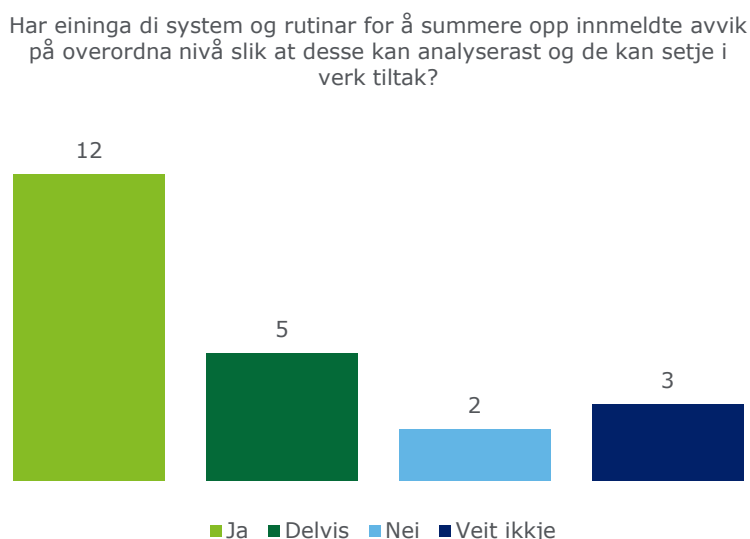
På spørsmål om alle avvik blir følgt opp og handtert innan rimeleg tid, svarar 16 av 22 leiarar innanfor helse og omsorg *ja*. Fire svarar at avvika *delvis* blir følgt opp og handtert innan rimeleg tid, medan to leiarar svarar *veit ikkje*. Frå spørjeundersøkinga går det vidare fram at 17 av 22 leiarar innanfor helse og

⁴⁶ Det var ikkje registrert avvik i avvikssystemet i Compilo før august 2017.

omsorg svarar at dei trur dei tilsette opplever det som trygt å melde frå om forhold som inneber risiko i heradet. Fire svarar at dei *delvis* trur det blir opplevd som trygt, medan éin leiar svarar *veit ikkje*.

Det varierer om leiarane i helse- og omsorgstenesta meiner at eininga deira har system og rutinar for å summere opp innmeldte avvik på overordna nivå slik at desse kan analyserast og dei kan setje i verk tiltak. 12 av 22 leiarar svarar *ja* til dette, medan fire svarar *delvis* og to leiarar svarar *nei* (sjå figur 19).

Figur 19: Innmeldte avvik på overordna nivå (N=22).



6.6.2 Vurdering

Kvam herad har gjennom innføringa av avviksmodulen i kvalitetssystemet Compilo etablert eit avviksmeldesystem. Undersøkinga viser ein svak auke i innmeldte avvik frå systemet blei innført og til revisjonstidspunktet.

Både avviksmeldingar og det å melde avvik er tema i leiargruppa i heradet samt i fleire av einingsleiarmøta. Revisjonen meiner det er positivt at heradet er opptatt av å systematiserer og analyserer avvika slik at ein kan få meir informasjon om årsaker og moglege tiltak. Å analysere kva som er årsaka til avvika vil fremje læring og gjere det mogleg å innføre gode tiltak for å førebygge liknande hendingar.

Det kjem elles fram i undersøkinga at det er noko forskjell mellom einingane i heradet med omsyn til avvikskultur, og at ikkje alle einingane har etablert skriftlege rutinar for å melde avvik. Svara i spørjeundersøkinga hos gruppe- og avdelingsleiarane innanfor helse- og omsorgstenesta tyder også på at ikkje alle avvik alltid blir meldt, at ikkje alle meldte avvik alltid blir handtert innan rimeleg tid, og at ikkje alle einingane innanfor tenesteområdet har system og rutine for å summere opp innmeldte avvik slik at desse kan analyserast og tiltak kan setjast i verk. Revisjonen vil understreke at ein god kultur for at medarbeidarar melder frå om avvik, og at desse avvika blir følgt opp, er ein viktig føresetnad for å oppnå forbetring. Kartlegging, oppfølging og korrigerings av avvik er også krav i forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta.

Det er difor revisjonen si vurdering at Kvam herad har etablert eit tenleg avviksmeldesystem, men at heradet sitt arbeid med å utvikle ein kultur for å melde avvik, og å følgje opp avvika, ikkje er fullt ut tilfredsstillande.

7. Oppfølging av internkontrollen

7.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgjande hovudproblemstilling med underproblemstillingar:

Er det etablert rutinar for oppfølging av at internkontrollen fungerer slik den var tenkt innanfor heradet sine einingar/tenestekområde?

Under dette:

- a) I kva grad blir internkontrollen jamleg evaluert?
- b) I kva grad er det etablert system og rutinar for å hente inn erfaringar med og innspel til forbetring av tenestene frå tilsette?

7.2 Revisjonskriterium

COSO-rammeverket legg til grunn at for å sikre gjennomføring av handlingar eller endringar som er naudsynte for å oppnå ein god internkontroll, er leiinga si oppfølging viktig. Dette krev at leiinga må ha tilstrekkeleg innsikt til å vurdere kva element i internkontrollen som fungerer bra og kva element som bør forbetrast.

Leiinga kan til dømes følgje opp internkontrollen gjennom regelmessige gjennomgangar i møte (leiinga si gjennomgang), inspeksjonsrundar/stikkprøver, og/eller systemrevisjonar.

For at oppfølginga skal fungere så føremålstenleg som mogleg, bør underliggjande einingar rapportere vidare kritiske risikoar til rådmannsnivået, og rådmannen bør sørge for at internkontroll går inn som ein del av den ordinære rapporteringa og styringsdialogen i heradet. KS tilrår også å synleggjere resultat, effektar og endringar som følgje av internkontrollarbeidet i årsrapporten frå heradet.

Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 8 seier at verksemda er forplikta å evaluere ei rekkje moment i internkontrollen. Bokstav f) i paragrafen seier at dette mellom anna inneber å:

minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten

Bokstav d) i same paragraf pålegg verksemda å «vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer», medan § 7 bokstav d) i same forskrift seier at gjennomføringsplikten til verksemda inkluderer å «sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes».

Sjå vedlegg 2 for utfyllande revisjonskriterium.

7.3 Evaluering av internkontrollen

7.3.1 Datagrunnlag

Rådmann opplyser at evaluering av internkontrollen må vente til rutinane er blitt tatt meir i bruk, ettersom heradet no er i ein fase med systematisering av eksisterande rutinar og etablering av nye rutinar knytt til internkontroll.⁴⁷

Ein av dei intervjuja einingsleiarane har førebels ikkje laga planar for å evaluere dei rutinane som dei er i ferd med å leggje over i Compilo, medan ein anna einingsleiar ser for seg å revidere rutinane og prosedyrane som hausten 2018 er lagt inn i Compilo parallelt med ein gjennomgang av ei ny forskrift som regulerer eininga sitt arbeid. Dette arbeidet vil bli gjort for å sikre at rutinane i eininga er i samsvar med det nye regelverket.

Ein einingsleiar peikar i intervju på at det vil vere gode moglegheiter for å evaluere internkontrollsystemet til heradet i årshjulsmodulen i Compilo. Det blir opplyst at rådmann er i ferd med å leggje inn overordna

⁴⁷ Rådmannen fortel òg at heradet vil bruke framtidige evalueringar til å mellom anna undersøke om nokre av rutinane skal ut av Compilo.

mål for tenesteområda i denne årshjulsmodulen, og at det i dette systemet også vil bli lagt inn evalueringar knytt til målinnføring.

Ein anna einingsleiar peiker på at det også er mogleg å evaluere arbeidet med internkontroll gjennom budsjettprosessen. Vedkomande ser for seg at ein kunne hatt med mål knytt til internkontrollsystemet i si eining i budsjett- og økonomiplan. Erfaringa til einingsleiar er at eininga reflekterer over arbeidet som er gjort, og kva arbeid som må gjerast, når dei skal svare ut måla sine i årsmeldinga.

7.3.2 Vurdering

I undersøkinga kjem det fram at ein rutine for å evaluere internkontrollsystemet vil kome på plass når det overordna internkontrollsystemet er etablert og tatt i bruk. Revisjonen merkar seg at Compilo har funksjonar som kan bidra til å jamleg evaluere internkontrollen, men etter det revisjonen har fått opplyst, er ikkje den aktuelle funksjonen tatt i bruk. Det er difor revisjonen si vurdering at Kvam herad ikkje evaluerer internkontrollen sin jamleg.

7.4 Erfaringar med og innspel til forbetring frå tilsette

7.4.1 Datagrunnlag

Frå tilsendt dokumentasjon og i intervju går det fram at Kvam herad annakvart år skal gjennomføre medarbeidarundersøkinga «10-faktor». Dette er ei medarbeidarundersøkingstilpassa kommunesektoren, levert av KS. Føremålet med gjennomføringa av «10-faktor» i Kvam herad er å støtte opp om ein arbeidsgjevarpolitikk som set gode leiarar og medarbeidarar i sentrum, og som ser dei menneskelege ressursane som grunnlaget for utvikling av gode tenester til innbyggjarane.

I samband med verifiseringa av rapporten, blir det vidare opplyst at Kvam herad nyttar brukarundersøkingane frå bedrekommune.no, også dette ei løysing levert av KS. Det er laga ein plan for frekvens på gjennomføring, men alle undersøkingane er ikkje teke i bruk ennå. Oppveksteininga nyttar staten sine brukarundersøkingar.

Kvam herad nyttar i tillegg Lean-metodikk i arbeidet med kontinuerleg kvalitetsforbetring. Det blir opplyst at heile organisasjonen skal involverast for å drive Kvam herad etter Lean-prinsipp. Grunntanken er at kvar einskild medarbeidar er ein viktig aktør for å drive utvikling og forbetring ettersom den som utfører tenesta ofte vil ha dei beste forslaga til løysing og/eller forbetring.

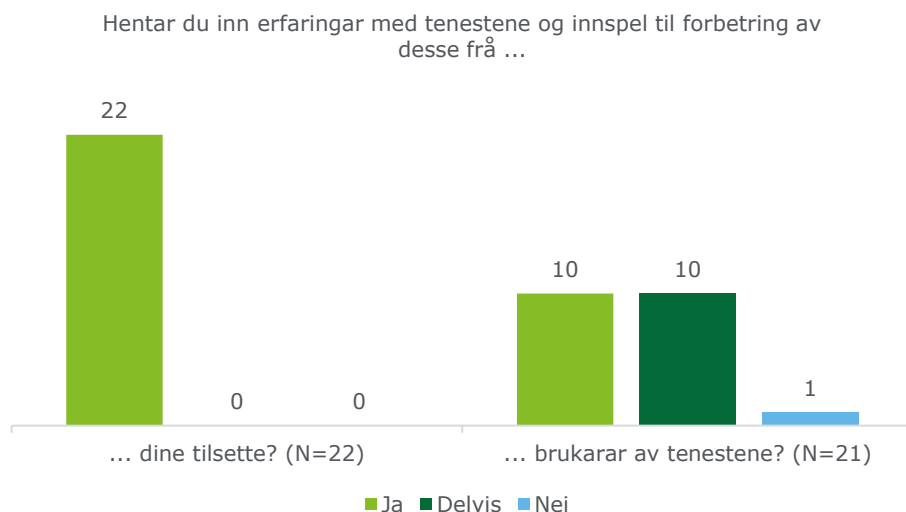
Som støtte til leiarane i Lean-prosjekt/-prosessar har Kvam herad, i samarbeid med KS, kursa fleire tilsette som rådgjevarar innan Lean-metodikk. Det er også etablert eit Lean-koordinatorteam. Desse koordinerer rådgjevarane sitt arbeid i ulike Lean-prosjekt og organiserer mellom anna opplæring og informasjonsarbeid innan Lean.

Dei ulike einingane har også eigne måtar å innhente erfaringar med og innspel til forbetring av tenestene frå tilsette. Ved ei eining er dette tema på tavlemøte ein gong i veka, der det er opp til dei tilsette kva tema som blir tatt opp. Avdelingsmøta i denne eininga blir også nytta til å drøfte erfaringar og innspel til forbetring.⁴⁸

I spørjeundersøkinga svarar alle 22 leiarar i helse- og omsorgstenesta at dei hentar inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av desse frå sine tilsette. Når det gjeld å hente inn erfaring og innspel frå brukarane av tenestene, er det ti leiarar som svarar at dette blir gjort, medan ti svarar *delvis* og ein svarar *nei* (sjå figur 20).

⁴⁸ Ei anna eining har nytta brukarundersøkingar ved eit par av tenesteområda sine, og drøfta resultata på leiarmøta i eininga. Einingssleiar har opplevd dette som nyttig for å sikre betre tenester.

Figur 20: Erfaringar med og innspel til forbetring av tenestene (N=22/21).



7.4.2 Vurdering

Innhenting av innspel frå dei tilsette og brukarane til forbetring av tenestene er ein viktig del av å etablere god internkontroll, og er også eit særskilt krav innan helse og omsorgstenestene (jf. forskrift om leiging og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 7 bokstav d) og § 8 bokstav d). Innhenting av innspel er også ein del av forbetningsarbeidet.

Kvam herad har ved å jamleg gjennomføre medarbeidarundersøkingar og gjennom å nytte Lean-metodikk gjennomgåande i sitt kvalitetsforbetningsarbeid, etablert ei tilnærming for å systematisk hente inn erfaring med og innspel til forbetring av teneste frå dei tilsette. Basert på det som kjem fram i undersøkinga, er det revisjonen si vurdering at fleire av einingane i heradet har system og rutinar for å hente inn erfaring med og innspel til forbetring av tenestene frå dei tilsette. Det kjem vidare fram i undersøkinga at heradet jamleg skal gjennomføre brukarundersøkingar.

Revisjonen registrerer at alle leiarane i helse- og omsorgstenesta svara *ja* på spørsmål om dei hentar inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av desse frå sine tilsette, men at berre ti svara *ja* på spørsmålet om dei hentar inn erfaringar med tenestene og innspel til forbetring av desse frå brukarane av tenestene.

Revisjonen vil òg vise til at det ikkje har blitt gjennomført årlege medarbeidarsamtalar (sjå avsnitt 4.12). Slike samtalar kan vere ein viktig aktivitet for å få innspel frå medarbeidarane om arbeidstilhøve og om tenestene.

8. Konklusjon og tilrådingar

I denne forvaltningsrevisjonen har Deloitte undersøkt i kva grad Kvam herad har etablert eit overordna system for internkontroll som femner om alle tenestene i heradet, og som sikrar tilfredsstillande kontroll av forvaltninga. Vidare har revisjonen undersøkt korleis internkontrollsystemet blir tatt i bruk i tenestene, med særskilt fokus på helse- og omsorgstenesta.

Undersøkinga viser at Kvam herad på revisjonstidspunktet ikkje har eit overordna og fullstending system for internkontroll. Dette medfører risiko for at det er ulik praksis mellom einingane i heradet med omsyn til korleis leiinga sørger for mål, føringar og regelverk blir følgt opp, og korleis dette blir dokumentert. Heradet er i ferd med å etablere eit felles system for internkontroll, og dette arbeidet er godt i gang. Etter planen skal dette vere på plass innan utgangen av 2019.

Undersøkinga avdekkjer elles at heradet heilt eller delvis manglar fleire sentrale internkontrollsystemkomponentar, og berre i nokon grad utfører viktige internkontrollaktivitetar. Heradet er merksame på svakheitene i internkontrollen, og det er pågåande prosesser for å utbetre fleire av desse. T.d. er heradet i ferd med å utarbeide eit overordna dokument som skal gje leiarar og tilsette oversikt over korleis internkontrollen skal utførast i organisasjonen. Det pågåande arbeidet med å ta i bruk det nye kvalitetssystemet inneber også at det blir utarbeidd rutinar for arbeidsprosessar som i dag ikkje er skriftleggjorte, og at desse kan bli gjort tilgjengelege på ein tenleg måte. Vidare er heradet i gong med å få på plass eit dokumentstyringssystem, noko som vil bidra til å leggje til rette for at rutinar blir haldne oppdaterte. Dette er ikkje tilfelle på revisjonstidspunktet. Heradet planlegg elles å ta i bruk leselistefunksjonen i det nye kvalitetssystemet. Dette vil kunne bidra til auka kontroll med etterleving av retningslinjer og rutinar, noko heradet heller ikkje i tilstrekkeleg grad har på revisjonstidspunktet.

Kvam herad har etiske retningslinjer, og er i prosess med å etablere ein rutine som sikrar at dei desse årleg blir drøfta med dei tilsette. På revisjonstidspunktet var ikkje denne rutinen på plass, og det er risiko for at ikkje alle einingar og tilsette har tilstrekkeleg kunnskap om dei etiske retningslinjene. Elles dekkjer dei etiske retningslinjene berre indirekte temaa korrupsjon og misleghald, og det er ein viss risiko for manglande kjennskap om tematikken i heradet.

Heradet har vidare etablerte rutinar for varsling og oppfølging av varsel, men desse ikkje i tilstrekkeleg grad gjort kjende blant dei tilsette, noko som reduserer sannsynet for at varslingsinstituttet blir nytta, og dimed aukar risikoen for at kritikkverdige forhold ikkje blir varsla. Elles er det etablert eit tenleg avviksmeldesystem i heradet, men kulturen for å melde og følgje opp avvik er ikkje fullt ut tilfredsstillande.

Med omsyn til informasjonsflyt og rapporteringslinjer, har ikkje heradet tilstrekkelege system som sikrar at informasjon frå øvste leiing alltid når fram til mellomleiarnivået og vidare ut i organisasjonen, eller at rapporteringa oppover i organisasjonen alltid gir ein tilstrekkeleg god oversikt og kontroll på heradet si verksemd. Heradet planlegg å ta i bruk årshjulmodulen i det nye kvalitetssystemet, noko som kan forbetre informasjonsflyt og rapportering både med omsyn til formalisering, frekvens, innhald og skriftleggjing.

Kvam herad gjer berre i avgrensa grad overordna risikovurderingar som kan nyttast i internkontrollarbeidet. Dette fører til manglande oversikt over aktuelle risikoar, og leiinga kan følgjeleg heller ikkje vite på kva område dei bør setje inn tiltak for å redusere risiko. Leiinga blir jamleg informert om risikoområde som dukkar opp, og meldte avvik blir drøfta på overordna nivå, men dette erstattar ikkje behovet leiinga har for å systematisk vere orientert om risikoområda innanfor dei ulike tenestområda for å sikre god internkontroll i heradet.

Basert på funna i undersøkinga, tilrår revisjonen at Kvam herad set i verk følgjande tiltak:

1. Ferdigstille arbeidet med å
 - a. etablere eit felles internkontrollsystemet
 - b. utarbeide det overordna internkontrolldokumentet, og gjere det kjend blant tilsette og leiarar
 - c. ytterlegare konkretisere måla for einingane
 - d. etablere rutine som sikrar at dei etiske retningslinjene årleg blir drøfta av alle tilsette i heradet
 - e. utarbeide skriftlege rutinar for arbeidsprosessar som manglar dette
 - f. ta i bruk dokumentstyringsmodulen i kvalitetssystemet, slik at rutinar blir haldne oppdaterte og blir gjort tilgjengelege på ein føremålstenleg måte

2. Etablere system for å
 - a. gjennomføre risikovurderingar på både overordna og operasjonelt nivå
 - b. kontrollere at rutinar og retningslinjer blir etterlevd
 - c. jamleg gjennomgå og evaluere internkontrollen
 - d. halde oversikt over kompetanse- og bemanningsbehov
3. Vurdere tiltak for å
 - a. sikre at ansvar og myndigheit er tydeleg fordelt, blant anna gjennom at det administrative delegeringsreglementet blir gjort kjend
 - b. auke fokus på å førebyggje korrupsjon og misleghald
 - c. sikre tidsriktig og effektiv kommunikasjon og informasjon
 - d. sikre at rapporteringa gir leiinga god oversikt og kontroll på heile verksemda
 - e. sikre at rutinar for varsling og oppfølging av varsel blir gjort kjende
 - f. vidareutvikle kulturen for å melde og følgje opp avvik

Vedlegg 1: Høyringsuttale



KVAM HERAD

Deloitte AS
Postb. 6013 Postterminalen
5892 BERGEN

Vår ref.
16/396-41/N - 0/ANHE

Dykkar ref.

Dato:
05.02.2019

Høyringsuttale til forvaltningsrevisjon av internkontroll

Rådmannen vil starta med å takka for ein oversiktleg og nyttig revisjonsrapport. Det har vore krevjande å halda på med å svara ut revisjonen samstundes med at me har stått midt oppi fleire store prosessar innanfor tema. God dialog og samarbeid med Deloitte har gjort arbeidet med forvaltningsrevisjonen enklare.

Kvam herad styrer etter ei rekkje mål som omhandlar kva me vil oppnå. Det har vore eit omfattande arbeid med å innføra eit felles system for mål, og ei samkøying mellom overordna kommuneplan, del- og temaplanar og handlingsplan/budsjett, samt tilbakemelding på måloppnåing i årsmelding. Internkontrollen tek for seg støttesystem for korleis me skal nå måla våre, medan risikostyring skal hjelpa oss med å prioritera innsatsen. Her har me framleis noko arbeid igjen i høve krav til internkontroll for ein kommune. Internkontroll har kome i fokus seinare år, og i ny kommunelov er krava til internkontroll presisert meir enn i gjeldande lovverk. Tidspunkt for iverksetting av internkontrolldelen i den nye kommunelova, er ikkje fastsett endå.

Arbeidet med å byggja eit nytt, overordna internkontrollsystem i Kvam herad starta i 2015. Det har ikkje vore ut frå at det har dukka opp saker eller at årsmelding eller andre rapportar har vist at mål ikkje har vorte nådd, drifta ikkje har vore effektiv eller at lover og reglar ikkje har vorte etterlevde. Tvert om har tilbakemeldingar frå rapportar, tilsyn og revisjonar som regel vist både oppnåing og etterleving, men skriftleg dokumentasjon har vorte etterlyst. Og så lenge eit fullstendig internkontrollsystem ikkje er på plass, kan rådmannen heller ikkje seia med rimeleg tryggleik at alt er ivareteke. Spørjeundersøkingane i forvaltningsrevisjonen viser at dei fleste oppgåver er kjende og at informasjon er formidla, men dei viser òg at det er unntak. Det aukar risiko for avvik, og i verste fall kan det få uynske konsekvensar for brukarar, medarbeidarar, økonomien og omdømet til kommunen. Arbeidet med å få på plass internkontrollsystem har difor vore ei høgt prioritert oppgåva dei siste åra, og vil vera det komande år òg.

Hovudfunn i revisjonsrapporten stemmer overeins med inntrykket til rådmannen, og rådmannen er glad for å sjå at revisjonen si vurdering er at dei prosessar og grep me er i ferd med gjennomføra, er viktige steg i rett retning. Når det gjeld kontrollrutinar, ser rådmannen at me må revurdere omfanget me har lagt opp til. Me har hatt fokus på tillit, haldningsarbeid og meistringsorientering, og tenkt at omfattande kontrollrutinar kan signalisera manglande tillit og oppfattast unødig byråkratisk. Etter gjennomgang av revisjonsrapporten, ser me at me må leggja til rette for meir rapportering og oppfølging av ein del administrative oppgåver for å tilfredsstilla krava til internkontroll. På tilsvarande måte må me nytta meir årlege gjennomgangar på viktige internkontrolltema som etiske retningslinjer og varslingsrutinar, og tilsette må kvittera for at desse er gjennomgått som dokumentasjon, samt sikra

at viktig informasjon har nådd ut til alle tilsette i kommunen, og laga system for oppfølging dersom dette ikkje skjer.

Leiar- og medarbeiderplattform er ikkje meint å vera utfyllande for kva som er viktige oppgåver, men kva som er viktige verdiar og kjenneteikn ved tilsette i kommunen for at me skal kunne nå overordna mål og visjon. Me vurderer at plattformen er god slik den er no, men vil ta med oss innspel om å få betre fram internkontrolltema i organisasjonen, ta med meir om korrupsjon og misleghald ved revisjon av dei etiske retningslinjene, og arbeida vidare med å fremja kultur for å melda avvik.

Utsifting av system, å skaffa nye og utvikla desse, tek lang tid. Særleg når det gjeld omfattande system som det tidlegare eigenutvikla HMS- og kvalitetssystem, utsifting av løns- og økonomisystem, og innkjøp av nye system som blant anna Compilo, Visma, nye nettsider, delegeringsreglement og GDPR. Det har vorte brukt svært mykje ressursar på dette dei siste åra, og me har ikkje prioritert å laga mellombelse løysingar for rapportering av t.d. gjennomføring av medarbeidersamtalar i denne perioden. I denne perioden har òg arbeidet med verksemdstyringssystem vorte lagt vekk. Rådmannen ser behovet for at dette arbeidet vert teke opp att så snart som mogleg, og vurderer å kjøpa inn konsulenthjelp då interne ressursar vert nytta til drift og andre internkontroll-prosjekt.

Dersom me skulle laga eit internkontrollsystem frå grunn av i ein ny kommune, ville me snudd på rekkefølga og starta med risikovurderingar, og deretter utarbeidd rutinar og dokumentasjon. I prosessen med å ta i bruk nytt internkontrolldokument, har me teke utgangspunkt i at det er sannsynleg at me har dokumentasjon på dei mest vesentlege rutinane, og at det har vore betre å prioritera å gjera desse tilgjengelege så snart som mogleg i Compilo. Deretter tek me i bruk risikomodulen, og gjer vurderingar på om det er vesentlege manglar eller utbetringar som må gjerast. Me framskundar arbeidet med å ta i bruk modulen for risikovurderingar, og planen er at opplæring i modulen vil verta gjeve til alle leiarar som del av leiarsamlinga i starten av mars.

Når det gjeld kompetanseutvikling, tilsette Kvam herad ein opplæringskoordinator i 50 % stilling i november. Koordinatoren nytta november/desember til kartlegging av opplæringsbehov, og januar til å gå gjennom behova og laga opplæringsplanar for kvar enkelt eining, saman med einingsleiar. Som ein følge av kartlegginga, har kommunen meldt seg inn i det nettbaserte opplæringssystemet KS Læring, som har ei rekkje e-læringsprogram. Leiarane vil få presentert systemet på leiarsamlinga i mars.

Bemanningsplanlegging varierer svært mykje frå eining til eining. Nokre av einingane er små, og har låg turnover. Dei større einingane som skule/barnehage i Oppvekst og pleie og omsorg i Helse og omsorg, har som opplyst eigne system. Her vert det òg arbeidd vidare med vikarløysingar og høgare stillingsprosent. Framtidig bemanningsbehov kan vera vanskeleg å vurdere, då omfanget av digitalisering av arbeidsprosessar er ukjent endå. Det er likevel klart at fleire oppgåver i framtida må løysast med færre tilsette. Kvam herad er med i det regionale digitaliseringssamarbeidet i regi av Bergen kommune, har medlemskap i Digifin, og leiargruppa deltek for tida på pilotprogrammet "Innovasjonsgalopp" i regi av KS Agenda, alt med mål om å auka bruken av innovative og digitale løysingar.

Oppsummert vurderer rådmannen det slik at dei prosessane me har sett i gang, vil langt på veg innfri krava til internkontrollsystem. I tillegg framskundar me å ta i bruk ROS-modulen i kvalitetssystemet Compilo, og aukar omfanget av kontrollrutinar og oppfølging av desse. Rådmannen vil vurdere å kjøpa inn konsulenthjelp til å ta opp att arbeidet med verksemdstyringssystem for å spissa målarbeidet og betra informasjonsflyten i organisasjonen. Med desse grepa trur rådmannen at me kan vera rimeleg trygg på at organisasjonen når måla, sikrar ei effektiv drift, får påliteleg rapporteringa og ei etterleving av lovar og reglar.

Helsing

Anita Hesthamar

Rådmann

Telefon: 56553035

Brevet er godkjent elektronisk og har derfor inga underskrift.

Side 3 of 3

Vedlegg 2: Revisjonskriterium

Krav til internkontroll

I NOU 2016:4 Ny kommunelov er internkontroll eit eige tema som blir drøfta. Det blir påpeika at:

For enhver virksomhet er det å ha kontroll med at virksomheten drives i tråd med de mål og rammer som gjelder for virksomheten, en sentral del av styringen og av det å drive en virksomhet. Internkontroll vil kunne sikre at det ikke skjer avvik på vesentlige områder. Dette gjelder selvsagt også for kommuner. Slik kontroll med kommunens virksomhet er viktig både for kommunen selv, for innbyggere og mottakere av tjenester, for folkevalgt styring og for allmennhetens tillit til forvaltningen.

Det går fram av kommunelova⁴⁹ § 23 nr. 2 at administrasjonssjefen i heradet «skal sørge for at administrasjonen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll.»

Kommunelova gjev inga nærare skildring av kva som ligg i «betryggende kontroll», men det går fram av Ot.prp. nr. 70 (2002–2003)⁵⁰ at

Selv om administrasjonssjefen etter kommuneloven i dag ikke eksplisitt er pålagt å etablere internkontroll, må det regnes som fast praksis at administrasjonssjefen har ansvar for etablering av internkontroll i administrasjonen. Etableringen av en tilstrekkelig internkontroll må regnes som en nødvendig del av administrasjonssjefens ledelsesansvar.⁵¹

I Ot.prp. nr. 70 (2002–2003) går det vidare fram at internkontroll blir definert i vid forstand som ein prosess, sett i verk og gjennomført av leiarar og tilsette i verksemda med føremål å sikre måloppnåing på følgjande område:

- Målretta og effektiv drift
- Påliteleg ekstern rapportering
- Etterleving av gjeldande lover og regelverk.

I ein rapport frå Kommunal- og regionaldepartementet om internkontroll i kommunane, blir det peika på at kommunane er komplekse verksemder som er regulert av ei rekke lover og forskrifter som både kan vere sektorovergripande, eller som definerer krav til internkontroll innanfor avgrensa område av verksemda. Krava er delvis dei same som er retta mot andre verksemder/arbeidsstader, og delvis er krava spesifikke for kommunar og/eller kommunale oppgåver.

KS deler inn internkontrollen i kommunane i tre verkeområde:

- Sektorovergripande
- Tjenestespesifikk (t.d. barnevern, helse, skule)
- Støtteprosessar (t.d. informasjonstryggleik, HMT)

Av kommunelova § 48 nr. 5, er det også eit krav om at internkontrollen skal omtalast i årsmeldinga til heradet:

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

⁴⁹ Kommunal- og regionaldepartementet: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). LOV-1992-09-25-107.

⁵⁰ Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon).

⁵¹ Kapittel 1.5.4

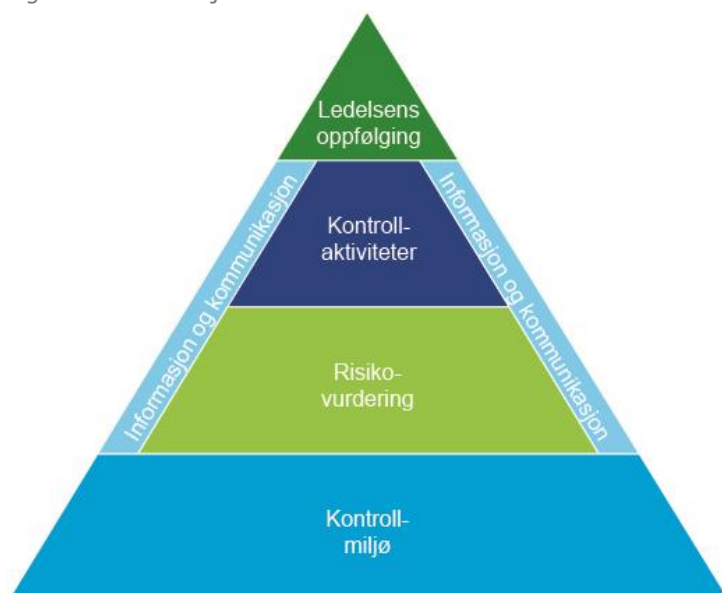
Teori og rammeverk for internkontroll

Det finst fleire rammeverk for korleis ein kan utarbeide eit internkontrollsystem. Eit av dei mest brukte rammeverka for internkontroll er COSO-modellen som definerer internkontroll som ein prosess som gir rimeleg tryggleik for at en organisasjon oppnår sine mål, og som sikrar ei effektiv drift, påliteleg rapportering og etterleving av lovar og regler.⁵² Hovudelementa i COSO-modellen er felles for fleire av dei ulike rammeverka for internkontroll. Dei viktigaste elementa er:

- kontrollmiljø
- risikovurdering
- kontrollaktivitetar
- kommunikasjon og informasjon
- leiinga si oppfølging

Komponentane er gjensidig avhengige av kvarandre, og likeverdige deler av eit internkontrollsystem. COSO-modellen kan illustrerast slik:

Figur 21: Illustrasjon av COSO-modellen.



I COSO sitt rammeverk går det frem at mål på sektorovergripande nivå er ein føresetnad for internkontroll. Leiarar og tilsette i organisasjonen må ha ei forståing for dei overordna strategiane og måla i organisasjonen, og ein del av internkontrollarbeidet er å spesifisere målbare, oppnåelige, relevante og tidfesta mål som organisasjonen skal jobbe etter. Desse overordna måla skal operasjonaliserast til dei underliggende einingane i organisasjonen.

Kontrollmiljø

For å sikre ein god internkontroll er det, ifølgje COSO-modellen, viktig å utvikle eit godt kontrollmiljø. Kontrollmiljøet er dei standardane, prosessane og strukturane som danner basis for organisasjonen sitt internkontrollarbeid. Det er fleire viktige prinsipp for eit godt kontrollmiljø, mellom anna:

- at organisasjonen viser at dei er opptatt av integritet og etiske verdiar
- at leiinga, med utgangspunkt i organisasjonen sine mål, etablerer struktur, rapporteringsvegar og egna fullmakts- og ansvarsforhold.
- at organisasjonen forpliktar seg til å tiltrekke seg, utvikle og behalde kompetanse som samsvarer med organisasjonens mål.

⁵² Sjå norsk omsetning i *Internkontroll – et integrert rammeverk*. Norges interne revisorers forening (1996), Oslo: Norges interne revisorers forening (NIRF).

For å sikre ein god internkontroll er det viktig å utvikle eit godt kontrollmiljø. Kontrollmiljøet er dei standardane, prosessane og strukturane som danner basis for organisasjonen sitt internkontrollarbeid. Det er fleire viktige prinsipp for eit godt kontrollmiljø, mellom anna:

- at organisasjonen viser at dei er opptatt av integritet og etiske verdiar
- at leiinga, med utgangspunkt i organisasjonen sine mål, etablerer strukturar, rapporteringsvegar og eigna fullmakts- og ansvarstilhøve
- at organisasjonen forpliktar seg til å tiltrekke seg, utvikle og behalde kompetanse som samsvarer med organisasjonens mål

Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 6 bokstav a) pålegg verksemda å

ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten

I rettleiaren til forskriften går det fram at:

Det er avgjørende for et godt styringssystem at det ikke er tvil om hvor ansvar, oppgaver og myndighet er plassert i en virksomhet. Ansvars- og oppgavefordeling må forankres tydelig i organisasjonen. Alle må være kjent med hvilke oppgaver de selv har, i tillegg skal de ha tilstrekkelig kunnskap om andres relevante ansvar og oppgaver og hvem som har myndighet til å ta beslutninger.

Bokstav f) i same paragraf pålegg verksemda å «ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring».

Kommunikasjon og informasjon

For å etablere god internkontroll er det i følge COSO-modellen viktig med effektiv og tidsriktig informasjon og kommunikasjon, både horisontalt og vertikalt i organisasjonen. Dette krev føremålstenlege møte- og rapporteringspunkt, og system som sikrar at vesentleg informasjon blir kommunisert til rett nivå.

For at oppfølginga i heradet skal fungere så føremålstenleg som mogleg bør underliggjande einingar rapportere vidare kritiske risikoar til rådmannsnivået, og rådmannen bør sørgje for at internkontroll går inn som en del av den ordinære rapporteringa og styringsdialogen i heradet. KS anbefaler også å synleggjere resultat, effektar og endringar som følgje av internkontrollarbeidet i årsrapporten frå heradet.

Risikovurderingar

Risikovurderingar er eit sentralt element både i rammeverket for internkontroll i COSO, og dei sektor-spesifikke og tenestepesifikke krava til internkontroll.

Gjennom risikovurderingar gjer ein systematisk gjennomgang av tenestene for å finne fram til aktivitetar eller prosessar kor det til dømes er fare for manglande måloppnåing, manglande etterleving av regelverk / rutinar, mangelfull rapportering eller utilfredsstillande kvalitet i tenestene.

I følge KS er risikovurderingar grunnlaget for innretning av internkontrollen, og både det operative og strategiske nivået i heradet bør vere involvert i risikovurderingane. Dette er også i samsvar med tilrådingar frå COSO. Risikovurderingar skal skje på både detaljert plan og på overordna plan. KS påpeiker at eit ansvar på rådmannsnivået er å «aggregere risiko», det vil seie å ha eit system for å sjå resultata frå enkeltvise risikoanalyser i samanheng. KS framhevar at:

Relevant informasjon skal aggregeres og rapporteres videre til andre ledernivåer. Dette vil sikre oppmerksomhet om det som er viktigst, samtidig som vesentlige forhold fanges opp, vurderes og dokumenteres. (s. 23)⁵³

I forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene blir det vist til at verksemda skal ha oversikt over områder i der det er risiko for svikt eller mangel på etterleving av krav frå myndigheita og områder der det er behov for vesentleg forbetring av kvaliteten på tenestene og pasient- og brukar-tryggleiken. Det blir vidare vist til at verksemda må planlegge korleis risiko kan minimaliserast og særleg legge vekt på risikofaktorar forbundet med samhandling internt og eksternt.

⁵³ Kommunesektorens organisasjon (2012/13). *Rådmannens internkontroll. Hvordan få orden i eget hus?*

Kontrollaktiviteter

Kontrollaktiviteter er dei retningslinjer, aktiviteter og rutinar som blir sett i verk i den daglege drifta for å sikre at organisasjonen når måla sine. Eit prinsipp som blir lagt til grunn er at leiinga skal etablere rutinar og retningslinjer som inngår som ein del av den daglege drifta i organisasjonen. Slike rutinar skal gjere det klart kva som er forventet av einingane, og skal gjere det tydeleg kven som har ansvar for å gjennomføre rutinen. COSO åttarar mot at uskrivne rutinar kan vere lette å omgå og kostnadskrevjande for organisasjonen å vedlikehalde dersom det er utskifting av personell. Vidare tilrår COSO at leiinga ved jamne mellomrom gjennomgår og oppdaterer prosedyrar og kontrollaktivitetar.

Også forskrift om leiling og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta stiller i § 8 krav om evaluering av verksemdas aktiviteter. I rettleiaren til forskrifta går det mellom anna fram at:

Øverste leder har ansvaret for at virksomheten kontrollerer at oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres som planlagt. Plikten innebærer en selvstendig aktivitet fra den ansvarlige ved for eksempel å etterspørre status, følge med på målinger og resultater og sikre at frister for arbeidet overholdes (s. 37).

Vidare i rettleiaren går det fram at:

Det er øverste leders ansvar å sikre at vedtatte rutiner og ulike tiltak i virksomheten systematisk følges opp, og at virksomheten evaluerer om de fungerer hensiktsmessig og som forutsatt. Det må vurderes om eksisterende ordninger og praksis er tilfredsstillende. Det skal vurderes om vedtatte rutiner er i tråd med gjeldende regelverk og krav til forsvarlighet, samt om de er kjent, forstått og blir fulgt i praksis (s. 42).

I rettleiinga til rådmennene om internkontroll tilrår KS at internkontrollen inngår som ein integrert del av leiling og styring i heradet. Dette medfører at rådmannen og leiargruppa til rådmannen skal involverast i internkontrollen, og då i særleg grad den sektorovergripande internkontrollen. KS tilrår at rådmannsnivået innhentar rapportering og følgjer opp mellom anna verksemda sitt arbeid med risikokartlegging og – vurdering, og følgjer opp gjennomførte kontrollar og evalueringar.

Systematisk avviksrapportering er ein måte å sikre at organisasjonen oppdagar brot på rutinar og svakheiter i rutinar. Ein kan leggje til rette for avviksrapportering elektronisk eller manuelt. Det sentrale er at rutinane for avviksrapportering er enkelt tilgjengeleg, kjende for dei tilsette (eller andre som skal melde avvik), at det er ein god kultur (kontrollmiljø) for å melde avvik, og at det er gode rutinar for oppfølging av meldte avvik. Resultatet frå ferdigbehandla avvik kan gjerne vere at organisasjonen gjer ei grundigare risikovurdering for å analysere årsaker til avvik, og kva tiltak som kan tenkjast å førebygge framtidige avvik.

Også i forskrift om leiling og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene blir viktigheita av oversikt og oppfølging av avvik presisert (§ 6 bokstav g) og § 8 bokstav e)).

Leinga si oppfølging

COSO-rammeverket legg til grunn at for å sikre gjennomføring av handlingar eller endringar som er naudsynte for å oppnå ein god internkontroll, er leinga si oppfølging viktig. Dette krev at leiinga må ha tilstrekkeleg innsikt til å vurdere kva element i internkontrollen som fungerer bra og kva element som bør betrast.

Leinga kan til dømes følgje opp internkontrollen gjennom regelmessige gjennomgangar i møte (leinga si gjennomgang), inspeksjonsrundar/stikkprøver, og/eller systemrevisjonar.

For at oppfølginga skal fungere så føremålstetleg som mogleg, bør underliggjande einingar rapportere vidare kritiske risikoar til rådmannsnivået, og rådmannen bør sørge for at internkontroll går inn som ein del av den ordinære rapporteringa og styringsdialogen i heradet. KS tilrår også å synliggjere resultat, effektar og endringar som følgje av internkontrollarbeidet i årsrapporten frå heradet.

Forskrift om leiling og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta § 8 seier at verksemda er forplikta å evaluere ei rekkje moment i internkontrollen. Bokstav f) i paragrafen seier at dette mellom anna inneber å:

minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten

Bokstav d) i same paragraf seier at plikten til å evaluere også inneber å «vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer», medan § 7 bokstav d) i same forskrift seier at gjennomføringsplikten til verksemda inkluderer å «sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes».

Vedlegg 3: Sentrale dokument og litteratur

Rettslege kjelder og faglitteratur

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

Ot.prp. nr. 70 (2002-2003)

NOU 2016:4 Ny kommunelov

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-2620.
Helsedirektoratet (2018).

Internkontroll – et integrert rammeverk. Norges interne revisorers forening (1996), Oslo: Norges interne revisorers forening (NIRF).

Rådmannens internkontroll. Hvordan få orden i eget hus? Kommunesektorens organisasjon (2012/13).

Kjelder frå Kvam herad

Internkontroll i Kvam herad (juli 2018)

Etiske retningslinjer for tilsette – Kvam herad (2014)

Etiske retningslinjer for folkevalde i Kvam herad (2017)

Heilskapleg risiko- og sårbarheitsanalyse for Kvam herad 2015-2019 (2015)

Diverse dokument frå HMT-systemet (t.d. prosedyre for medarbeidersamtalar)

Diverse dokument frå Compilo (t.d. mal for utviklingssamtale)

Avviksstatistikk frå Compilo

Delegeringsreglement (Kommuneforlaget)

Kvam herad – Arbeidsgjevarpolitikk (februar 2018)

Kvam herad sin leiarplattform

Leiarar er:

Meistringsorienterte



- Stiller krav og tydelege forventningar
- Avklarar roller og planlegg for rett bruk av kompetanse
- Sikrar tilsette sin autonomi gjennom tillit, respekt og konstruktive tilbakemeldingar
- Involverer, lyttar, inspirerer og utfordrar
- Byggjer kultur for samarbeid og å gjera kvarande gode
- Forstår si eiga rolle som kulturbyggjar
- Viser høg etisk standard

Innovatørar



- Skapar rom for idéar og set pris på kreativitet, pleier talent og utfordrar innovatørar
- Ser kvar det er behov for å skapa noko nytt og føreslår nye løysingar
- Brukar kompetanse på nye måtar og i nye samarbeidsrelasjonar
- Hentar inspirasjon og løysingar frå andre fagområde og organisasjonar
- Deler og aukar kunnskap internt og eksternt



Effektjegarar



- Ser heilskapen og vurderer kost/nytte for kommunen
- Skapar ein kultur for kontinuerleg forbetring
 - Skaffar seg brukarinnstikt
 - Flyteffektivitet
 - Verdiskapande aktivitetar
- Set mål og følgjer opp resultat
- Jaktar effektar som gjev verdi for brukar



Kvam herad sin medarbeidarplattform

Medarbeidarar er:

Profesjonelle



- Serviceinnstille og engasjerte
- Løysingsorienterte
- Møter andre på ein respektfull og open måte
- Skapar tillit
- Viser høg etisk standard
- Tek ansvar og arbeider sjølvstendig
- Leverer best mogleg kvalitet på tenestene
- Framsnakkar Kvam

Innovatørar



- Ser kva som har verdi for brukar
- Er opne for endringar
- Føreslår nye løysingar
- Brukar kompetanse på nye måtar
- Hentar inspirasjon og løysingar frå andre fagområde
- Deler og aukar kunnskap
- Samarbeider på tvers av fagfelt



Lagspelarar



- Spelar kvarandre gode
- Bidreg aktivt i samarbeid med andre og verdset mangfald
- Lyttar til andre
- Rause og inkluderande
- Fleksible



Døme på målstruktur i samfunnsdelen av kommuneplanen

Stadutvikling	
Overordna mål Sentra våre skal byggja på ei berekraftig utvikling, styrkjast med eit større mangfald av private og offentlege tenestetilbod, ei god blanding mellom bustad, forretning og kontor, god tilrettelegging for <u>alle</u> med varierte møteplassar som innbyr til trivsel, samarbeid opplevingar og fysisk aktivitet.	
Slik vil me ha det	Slik gjer me det
Sentra våre skal framstå som estetisk vakre slik at det vert attraktivt å bu, vitje og etablere seg der.	Kvam herad skal aktivt bidra med vidare planlegging, sikring og opparbeiding av fellesareal i sentrumsområda
Sentra våre skal framstå som trafikksikre og trygge for mjuke trafikkantar	Kvam herad skal fortsetja arbeidet med å planleggja, tilretteleggja og opparbeida gode gang- og sykkelvegssystem i, rundt og gjennom sentra.
Sentra våre skal vidareutviklast med eit stort engasjement	Kvam herad skal leggja til rette for brei medverknad, med idedugnader og folkemøte, der spesielt barn og unge skal vera invitert.

Døme på mål og tiltak i økonomi/budsjettplandokumentet

Budsjett 2017 – økonomiplan 2017-2020

Tema/utfordring	Mål – «Slik vil me ha det»	Tiltak – «Slik gjer me det»
Stadutvikling <i>Sentra våre skal byggja på ei berekraftig utvikling, styrkjast med eit større mangfald av private og offentlege tenestetilbod, ei god blanding mellom bustad, forretning og kontor, god tilrettelegging for alle med varierte møteplassar som innbyr til trivsel, samarbeid opplevingar og fysisk aktivitet.</i>	Sentra våre skal framstå som estetisk vakre slik at det vert attraktivt å bu, vitje og etablere seg der.	Kvam herad skal aktivt bidra med vidare planlegging, sikring og opparbeiding av fellesareal i sentrumsområda.
	Sentra våre skal framstå som trafikksikre og trygge for mjuke trafikkantar	Kvam herad skal fortsetja arbeidet med å planleggja, tilretteleggja og opparbeida gode gang- og sykkelvegssystem i, rundt og gjennom sentra.
	Sentra våre skal vidareutviklast med eit stort engasjement	Kvam herad skal leggja til rette for brei medverknad, med idédugnader og folkemøte, der spesielt barn og unge skal vera invitert.
	Me vil at fellesareala og infrastrukturen i tettstadane skal framstå som attraktive, tiltrekkjande og tilgjengelege	Kvam herad skal ha ansvaret for at den felles infrastrukturen vert bygd ut.
	Me vil at sentrumsområda skal vera mangfaldige og ha ei blanding av service, kontor og bustad	Kvam herad skal i si planlegging sørgja for at sentrumsområda får ein god variasjon i mellom service, kontor og bustad.

Døme på rapportering i årsmeldinga

Kvam herad – årsmelding 2017, side 7 av 172

Tema/utfordring	Mål – «Slik vil me ha det»	Tiltak – «Slik gjer me det»	Resultat
Stadutvikling <i>Sentra våre skal byggja på ei berekraftig utvikling, styrkjast med eit større mangfald av private og offentlege tenestetilbod, ei god blanding mellom bustad, forretning og kontor, god tilrettelegging for alle med varierte møteplassar som innbyr til trivsel, samarbeid opplevingar og fysisk aktivitet.</i>	Sentra våre skal framstå som estetisk vakre slik at det vert attraktivt å bu, vitja og etablere seg der.	Kvam herad skal aktivt bidra med vidare planlegging, sikring og opparbeiding av fellesareal i sentrumsområda.	Kommuneplanen sin arealdel vart lagt fram for politisk handsaming i september. Viktige fellesareal er sikra i samsvar med kommuneplanen sine arealstrategiar og moglegheitsstudien for Øystese sentrum.
	Sentra våre skal framstå som trafikksikre og trygge for mjuke trafikkantar	Kvam herad skal fortsetja arbeidet med å planleggja, tilretteleggja og opparbeida gode gang- og sykkelvegssystem i, rundt og gjennom sentra.	Gang- og sykkelveggar på strekninga Vikøy – Laupsa er i ferd med å verta ferdigstilt som del av «Kvammapakke»-prosjekta. Strekninga Norheimsund-Øystese har vore hovudprosjektet i 2017.

Mal agenda for leiarmøta til rådmann

Mal agenda

29. januar 2018 19:03

	Sakdiskusjonar m/andre deltakarar				
Sak	Tittel	Innmeldt av	Kommentar	Fil	Oppfølging

	Innmeldte saker				
Sak	Tittel	Innmeldt av	Kommentar	Fil	Oppfølging

	Faste postar				
Sak	Tittel	Innmeldt av	Kommentar	Fil	Oppfølging
	Tidlegare referat/oppfølging	Anita			
	Avvikshandtering og forslagskasse	Anita			
	Status Lean-arbeid	Anita			
	Kanban-tavler	Anita			
	Informasjonsutveksling	Alle			

	Eventuelt/duka opp i møtet				
Sak	Tittel	Innmeldt av	Kommentar	Fil	Oppfølging

Døme på referering frå leiarmøta til rådmann

	Faste postar		
Sak	Tittel	Innmeldt av	Kommentar
	Tidlegare referat/oppfølging	Anita	Neste møte
	Avvikshandtering og forslagskasse	Anita	Har fått rydda vekk it og bygg – noko mindre vert meldt, men kanskje for lite? Anita lagar artikkel til intranett. Åslog - plassering og oppfølging av medisnavvik? Papirsystem i dag. Avvik på måltavler? Med markering.
	Status Lean-arbeid	Anita	Er på gang lister - på 365 Problem med innmeldings-skjema? Nb! Ikkje for formelt ved innmelding.

ROS-vurderingar knytt til prosjekt

Risiko (viktigaste element identifisert ved oppstart)

Budsjettsprekk- total prosjektkostnad
 Brukar-relaterte endringar som ekspanderer prosjekt-ramma
 Avgjersler tekne for seint og som påfører tillegg eller forlenging
 Kapasitet til oppfølging av prosjektet
 Feil-prosjektering frå prosjekteringsgruppa

⊕ Sjå elles kommentarar i raudt under framdrift

Faktor	Sannsyn (0-3)	Konsekvens (0-3)	Risiko-nivå (0-9)	Avbøtande tiltak
Budsjett-sprekk	2	2	4	Regelmessig kontroll, endringskontroll
Ekspandera prosjektramme	2.5	2.5	6.25	Definera milepæl for brukar-innspel
Seine avgjerder	2	2	4	Milepæl-styring for avgjerder, evt ekstra-møte
Prosjektoppfølg	1	2.5	2.5	Tilstrekkeleg kapasitet og kontinuerleg prosjektleiing
Feil-prosjektering	1.5	2	3	Internkontroll-system prosjekteringsgruppe

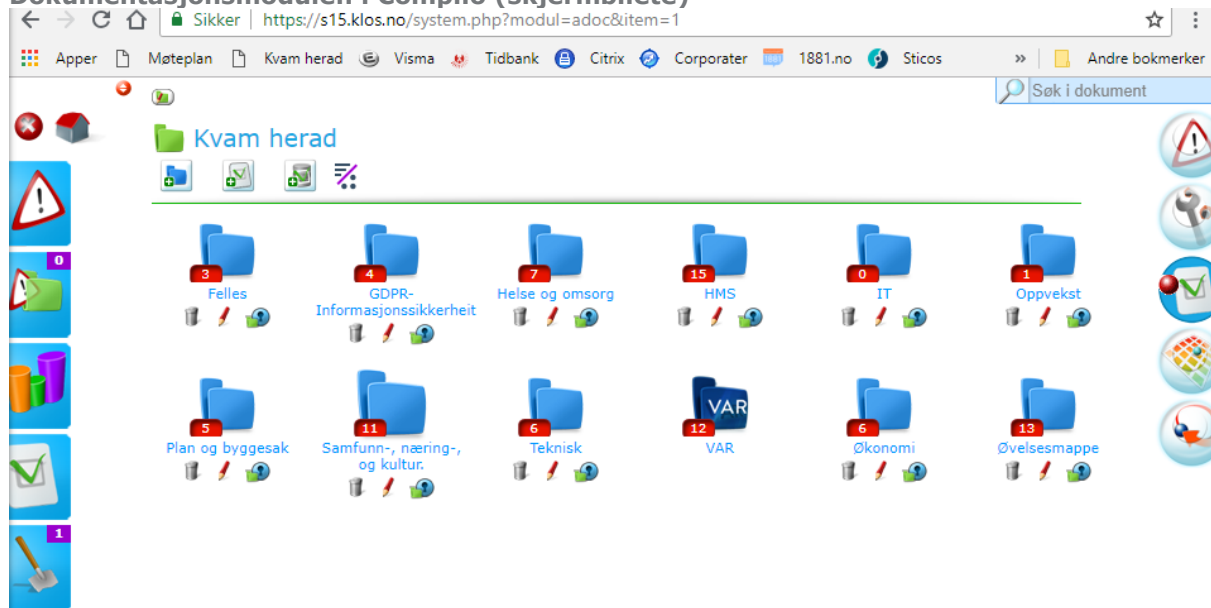
ROS-vurderingar knytt til budsjett

1.1 Risikovurdering av driftsbudsjett

I samband med budsjettet for 2018, vart det laga ei risikovurdering for 2018. I tabellen nedanfor ligg vurdering som vart gjort i kolonna «BUD-18», og ei ny vurdering er gjort etter fyrste tertial (1T18).

	BUD-18	1T18	1T18	1T18	
Føresetnader og risiko for vesentleg meirforbruk utover rammer i budsjettåret	Risiko-nivå (0-3)	Sannsyn (0-3)	Konsekvens (0-3)	Risiko-nivå (0-9)	Avbøtande tiltak
Prisnivå brukarbetalingar/ salsinntekter - Statlege satsar på barnehageplass og HO-tenester - Fastsett husleigeauke, % frå 1.5. (konsumprisindeks august - august) - Satsar sjølvfinansierande tenester er fastsett v/bruk av sjølvkostprogram - Sal konsesjonskraft basert på prognose frå kraftmeklar (CA 244 kr /Mwh)	2	1	2	1	Ingen større endringar i prisnivå på statlege satsar. Nivået på kraft vert truleg høgare på grunn av inngåtte fastpriskontraktar på konsesjonskraft.
Etterspurnad brukarbetalingar/ salsinntekter - Som regel stor etterspurnad etter alle kommunale tenester – heller avgrensa av kapasitet og regelverk enn underforbruk	2	2	1	1	Auka etterspørsel
Refusjonsinntekter - Inntektene er som regel forsiktig budsjettert. Det vil seia at dei fyrst vert lagt inn i budsjettet når dei er tildelt. Endringar i inntekta medfører som regel nokolunde tilsvarande endring i utgifter som mva.kompensasjon	4	2	2	4	Passa på å tilpassa utgifter til endringar i refusjonsinntekter
Rammetilskot - Kommunen nyttar KS sin prognosemodell - Endring etter Stortinget si handsaming - Endring etter folketal	6	2	3	2	Justert i 1.tertial. Fått tilskot for ufrivillig aleine. Auke på skjønsmidlar og inntektsutjamning

Dokumentasjonsmodulen i Compilo (skjermbilete)





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

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

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